

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Diaria da ricovero"

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 indennità giornaliera in caso di ricovero a seguito di infortunio, malattia o parto ed una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.



Che cosa è assicurato?

- ✓ La copertura assicurativa opera in caso di Ricovero dell'Assicurato. Il tutto secondo le Soluzioni che seguono.

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

- ✓ Diaria da ricovero per infortunio;
- ✓ Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge a seguito di infortunio;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

La **Soluzione Plus** contiene le garanzie che seguono:

- ✓ Diaria da ricovero per infortunio e malattia;
- ✓ Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge a seguito di infortunio o malattia
- ✓ Prestazioni in caso di malattia pandemica;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

La **Soluzione Premium** contiene, oltre alle garanzie della Soluzione Plus, anche le seguenti:

- ✓ Diaria da ricovero per parto;
- ✓ Maggiorazione per ricovero all'estero;
- ✓ Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica.

La **Soluzione Top** contiene, oltre alle garanzie della Soluzione Premium, anche le seguenti:

- ✓ Indennizzo forfettario.

L'assicurazione è prestata entro **le somme assicurate** puntualmente indicate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Per l'elenco delle **garanzie aggiuntive acquistabili facoltativamente con supplemento di premio**, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa è assicurato?".



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

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

Per la Soluzione Essential, inoltre, non sono assicurabili le persone affette da:

- * epilessia;
- * psicosi e disturbi gravi della personalità;
- * esiti di ictus cerebrali con paralisi motorie di uno o più arti;
- * esiti di patologie infiammatorie e/o infettive del sistema nervoso centrale o periferico con paralisi motorie di uno o più arti;
- * esiti di poliomielite;
- * malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili);
- * morbo di Parkinson;
- * demenza.

Garanzia Assistenza:

- * Servizio pubblico di pronto intervento.

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le garanzie che seguono:

- ✓ Assistenza: vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le prestazioni invio di un medico, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, invio di un medico in viaggio e le prestazioni dell'Assistenza per Inabilità temporanea che valgono in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso ad Allianz S.p.A. secondo i termini e le modalità che seguono:
 - o **Per la Soluzione Essential, la denuncia del sinistro deve essere presentata entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.**
 - o **Per le Soluzioni Plus, Premium o Top, la denuncia del sinistro deve essere presentata entro 15 giorni dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria.**



Quando e come devo pagare?

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

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

E' possibile pagare il premio tramite:

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

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere pagato solo con procedura SDD o addebito su carta di credito. Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per un anno e così per gli anni che seguono. E' possibile escludere contrattualmente il tacito rinnovo ed in tal caso la copertura cessa alla scadenza prevista senza il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la copertura?

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

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale: nel caso di copertura assicurativa di durata **annuale** o **poliennale** è possibile comunicare disdetta alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, con l'invio di una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza. Se è stata selezionata l'esclusione del tacito rinnovo, la copertura cessa alla scadenza prevista, senza necessità di inviare la disdetta.

Diritto di recesso per poliennialità: nel caso di copertura assicurativa di durata poliennale, il Contraente **può recedere anticipatamente** con l'invio di una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza di ogni singola annualità, se non è stata prevista alcuna riduzione di premio per poliennialità.

Se la copertura assicurativa di durata poliennale ha beneficiato della riduzione del premio di tariffa, ed è prevista una durata contrattuale inferiore o uguale a 5 anni, il Contraente **non può recedere prima della scadenza** indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio; se, invece, è prevista una durata contrattuale superiore ai 5 anni, il Contraente **può recedere a partire dalla fine del quinquennio** con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Diritto di recesso in caso di sinistro (valido solo per la Soluzione Essential): se il Contraente è considerato consumatore ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, dopo ogni sinistro regolarmente denunciato ad Allianz S.p.A. e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'indennizzo da parte di Allianz S.p.A., può recedere dall'assicurazione con un preavviso di 30 giorni.

Se è stata inviata disdetta o viene esercitato il recesso per poliennialità o per sinistro, la garanzia cessa alla scadenza della copertura assicurativa e non si applica il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma. Analoga facoltà di disdetta alla scadenza contrattuale o di recesso in caso di sinistro è riconosciuta anche ad Allianz S.p.A..

Diritto di ripensamento: Il Contraente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta ad Allianz S.p.A.; resta fermo che, in caso di mancato esercizio del diritto di recesso, la copertura assicurativa rimarrà operante secondo le regole di durata sottoscritte. In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz S.p.A. provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.

Assicurazione contro i danni

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



Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Diaria da ricovero"

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, sito Internet: 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 e si riporta di seguito 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 rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente.

Protezione per Diaria da ricovero (valido per la Soluzione Essential)

Sono coperte alcune casistiche specifiche di infortunio, ulteriori rispetto alla definizione di Infortunio contenuta nel Glossario a pagina 1 delle Condizioni di assicurazione, per il cui elenco si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.1.1 pagina 5 delle Condizioni di assicurazione.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Riduzione del premio per durata poliennale: in caso di durata poliennale, è possibile usufruire di una riduzione del Premio, a fronte della quale non è riconosciuta la facoltà di recesso anticipato rispetto alla scadenza contrattuale; è possibile recedere a partire dalla fine del quinquennio se il contratto ha durata superiore a 5 anni.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Protezione per Diaria da ricovero

Diaria da convalescenza (selezionabile per la Soluzione "Essential"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.3.1, pagina 7 delle Condizioni di assicurazione; **Diaria da convalescenza** (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.3.2, pagina 7 delle Condizioni di assicurazione; **Garanzia aggiuntiva "Diaria per ingessatura"** (selezionabile per la Soluzione "Essential"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.3.3, pagina 7 delle Condizioni di assicurazione; **Garanzia aggiuntiva "Diaria per ingessatura"** (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.3.4, pagina 8 delle Condizioni di assicurazione.

Assistenza

Garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 (selezionabile per tutte le Soluzioni): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.5, pagina 9 delle Condizioni di assicurazione.



Che cosa NON è assicurato?

Protezione per Diaria da ricovero

Rischi esclusi per tutte le garanzie (valido per la Soluzione "Essential")

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i casi che seguono: a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio; b) infarto; c) rottura sottocutanea di tendini; d) ernie; e) infezioni, che sono sempre considerate malattie, anche se pandemiche. Con riferimento ai casi di avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **si intendono escluse** le infezioni malariche.

Assistenza

Rischi esclusi per tutte le garanzie (valido per tutte le Soluzioni)

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di: a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; b) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; c) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni; d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; e) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere; f) espianto/trapianto di organi. **Sono escluse** le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.



Ci sono limiti di copertura?

Protezione per Diaria da ricovero

Limiti di copertura per tutte le garanzie (valido per la Soluzione "Essential")

La copertura assicurativa non opera per gli infortuni causati da: a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta; b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove; c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo; d) uso come passeggero di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, aeromobili di aeroclubs, apparecchi per il volo da diporto o sportivo; e) pratica di arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere e pratica di sport estremi; f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta; g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato; i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non. **È sempre escluso** l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; j) partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale; k) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva.

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

La copertura assicurativa non opera per i ricoveri dovuti a: a) conseguenze dirette di infortuni, di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che hanno dato origine a cure e/o ad Accertamenti diagnostici prima della decorrenza della copertura assicurativa e non dichiarati ad Allianz S.p.A. con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione; b) cure dei disturbi mentali; c) intossicazioni e patologie che sono conseguenza diretta di 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) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); e) epidemie con caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS); f) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia a solo scopo estetico; g) 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; h) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, anche se in una Struttura sanitaria; i) conseguenze di infortuni causati da Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; j) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove; k) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente; l) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto; m) terapie dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita; n) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici; o) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, e quelle del periodonto; p) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare; q) necessità di praticare check-up clinici; r) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; s) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva; t) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato; u) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non. **È sempre escluso** l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; v) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale; w) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici che non sono abilitati all'esercizio della professione.

Assistenza

Limiti di copertura (valido per tutte le Soluzioni)

È escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da: a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; b) scioperi, sommosse, tumulti popolari; c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale; e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi

governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; f) viaggio intrapreso verso un territorio dove è operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; o) suicidio o tentativo di suicidio; p) epidemie che hanno caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Ad esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; q) quarantene.

Franchigie, limiti di indennizzo

Protezione per Diaria da ricovero

Diaria da ricovero per infortunio (Essential)	Franchigia Limite di indennizzo	0/3 giorni da determinarsi in sede di stipulazione 360 giorni
Diaria da ricovero per infortunio e malattia (Plus)	Franchigia Limite di indennizzo	0/3 giorni da determinarsi in sede di stipulazione 360 giorni
Diaria da ricovero per infortunio, malattia e parto (Premium/Top)	Limite di indennizzo	360 giorni
Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica (Premium/Top)	Limite di indennizzo	45 giorni
Diaria da ricovero per malattia pandemica (Plus/Premium/Top)	Franchigia Limite di indennizzo	0/3 giorni (se operante sulla garanzia base Diaria da ricovero) 60 giorni
Diaria da convalescenza	Limite di indennizzo	120 giorni
Diaria da convalescenza per malattia pandemica (Plus/Premium/Top)	Limite di indennizzo	60 giorni
Diaria per ingessatura	Limite di indennizzo	120 giorni

Assistenza

Per determinati servizi di Assistenza, se non è possibile fornire la prestazione entro i termini stabiliti, previo accordo con la Centrale Operativa Assistenza, l'Assicurato può provvedere in autonomia per ottenere la prestazione il cui costo è rimborsato entro determinati limiti di indennizzo. Nessun rimborso è previsto senza il preventivo consenso della Centrale Operativa Assistenza.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari in caso di Ricovero. La copertura assicurativa per le persone di età superiore ai 75 anni (per le Soluzioni Plus, Premium e Top) e agli 80 anni (per la Soluzione Essential) può essere discrezionalmente valutata da Allianz S.p.A.. L'accesso al prodotto (per le Soluzioni Plus, Premium e Top) è subordinato alla valutazione dell'esito del Questionario sanitario.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 25%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> • 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, se le Parti sono in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. 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 http://www.ec.europa.eu/fin-net , o all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Trattamento fiscale dei premi Il premio corrisposto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Detraibilità/deducibilità fiscale dei premi 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>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.</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>

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<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 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.</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	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.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<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 ULTRA

Salute

Diaria da ricovero

Assicurazione contro i danni

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 980 - 06/07/2024

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



AllianzNow, la tua protezione in tempo reale

Scarica l'App per ricevere assistenza, gestire sinistri e utilizzare tutti gli altri servizi direttamente dal tuo telefonino. Tutti i giorni, 24 ore al giorno.

Basta solo il tuo codice fiscale e il numero della tua polizza



Servizio Clienti



Glossario

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

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

Accertamenti diagnostici: le prestazioni mediche strumentali che hanno lo scopo di ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di una Malattia o di un Infortunio, a carattere anche cruento e/o invasivo.

Ambito di rischio: il prodotto assicurativo composto da garanzie che coprono uno o più rischi e che costituiscono l'oggetto della copertura. Le garanzie previste nell'Ambito di rischio possono essere combinate in modo crescente a seconda delle Soluzioni prescelte.

Assicurato: la persona fisica, identificata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, il cui interesse è protetto dalla copertura assicurativa.

Carenza: il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della presente copertura assicurativa e il momento in cui tale copertura diventa operante. Durante il periodo di Carenza la copertura assicurativa non è operante e pertanto il Sinistro che si verifica in tale periodo non è indennizzabile.

Centrale Operativa Assistenza: la struttura organizzativa di AWP P&C S.A. (di seguito indicata, per brevità, AWP P&C) che provvede, 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza previste dalle Condizioni di assicurazione.

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

Day Hospital: il Ricovero in Struttura sanitaria che termina in giornata a seguito solo di terapie mediche.

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

Familiare: il coniuge o convivente, genitori, figlio/a, nonni, nipoti, fratelli e sorelle, generi e nuore, suoceri.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in giorni.

Gare di regolarità pura: le manifestazioni, che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Inabilità temporanea: la perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento dell'attività professionale.

Indennizzo/Indennità: la somma dovuta da Allianz S.p.A. all'Assicurato in caso di Sinistro.

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

Ingessatura: il mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

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. che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A., nei casi indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

Malattia pandemica: ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute dovuta a una malattia epidemica che ha, per diffusione, caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS).

Malformazioni/Difetti fisici: la deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un organo per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Polizza: il documento che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione riepiloga gli Ambiti di rischio acquistati e/o non acquistati e racchiude gli elementi di natura dichiarativa e sottoscrittiva della Polizza.

Premio: l'importo dovuto dal Contraente ad Allianz S.p.A. a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Ricovero: la degenza che comporta il pernottamento in struttura sanitaria, il Day Hospital, il Day Surgery.

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

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

Scheda tecnica di Ambito di rischio: il documento riepilogativo specifico della copertura assicurativa "Diaria da ricovero", che è parte integrante della Polizza.

Sforzo: l'impiego improvviso e anomalo di energia muscolare che eccede per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro a fronte di un evento eccezionale e inaspettato.

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

Glossario

Soluzione: una delle quattro combinazioni di garanzie (Essential, Plus, Premium e Top), alternative tra loro, che compongono l'Ambito di rischio.

Somma assicurata: l'importo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio che per ogni garanzia prestata viene utilizzato per il calcolo dell'Indennità/Indennizzo.

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

Ubriachezza: la condizione di alterazione che è determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico pari o superiore a 1,5 grammi/litro.

Condizioni di assicurazione

INDICE

1. INTRODUZIONE	Pag. 5
■ Art. 1.1 - Il presente Ambito di rischio e le relative Soluzioni	
■ Art. 1.2 - Il Regolamento Allianz ULTRA	
2. CHE COSA E' ASSICURATO	Pag. 5
■ PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	Pag. 5
■ Art. 2.1 - Cosa assicuriamo	
■ Art. 2.2 - Le garanzie base	
■ Art. 2.3 - Le garanzie aggiuntive	
■ ASSISTENZA	Pag. 8
■ Art. 2.4 - Le garanzie base Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")	
■ Art. 2.5 - La garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)	
3. CHE COSA NON E' ASSICURATO	Pag. 15
■ PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	Pag. 15
■ Art. 3.1 - Persone non assicurabili (Valido per la Soluzione "Essential")	
■ Art. 3.2 - Persone non assicurabili (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")	
■ Art. 3.3 - Rischi esclusi per tutte le garanzie (Valido per la Soluzione "Essential")	
■ ASSISTENZA	Pag. 16
■ Art. 3.4 - Rischi esclusi per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")	
4. LIMITI DI COPERTURA	Pag. 16
■ PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	Pag. 16
■ Art. 4.1 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per la Soluzione "Essential")	
■ Art. 4.2 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")	
■ ASSISTENZA	Pag. 18
■ Art. 4.3 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")	
5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	Pag. 19
■ PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	Pag. 19
■ Art. 5.1 - Validità territoriale	
■ ASSISTENZA	Pag. 19
■ Art. 5.2 - Validità territoriale	
6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO	Pag. 19
■ PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	Pag. 19
■ Art. 6.1 - Obblighi (Valido per la Soluzione "Essential")	
■ Art. 6.2 - Obblighi (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")	

Condizioni di assicurazione

- Art. 6.3 - Termini per l'indennizzo *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*
- Art. 6.4 - Procedura per la valutazione del danno *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

■ ASSISTENZA

Pag. 21

- Art. 6.5 - Obblighi

7. PREMIO

Pag. 22

- Art. 7.1 - Pagamento del premio
- Art. 7.2 - Adeguamento automatico annuale *(Valido solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età
- Art. 7.4 - Rimborso del premio in caso di recesso per sinistro *(Valido per la Soluzione "Essential")*

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Pag. 23

- Art. 8.1a - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido nel caso di frazionamento diverso da mensile)*
- Art. 8.1b - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido solo nel caso di pagamento del premio mediante procedura SDD o carta di credito e frazionamento mensile)*
- Art. 8.2a - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)*
- Art. 8.2b - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)*
- Art. 8.3 - Deroga al tacito rinnovo *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*
- Art. 8.4 - Recesso in caso di sinistro *(Valido per la Soluzione "Essential")*
- Art. 8.5 - Periodo di carenza *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*
- Art. 8.6 - Diritto di ripensamento

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Pag. 24

- Art. 9.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 9.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione
- Art. 9.3 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori
- Art. 9.4 - Altre coperture di Assistenza con Allianz S.p.A.
- Art. 9.5 - Aggravamento del rischio
- Art. 9.6 - Diminuzione del rischio
- Art. 9.7 - Oneri fiscali
- Art. 9.8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)
- Art. 9.9 - Clausola broker *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Polizza)*
- Art. 9.10 - Rinvio alle norme di legge

Condizioni di assicurazione

1. INTRODUZIONE

Attenzione alle parti delle Condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto.

Art. 1.1 - Il presente Ambito di rischio e le relative Soluzioni

L'Ambito di rischio "**Diaria da ricovero**" è costituito da quattro Soluzioni diverse, alternative fra loro, composte dalle combinazioni di garanzie crescenti che seguono:

- **Essential**: composta dalle garanzie Diaria da ricovero per infortunio, Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge e dalla garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Plus**: composta dalle garanzie Diaria da ricovero per infortunio e malattia, Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge, Prestazioni in caso di malattia pandemica e dalla garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Premium**: composta dalle garanzie di cui alla Soluzione Plus con estensione al ricovero per parto e all'Intervento chirurgico ambulatoriale e, in aggiunta, dalle garanzie Maggiorazione per ricovero all'estero e Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica;
- **Top**: composta dalle garanzie di cui alla Soluzione Premium, e, in aggiunta, dalla garanzia Indennizzo forfettario.

Le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo Premio, dalle garanzie aggiuntive Diaria da convalescenza, Diaria da ingessatura e Assistenza sanitaria H24.

Art. 1.2 - Il Regolamento Allianz ULTRA

Allianz S.p.A. si impegna a mantenere ed aggiornare i contenuti dei singoli Ambiti di rischio acquistabili all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del **modello assicurativo Allianz ULTRA**, al fine di soddisfare al meglio, nel tempo ed ove ritenuto possibile, le esigenze della propria clientela. Il documento "**Allianz ULTRA: Regole di funzionamento e caratteristiche generali**" (di seguito "**Regolamento**"), che il Contraente ha ricevuto contestualmente al presente Set informativo, contiene l'insieme delle regole di funzionamento del modello assicurativo Allianz ULTRA.

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

Le Condizioni di assicurazione che seguono contengono, nei punti più rilevanti e per maggiore chiarezza, alcuni rinvii espressi al "**Regolamento**" nonché - per gli aspetti di dettaglio definiti in fase di sottoscrizione - alla **Polizza** e alla **Scheda tecnica di Ambito di rischio**.

2. CHE COSA E' ASSICURATO

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

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

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 2.1 - Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa opera in caso di Ricovero per Infortunio, Malattia e parto dell'Assicurato, in base alla Soluzione scelta ed indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e ai casi che sono descritti nei successivi articoli 2.2 "Le garanzie base" e 2.3 "Le garanzie aggiuntive".

Art. 2.1.1 - Infortuni compresi (Valido per la Soluzione "Essential")

Sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisce:

- a) come passeggero di viaggio aereo di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, **salvo quanto previsto dall'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie", lettera d)**;
- b) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- c) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- d) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **se l'Assicurato non ha partecipato in modo volontario**;
- e) in conseguenza di insurrezione o di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non. Sono incluse ad esempio: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione **se l'Assicurato**:

Condizioni di assicurazione

- si trova al di fuori della propria nazione di residenza;
- **risulta sorpreso dallo scoppio di questi eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace;**
- **non ha partecipato in modo volontario.**

Rimane fermo quanto previsto dall'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie", lettera j);

f) durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge.

La copertura assicurativa opera anche nei casi che seguono:

- g) asfissia non di origine morbosa;
- h) avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
- i) avvelenamento del sangue o infezione se il germe infettivo si è introdotto nell'organismo nel momento in cui si verifica una lesione esterna traumatica;
- j) avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **escluse le infezioni malariche;**
- k) annegamento;
- l) lesione muscolare da Sforzo, **salvo quanto previsto dall'articolo 3.3 "Rischi esclusi per tutte le garanzie", lettera c);**
- m) folgorazione, colpo di sole o di calore;
- n) assideramento o congelamento;
- o) embolia e conseguenze della pressione dell'acqua, che si verificano in occasione di immersione subacquea con autorespiratore.

Art. 2.2 - Le garanzie base

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

Art. 2.2.1 - Diaria da ricovero per infortunio (Valido per la Soluzione "Essential")

Se l'Infortunio determina un Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, Allianz S.p.A. liquida un'Indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.

La copertura assicurativa opera anche per i ricoveri che avvengono in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital e Day Surgery).

Art. 2.2.2 - Diaria da ricovero per infortunio e malattia (Valido per la Soluzione "Plus")

Allianz S.p.A. liquida, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, un'Indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.

La copertura assicurativa opera anche per i ricoveri che avvengono in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital e Day Surgery).

Art. 2.2.3 - Diaria da ricovero per infortunio, malattia e parto (Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top")

Allianz S.p.A. liquida, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio, Malattia o parto, un'Indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.

La copertura assicurativa opera anche per i ricoveri che avvengono in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital e Day Surgery) e in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale.

Art. 2.2.4 - Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge (Valido per la Soluzione "Essential")

Se l'Infortunio determina il Ricovero dell'Assicurato e del suo coniuge (o convivente more uxorio), anche se non assicurato, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, la Diaria da ricovero con la maggiorazione indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.2.5 - Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, e del suo coniuge (o convivente more uxorio), anche se non assicurato, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, la Diaria da ricovero con la maggiorazione indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.2.6 - Maggiorazione per ricovero all'estero (Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top")

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, in una Struttura sanitaria all'estero, **con esclusione della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano**, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato per ciascun giorno di degenza la Diaria da ricovero con la maggiorazione indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.2.7 - Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica (Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top")

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, Malattia o parto, Allianz S.p.A. liquida le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato durante il Ricovero, **con il limite massimo di 45 giorni per anno assicurativo.**

Condizioni di assicurazione

Allianz S.p.A. liquida inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato **fino al 45° giorno successivo a quello di dimissione dal Ricovero stesso.**

Art. 2.2.8 - Indennizzo forfettario *(Valido per la Soluzione "Top")*

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, Malattia o parto, Allianz S.p.A. liquida a titolo di Indennizzo forfettario, in aggiunta alla Diaria da ricovero, la Somma assicurata.

Art. 2.2.9 - Prestazioni in caso di malattia pandemica *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")*

Art. 2.2.9.1 - Diaria da ricovero per malattia pandemica

Allianz S.p.A. liquida, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Malattia pandemica, un'Indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Art. 2.2.9.2 - Spese mediche dopo il ricovero

Allianz S.p.A. liquida, in caso di Ricovero a seguito di Malattia pandemica, le spese mediche sostenute dall'Assicurato nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per:

- onorari medici per visite specialistiche;
 - Accertamenti diagnostici;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione;
- relativi alla Malattia pandemica che ha reso necessario il Ricovero.**

Art. 2.2.10 - Franchigia *(Valido per le Soluzioni "Essential" e "Plus")*

Se l'Assicurato ha scelto la formula con Franchigia, Allianz S.p.A. liquida l'Indennità giornaliera prevista dalla garanzia Diaria da ricovero per infortunio o Diaria da ricovero per infortunio e malattia e Diaria da ricovero per malattia pandemica, con applicazione dei giorni di Franchigia, che sono da conteggiare a partire dal giorno di ingresso nella Struttura sanitaria.

Art. 2.3 - Le garanzie aggiuntive

Le garanzie aggiuntive che seguono possono essere scelte dal Contraente, con il pagamento di un Premio aggiuntivo, **solo per le Soluzioni che le prevedono e operano se sono richiamate** nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.3.1 - Diaria da convalescenza *(Valido per la Soluzione "Essential")*

Se l'Infortunio determina un Ricovero dell'Assicurato, Allianz S.p.A. liquida, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera:

- di 3 giorni se i giorni indennizzati per il Ricovero sono 1 o 2;
- per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero, se questi ultimi sono pari o superiori a 3.

Art. 2.3.2 - Diaria da convalescenza *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, Allianz S.p.A. liquida, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera:

- di 3 giorni se i giorni indennizzati per il Ricovero sono 1 o 2;
- per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero, se questi ultimi sono pari o superiori a 3.

Questa garanzia si estende al Ricovero per parto cesareo, se opera per l'Assicurato la garanzia Diaria da ricovero per infortunio, malattia e parto.

Inoltre, in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Malattia pandemica, Allianz S.p.A. liquida, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero. In questo caso l'Indennità giornaliera da convalescenza viene riconosciuta con il minimo di 3 giorni e **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Art. 2.3.3 - Diaria per ingessatura *(Valido per la Soluzione "Essential")*

Se l'Infortunio rende necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato un'Indennità giornaliera a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico.

Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo, per la quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, all'Assicurato viene liquidata la Diaria per ingessatura per il periodo di immobilizzazione, di prognosi o di riposo prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, la relativa Diaria da ricovero non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene liquidata a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Diaria da convalescenza non

Condizioni di assicurazione

è cumulabile con la Diaria per ingessatura, che viene liquidata, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione della Diaria da convalescenza liquidata.

Art. 2.3.4 - Diaria per ingessatura (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Se l'Infortunio o la Malattia rende necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato un'Indennità giornaliera a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico.

Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo, per la quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, all'Assicurato viene liquidata la Diaria per ingessatura per il periodo di immobilizzazione, di prognosi o di riposo prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, comunque con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Se l'Infortunio o la Malattia ha determinato anche il Ricovero dell'Assicurato, la relativa Diaria da ricovero non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene liquidata a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Diaria da convalescenza non è cumulabile con la Diaria per ingessatura, che viene liquidata, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione della Diaria da convalescenza liquidata.

ASSISTENZA

Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati da Allianz S.p.A. tramite la Centrale Operativa Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

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

AVVERTENZA: nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa Assistenza (per i dettagli si rinvia all'articolo 6.5 "Obblighi")

Art. 2.4 - Le garanzie base Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

Art. 2.4.1 - Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza è a sua disposizione per un consulto telefonico, che è effettuato immediatamente o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa Assistenza. **Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

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

Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa Assistenza possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le sopra indicate strutture in Italia e all'estero.

Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport, Pediatria, Reumatologia, Oncologia e Nefrologia a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. Tale consulenza medico-specialistica telefonica sarà organizzata entro 48 ore lavorative da parte della Centrale Operativa Assistenza.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

Art. 2.4.2 - Invio di un medico al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa Assistenza provvede, previa valutazione del proprio servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati entro 3 ore dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi a un medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento.**

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

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118).

Condizioni di assicurazione

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

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

Art. 2.5 - La garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

Art. 2.5.1 - Secondo parere medico specialistico - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderano effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale referante.**

In particolare la Centrale Operativa Assistenza:

- acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato;
- ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolge per ottenerne il secondo parere medico specialistico;
- fornisce all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi;
- provvede, se necessario, alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Se, per cause non dipendenti dall'Assicurato e/o non legate all'espletamento di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, non è possibile provvedere alla prestazione entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi presso un centro medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento.**

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

Se, a seguito dell'erogazione della prestazione di secondo parere medico specialistico prevista al precedente articolo, emerge la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa Assistenza organizza a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

L'aereo sanitario può essere utilizzato solo per i trasporti effettuati a livello continentale.

Se necessario, la Centrale Operativa Assistenza organizza a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un accompagnatore (biglietto aereo o ferroviario) e anche il soggiorno dell'accompagnatore tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.**

Art. 2.5.3 - Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo

Se emerge la necessità di trasferire l'Assicurato da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo (ad esempio per riabilitazione, ulteriori cure, lungodegenza ecc.), la Centrale Operativa Assistenza organizza a proprie spese:

- il trasporto sanitario dell'Assicurato a mezzo di ambulanza, treno o taxi;
- il trasporto per il rientro dell'Assicurato al domicilio a seguito di dimissioni dalla struttura in cui si trova a mezzo di ambulanza, treno o taxi.

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

Art. 2.5.4 - Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione dell'articolo 2.5.2 - "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione", emerge la necessità di traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza provvede alla traduzione di questi documenti dall'italiano alla lingua straniera (Inglese, Francese, Tedesco, Spagnolo) richiesta dai medici del centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Per l'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Condizioni di assicurazione

La prestazione è effettuata entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della **documentazione medica, che deve essere prodotta dall'Assicurato**. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi presso un centro di traduzioni di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Art. 2.5.5 - Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni ed è erogato al momento della chiamata da parte dell'Assicurato, o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa Assistenza.

Art. 2.5.6 - Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, a seguito di Malattia o Infortunio, necessita di una visita medica, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli un proprio medico convenzionato entro 3 ore dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può rivolgersi a un medico di sua fiducia per ottenere la stessa prestazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento**.

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

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118).

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

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

Art. 2.5.7 - Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza viene ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa Assistenza, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunica ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Per l'erogazione di questa prestazione l'Assicurato deve fornire ai medici della Centrale Operativa Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Art. 2.5.8 - Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, viene ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e ha difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa Assistenza mette a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa Assistenza, immediatamente o con ricontatto telefonico entro 4 ore oppure, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa Assistenza si assume i relativi costi fino ad un **massimo di otto ore lavorative per evento**.

Art. 2.5.9 - Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di medicinali che gli sono stati regolarmente prescritti e sono commercializzati in Italia ma sono irrimediabili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa Assistenza non esistono specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invia i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi**.

L'organizzazione della spedizione è effettuata entro 2 giorni lavorativi dal rilascio della ricetta da parte del medico curante dell'Assicurato in Italia. Se l'affidamento della spedizione al corriere incaricato non avviene entro il termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla spedizione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Art. 2.5.10 - Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa Assistenza anticipa all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di euro 1.000,00 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato deve restituire alla Centrale Operativa Assistenza la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, deve versare alla Centrale Operativa Assistenza anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati**.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.5.11 - Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o Malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione di un Familiare un biglietto aereo (classe turistica Andata/Ritorno) o ferroviario (1a classe Andata/Ritorno), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il Familiare può richiedere alla Centrale Operativa Assistenza la messa a disposizione di una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa Assistenza. **A carico del Familiare resta l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**

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

In caso di Ricovero per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa Assistenza organizza anche il soggiorno del Familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.**

La prenotazione del soggiorno del Familiare è effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento.**

Art. 2.5.12 - Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Se le condizioni dell'Assicurato, accertate dal servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure se l'Assicurato non è in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa Assistenza organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in accordo con il medico curante sul posto:

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

Se necessario, l'Assicurato è accompagnato da personale medico o infermieristico. L'aereo sanitario può essere utilizzato solo per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Art. 2.5.13 - Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia, eventuali minori di anni 15 rimangono senza accompagnatore, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un Familiare o di altra persona designata dall'Assicurato, residente in Italia, un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto tenendone a carico i relativi costi.

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

In alternativa, la Centrale Operativa Assistenza provvede a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

Art. 2.5.14 - Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa Assistenza si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.** In alternativa, se l'Assicurato ha espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa Assistenza vi provvede a proprie spese.

Art. 2.5.15 - Assistenza per Inabilità temporanea

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia di cui al seguente articolo "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", se l'Assicurato riceve una **prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni.**

La Centrale Operativa Assistenza provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione, secondo le indicazioni riportate nella prognosi.

Condizioni di assicurazione

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avviene a giudizio del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni non possono essere erogate prima di 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

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

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

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

■ Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

L'Assicurato che necessita di presidi ortopedici (a titolo esemplificativo: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito), prescritti dal medico curante, può richiederli alla Centrale Operativa Assistenza che li mette a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa Assistenza.

La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire e/o fornire tale/i presidi entro il termine indicato, o se l'Assicurato necessita di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare all'Assicurato le relative spese **sino a un massimo di euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

■ Controllo a distanza delle condizioni di salute

La Centrale Operativa Assistenza telefona periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Se viene riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa Assistenza organizza questo intervento attivando la prestazione di cui all'articolo 2.5.6 "Invio di un medico in viaggio".

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

Quando l'Assicurato deve eseguire delle visite e/o esami prescritti dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa Assistenza organizza e prende a carico i costi relativi al trasporto dell'Assicurato verso il più vicino centro medico-diagnostico, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni, quale ambulanza, treno o taxi. La Centrale Operativa Assistenza provvede inoltre a mettere a disposizione dell'Assicurato un eventuale accompagnatore, se necessario e se nessuno dei familiari fosse disponibile.

■ Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino a un massimo di **euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un infermiere entro il termine indicato, la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

■ Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa Assistenza di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante se le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettono di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa Assistenza organizza il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

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

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del prelievo al domicilio, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo degli esami ed accertamenti eseguiti.**

Condizioni di assicurazione

■ Esame radiologico al domicilio (Rx torace)

Quando l'Assicurato necessita di un esame radiologico al torace ed è impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare un radiologo al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

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

■ Esame ecografico al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di un esame ecografico ed è impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare un ecografista al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

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

E' prevista solo l'ecografica dell'addome completo, addome inferiore, addome superiore, capo del collo, cute e tessuti sottocutanei, grossi vasi addominali.

■ Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato si è sottoposto ad Accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa Assistenza provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre i **costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato**.

La prestazione è effettuata entro 48 ore lavorative dal momento in cui la Centrale Operativa Assistenza dispone della documentazione atta al ritiro degli accertamenti. Se non è possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 50,00 per evento**.

■ Consegna medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa Assistenza, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali**.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la consegna entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione della spedizione, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo dei medicinali**.

■ Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di Inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

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

■ Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, se l'Assicurato non è in condizioni di poter provvedere autonomamente. Il costo

Condizioni di assicurazione

relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre **restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari.**

■ Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato è oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

L'erogazione del servizio può avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

■ Ricovero auto

La Centrale Operativa Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione se l'Assicurato non è in condizioni di poter provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

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

Art. 2.5.16 - Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

In caso di Ricovero dell'Assicurato presso una Residenza Sanitaria Assistita, la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per le rette di degenza con il limite di **euro 160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

In concomitanza con il periodo di Ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, sono a disposizione dell'Assicurato le prestazioni sotto riportate che sono organizzate ed erogate dalla Centrale Operativa Assistenza in accordo con l'Assicurato stesso, in base alle effettive difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza dell'Assicurato da casa:

■ Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, nel limite di **euro 100,00 per evento e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari.**

■ Disbrigo faccende domestiche

La Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di Ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio può avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. La Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico i relativi **costi fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

Condizioni di assicurazione

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi**, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale. **Su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa Assistenza provvede, inoltre, ad organizzare il ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, **il cui costo rimane a carico dell'Assicurato**.

■ Protezione abitazione

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

■ Ricovero auto

La Centrale Operativa Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati della Centrale Operativa Assistenza può avvenire **solo in presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto**. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo**.

3. CHE COSA NON E' ASSICURATO

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

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 3.1 - Persone non assicurabili (Valido per la Soluzione "Essential")

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

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità;
- esiti di ictus cerebrali con paralisi motorie di uno o più arti;
- esiti di patologie infiammatorie e/o infettive del sistema nervoso centrale o periferico con paralisi motorie di uno o più arti;
- esiti di poliomielite;
- malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili);
- morbo di Parkinson;
- demenza.

Se una o più delle affezioni sopraindicate insorgono durante la copertura assicurativa, 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 - Persone non assicurabili (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")

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

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

Se una o più delle affezioni sopraindicate insorgono durante la copertura assicurativa, 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.

Condizioni di assicurazione

Art. 3.3 - Rischi esclusi per tutte le garanzie (Valido per la Soluzione "Essential")

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i casi che seguono:

- a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- b) infarto da qualsiasi causa determinato;
- c) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio);
- d) ernie;
- e) infezioni, che sono sempre considerate malattie, anche se pandemiche, **salvo quanto previsto all'articolo 2.1.1 "Infortuni compresi" lettera i).**

ASSISTENZA

Art. 3.4 - Rischi esclusi per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:

- a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- b) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- c) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- e) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- f) espianto/trapianto di organi.

Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

4. LIMITI DI COPERTURA

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

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

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 4.1 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per la Soluzione "Essential")

La copertura assicurativa non opera per gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura;
- c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc);
- d) uso come passeggero di:
 - d1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - d2) aeromobili di aeroclubs;
 - d3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- e) pratica degli sport che seguono:
 - e1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
 - e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
- f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta;
- g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;

Condizioni di assicurazione

- i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non. Ad esempio: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo 2.1.4 "Infortuni compresi", lettera e). **E' sempre escluso** l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- j) partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- k) 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 .

Art. 4.2 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")

La copertura assicurativa non opera per i ricoveri dovuti a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che hanno dato origine a cure e/o ad Accertamenti diagnostici prima della decorrenza della copertura assicurativa e non dichiarati ad Allianz S.p.A. con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione;
 - b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
 - c) intossicazioni e patologie che sono conseguenza diretta di 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) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
 - e) epidemie con caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS) salvo quanto previsto dall'articolo 2.2.9 "Prestazioni in caso di malattia pandemica" e 2.3.2 "Diaria da convalescenza" se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
 - f) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia a solo scopo estetico, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini delle Condizioni di assicurazione, effettuato una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo;
 - g) 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;
 - h) 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;
 - i) conseguenze di infortuni causati da Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
 - j) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura;
 - k) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
 - l) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per difetti fisici o malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione;
 - m) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
 - n) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;
 - o) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, e quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione e rese necessarie dalla Malattia stessa;
 - p) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
 - q) necessità di praticare check-up clinici;
 - r) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari.
 - s) 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
 - t) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
 - u) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non. Ad esempio: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione **se** l'Assicurato:
 - si trova al di fuori della propria nazione di residenza;
 - **risulta sorpreso dallo scoppio di questi eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace;**
 - **non vi ha partecipato in modo volontario.**
- È sempre escluso** l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;

Condizioni di assicurazione

- v) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- w) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici che non sono abilitati all'esercizio della professione.

ASSISTENZA

Art. 4.3 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

E' escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) viaggio intrapreso verso un territorio dove è operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;
- p) epidemie che hanno caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Ad esempio: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- q) quarantene

Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:

- r) la Centrale Operativa Assistenza si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- s) la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- t) se l'Assicurato beneficia di prestazioni di assistenza analoghe e richiede l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura operano solo quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
- u) in ogni caso, i costi vengono risarciti complessivamente una volta sola;
- v) la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade se l'Assicurato non ha preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;
- x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza che deriva dal presente contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.

Condizioni di assicurazione

y) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero solo per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

La Centrale Operativa Assistenza non può essere ritenuta responsabile di:

z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;

aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio è prestata con:

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

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

5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 5.1 - Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

ASSISTENZA

Art. 5.2 - Validità territoriale

La copertura assicurativa vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della copertura assicurativa, al momento della richiesta di attivazione di Assistenza risultino sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE. L'elenco di tali paesi è disponibile anche sul sito www.allianz-partners.com/it_IT/products/travel.html#.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

In questa Sezione sono regolati:

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

Restano ferme, anche in relazione alla gestione e liquidazione dei Sinistri, le disposizioni del "Regolamento", richiamato all'articolo 1.2, applicabili ai casi in cui il Sinistro viene denunciato quando opera una edizione successiva a questa.

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 6.1 - Obblighi (*Valido per la Soluzione "Essential"*)

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A. o al proprio intermediario assicurativo, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.

La denuncia **deve**:

- riportare l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento;
- indicare le cause che lo hanno determinato;
- essere corredata da certificato medico che attesta l'entità e la sede delle lesioni.

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

L'Assicurato **deve inoltre presentare** la documentazione che segue:

- copia conforme ed integrale della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e della scheda nosologica e di ogni altra documentazione sanitaria relativa all'Infortunio denunciato;
- in caso di operatività della garanzia Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge, copia del certificato di dimissione ospedaliera (SDO) del coniuge.

Condizioni di assicurazione

Inoltre l'Assicurato **deve**:

- **consentire** eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.;
- **fornire** ad Allianz S.p.A. ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche con rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che lo hanno visitato e curato.

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

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

- **dare** immediato avviso ad Allianz S.p.A.;
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi.

Art. 6.2 - Obblighi *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*

In caso di Sinistro il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale ad Allianz S.p.A., 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.

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

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

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

- in caso di Ricovero, copia conforme ed integrale della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e della scheda nosologica, e la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e connesse allo stesso evento;
- in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale - se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio - copia conforme di tutta la documentazione clinica relativa all'Intervento, e la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e connesse allo stesso evento;
- in caso di operatività della garanzia Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge, copia del certificato di dimissione ospedaliera (SDO) del coniuge;
- in caso di spese mediche successive ad un Ricovero a seguito di Malattia pandemica, copia della prescrizione medica relativa alle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste e copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari. In caso di spese relative a cicli di terapie (ad es. per trattamenti fisioterapici), la documentazione presentata deve riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate e i relativi costi.

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

- **consentire** eventuali controlli medici disposti da Allianz S.p.A.;
- **fornire** ad Allianz S.p.A. ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche con rilascio di specifica autorizzazione al superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che lo hanno visitato e curato;
- **produrre** specifica ed adeguata prova documentale del pagamento delle prestazioni di cui chiede il rimborso.

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

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

Le spese di cura e quelle relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato a meno che siano espressamente comprese nelle Condizioni di assicurazione.

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

- **dare** immediato avviso ad Allianz S.p.A.;
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** l'atto notorio che attesta la qualifica di eredi.

Condizioni di assicurazione

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

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

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

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

La liquidazione viene sempre effettuata a cura ultimata.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, l'Indennizzo viene liquidato in Italia, in euro.

Art. 6.4 - Procedura per la valutazione del danno *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

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

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

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

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

ASSISTENZA

Art. 6.5 - Obblighi

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

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

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Ambito di rischio.

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

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP P&C S.A., rappresentanza generale per l'Italia
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 - 20123 Milano (Mi)

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

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

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

Condizioni di assicurazione

7. PREMIO

Art. 7.1 - Pagamento del Premio

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

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

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

Il Premio può essere pagato tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati ad Allianz S.p.A. oppure all'intermediario, espressamente in questa qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano come beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto;
4. **soltanto con procedura SDD o addebito su carta di credito** nel caso di **frazionamento mensile** con le modalità che seguono:
 - Procedura SDD
 - per la prima rata il Premio **deve essere pagato** con le modalità indicate ai punti 1, 2, 3;
 - dalla seconda rata in poi, il Premio **deve essere pagato con** procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare la procedura il Contraente **deve sottoscrivere specifica delega SDD** ad Allianz S.p.A. con cui la autorizza ad addebitare i premi sul conto corrente indicato nella delega.
 - Addebito su carta di credito
 - per la prima rata il Premio **deve essere pagato con la carta di credito sulla quale il Contraente vuole attivare il pagamento ricorrente;**
 - dalla seconda rata in poi Allianz S.p.A., autorizzata dal Contraente, richiede il pagamento delle singole rate, di volta in volta e salvo buon fine.

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

Le Somme/massimali assicurati, i limiti di indennizzo (non espressi in percentuale) e il **Premio**, previsti nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa**, della percentuale di variazione - **solo se superiore** - dell'indice ISTAT di riferimento (FOI-Prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati).

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

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

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

Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti e indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio - con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - è determinato in base all'età dell'Assicurato.

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

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

Art. 7.4 - Rimborso del premio in caso di recesso per sinistro *(Valido per la Soluzione "Essential")*

Se Allianz S.p.A. esercita il diritto di recesso per Sinistro previsto all'articolo 8.4 "Recesso in caso di Sinistro" Allianz S.p.A. rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al periodo di assicurazione non trascorso e non goduto.

Condizioni di assicurazione

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

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

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

I premi devono essere pagati al proprio intermediario assicurativo oppure ad Allianz S.p.A. e sono dovuti per l'intero periodo di assicurazione anche se sono frazionati in più rate. Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive al primo pagamento, la copertura assicurativa, resta sospesa dal 31° giorno dopo quello della scadenza non pagata. La copertura ricomincia a operare dal giorno del pagamento, se durante la sospensione il Contraente paga i premi; in questo caso Allianz S.p.A. ha il diritto di chiedere il pagamento di tutti i premi scaduti e in scadenza, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

Art. 8.1b - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido solo nel caso di pagamento del premio mediante procedura SDD o carta di credito e frazionamento mensile)*

La copertura assicurativa ha effetto dal giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio **se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dal giorno del pagamento.**

Se il Contraente ha scelto, in accordo con Allianz S.p.A., la domiciliazione mensile dei pagamenti con addebito in conto corrente o su carta di credito, la domiciliazione degli addebiti si applica ai pagamenti successivi al primo ed in caso di variazione o cessazione dei rapporti di addebito, il Contraente deve avvisare subito Allianz S.p.A..

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

La copertura assicurativa resta, invece, sospesa:

- 1) dal 31° giorno dopo quello della scadenza della seconda mensilità, in caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- 2) dalla prima scadenza mensile dopo la mancata comunicazione del Contraente di:
 - modifica o chiusura del rapporto di conto corrente;
 - chiusura del rapporto contrattuale con la società che fornisce la carta di credito utilizzata per il primo pagamento, a meno che l'addebito del Premio non venga autorizzato su eventuali altre carte di credito del Contraente fornite dalla stessa società.

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

Art. 8.2a - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)*

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

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

Art. 8.2b - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)*

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

Se alla copertura è stata applicata la riduzione di Premio prevista dall'articolo 1899 codice civile l'Assicurato - in caso di durata inferiore ai cinque anni - non ha facoltà di recedere dal contratto prima della scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. In caso, invece, di durata superiore ai cinque anni, il solo Assicurato ha la facoltà di recedere dal contratto a partire dalla fine del quinquennio - a mezzo lettera raccomandata - con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza del quinto anno o di ogni singola annualità successiva qualora eserciti tale facoltà negli anni successivi al quinto.

Se alla copertura non è stata applicata la riduzione di Premio prevista dall'articolo 1899 codice civile, solo l'Assicurato può recedere prima della scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, a mezzo di lettera raccomandata con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza di ogni periodo di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

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

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

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

Art. 8.4 - Recesso in caso di sinistro (*Valido per la Soluzione "Essential"*)

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato nei termini stabiliti dalle presenti Condizioni di assicurazione fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, **Allianz S.p.A. ha diritto di recedere dalla copertura assicurativa con preavviso di 30 giorni. Resta fermo quanto previsto dal "Regolamento", richiamato all'articolo 1.2.** Nel caso di frazionamento mensile del Premio, il recesso ha effetto alla scadenza della prima mensilità di Premio successiva al preavviso di 30 giorni.

Anche l'Assicurato e il Contraente possono fare valere il diritto di recesso, ma solo nel caso in cui il Contraente faccia parte della categoria dei consumatori come definita dall'articolo 3 del D.Lgs 206/2005.

L'incasso dei premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro, o qualsiasi altro atto di Allianz S.p.A. non può essere interpretato come rinuncia di Allianz S.p.A. a fare valere il proprio diritto di recesso.

Art. 8.5 - Periodo di carenza (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

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

- dal **giorno** di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio occorso successivamente a tale data;
- dal **30° giorno successivo** a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia;
- dal **180° giorno** successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie **non conosciute dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del presente contratto ma insorte** prima della decorrenza della copertura, oppure **conosciute dall'Assicurato e dichiarate all'Impresa ma non esplicitamente escluse**;
- dal **300° giorno** successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto, se richiamata la garanzia Diaria da ricovero per infortunio, malattia e parto nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

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

Art. 8.6 - Diritto di ripensamento

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

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

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 del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

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

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

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

Art. 9.2 - 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 dell'Infortunio o della Malattia.

Condizioni di assicurazione

Art. 9.3 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

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

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

Art. 9.4 - Altre coperture di Assistenza con Allianz S.p.A.

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

Art. 9.5 - Aggravamento del rischio

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

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

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

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

Art. 9.6 - Diminuzione del rischio

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

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

Art. 9.7 - Oneri fiscali

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

Art. 9.8 - 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. 9.9 - Clausola broker (*Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Polizza*)

La gestione della presente copertura assicurativa è affidata alla società di brokeraggio indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Di conseguenza tutti i rapporti relativi alla copertura saranno svolti per conto del Contraente dalla società di brokeraggio.

Art. 9.10 - Rinvio alle norme di legge

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

