

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Spese mediche"

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 rimborso spese mediche 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 per le spese mediche sostenute dall'Assicurato. Il tutto secondo le Soluzioni che seguono.

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

- ✓ Spese mediche per ricovero da infortunio;
- ✓ Spese prima e dopo il ricovero da infortunio;
- ✓ Accertamenti di alta diagnostica, resi necessari da Infortunio;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

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

- ✓ Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia;
- ✓ Spese prima e dopo il ricovero da infortunio o malattia;
- ✓ Accertamenti di alta diagnostica, resi necessari da infortunio o malattia;
- ✓ Massimale aggiuntivo per visite, esami, terapie e assistenza a domicilio per malattia oncologica;
- ✓ Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio.

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

- ✓ Ricovero per parto;
- ✓ Eliminazione scoperti in caso di ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie;
- ✓ Spese mediche in caso di ricovero per donazione di organi;
- ✓ Spese mediche in caso di ricovero per disturbi mentali;
- ✓ Spese mediche per interventi chirurgici sul nascituro;
- ✓ Estensione al neonato della garanzia Spese mediche in caso di infortunio o malattia;
- ✓ Esami e visite di medicina preventiva ogni 2 anni

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

- ✓ Prestazioni maternità: esami di controllo durante la gravidanza in strutture convenzionate

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, scoperti 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 poliennalità: 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 poliennalità. 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 poliennalità 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 – Spese mediche"

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 rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Protezione per Spese mediche (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

Formula con franchigia (valida per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"): consente di inserire una franchigia/minimo di scoperto a carico dell'Assicurato in caso di ricovero presso qualsiasi struttura sanitaria.

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 Spese mediche

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (selezionabile per tutte le Soluzioni): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articoli 2.3.1 e 2.3.2 pagina 12 delle Condizioni di assicurazione; **Indennizzo forfettario per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale** (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.3.3 pagina 12 delle Condizioni di assicurazione.

Assistenza

Assistenza sanitaria H24 (selezionabile per tutte le Soluzioni): per i contenuti di dettaglio si rimanda alla Sezione 2, articolo 2.5 pagina 13 delle Condizioni di assicurazione.



Che cosa NON è assicurato?

Protezione per Spese mediche

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, sempre considerate malattie, anche se pandemiche. Con riferimento all'avvelenamento acuto o all'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 Spese mediche

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 di Legge 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, 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. **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.

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

La copertura assicurativa non opera per le spese mediche e i ricoveri dovuti a: a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, Malformazioni, Difetti fisici e stati patologici in genere che hanno dato origine a cure e/o Accertamenti diagnostici prima della decorrenza della copertura assicurativa e non dichiarati 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) acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi; h) 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; i) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, anche se in una Struttura sanitaria; j) 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; k) 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; l) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente; m) trattamenti terapeutici di agopuntura; n) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto; o) terapie dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita; p) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici; q) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, e quelle del periodonto; r) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare; s) necessità di praticare check-up clinici; t) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari; u) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva; v) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato; w) 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; x) 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; y) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione.

Assistenza

Limiti di copertura (valido per tutte le Soluzioni)

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.

Franchigie, scoperti e limiti di indennizzo

Protezione per Spese mediche

Spese mediche per ricovero da infortunio (Essential)	Franchigia	Euro 100 per infortunio
Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia (Plus/Premium/Top)	Franchigia	Euro 0/1.000/2.000/3.000/5.000/10.000 da determinarsi in sede di stipulazione
<ul style="list-style-type: none"> Piccoli interventi (Plus/Premium) Spese durante il ricovero 	Limite di indennizzo	Euro 10.000
	Scoperto fuori circuito	20% con il minimo di Euro 2.000 e il massimo di Euro 10.000
Spese prima e dopo il ricovero (Essential)	Franchigia	Euro 100 per infortunio
Spese prima e dopo il ricovero (Plus/Premium/Top)	Scoperto fuori circuito	20% con il massimo di Euro 2.500
Accertamenti di alta diagnostica (Essential)	Franchigia	Euro 100 per infortunio
Accertamenti di alta diagnostica (Plus/Premium/Top)	Scoperto fuori circuito	20% con il massimo di Euro 2.500
Spese prima e dopo il ricovero per parto	Scoperto fuori circuito	20%
Malattia oncologica	Scoperto fuori circuito	20%
Disturbi mentali	Limite di indennizzo	Euro 1.500
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (Essential)	Franchigia	Euro 100 per infortunio
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (Plus/Premium/Top)	Franchigia nel circuito Scoperto fuori circuito	Euro 20 20% con il minimo di Euro 60

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 spese mediche a seguito di infortunio, malattia o parto. 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).
Negoziato assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria. Nel caso di lite transfrontaliera, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente accedendo al sito 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

Spese mediche

Assicurazione contro i danni

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 979 - 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 a 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.

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

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

Day Hospital: il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito esclusivamente di terapie mediche.

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

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 cifra fissa.

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.

Intervento chirurgico: l'atto terapeutico realizzato con uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature ad essi alternativi.

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

Limite di indennizzo: l'importo dovuto da Allianz S.p.A. entro la Somma assicurata, che rappresenta il massimo esborso di Allianz S.p.A., nei casi indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

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

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

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 e l'Intervento chirurgico ambulatoriale.

Remunerazione diretta: 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: 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 "Spese mediche", che è parte integrante della Polizza.

Glossario

Scoperto: la parte di danno, espressa in percentuale, che resta a carico dell'Assicurato e che viene sottratta dall'ammontare del danno stesso.

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.

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).

Struttura sanitaria convenzionata: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera come sopra definite ed ogni centro diagnostico e centro medico che fa parte del Circuito Allianz Health convenzionato dall'Impresa e dedicato al presente Ambito di rischio.

Ubbriachezza: 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
<ul style="list-style-type: none"> ■ 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
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE Pag. 5 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 2.1 - Cosa assicuriamo ■ Art. 2.2 - Le garanzie base ■ Art. 2.3 - Le garanzie aggiuntive ■ ASSISTENZA Pag. 13 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 2.4 - Le garanzie base Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> ■ Art. 2.5 - La garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)</i> 	
3. CHE COSA NON E' ASSICURATO	Pag. 20
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE Pag. 20 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 3.1 - Persone non assicurabili <i>(Valido per la Soluzione "Essential")</i> ■ Art. 3.2 - Persone non assicurabili <i>(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")</i> ■ Art. 3.3 - Rischi esclusi per tutte le garanzie <i>(Valido per la Soluzione "Essential")</i> ■ ASSISTENZA Pag. 21 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 3.4 - Rischi esclusi per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> 	
4. LIMITI DI COPERTURA	Pag. 21
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE Pag. 21 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 4.1 - Limiti di copertura per tutte le garanzie <i>(Valido per la Soluzione "Essential")</i> ■ Art. 4.2 - Limiti di copertura per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")</i> ■ ASSISTENZA Pag. 23 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 4.3 - Limiti di copertura per tutte le garanzie <i>(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")</i> 	
5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	Pag. 24
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE Pag. 24 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 5.1 - Validità territoriale ■ ASSISTENZA Pag. 24 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 5.2 - Validità territoriale 	
6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO	Pag. 24
<ul style="list-style-type: none"> ■ PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE Pag. 24 <ul style="list-style-type: none"> ■ Art. 6.1 - Obblighi <i>(Valido per la Soluzione "Essential")</i> ■ Art. 6.2 - Obblighi <i>(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")</i> 	

Condizioni di assicurazione

- Art. 6.3 - Termini per l'indennizzo *(Valido per la Soluzione "Essential")*
- Art. 6.4 - Termini per l'indennizzo *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*
- Art. 6.5 - Procedura per la valutazione del danno *(Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")*

■ ASSISTENZA

Pag. 28

- Art. 6.6 - Obblighi

7. PREMIO

Pag. 29

- 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. 30

- 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. 31

- 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

ALLEGATI

Pag. 33

- ELENCO GRAVI MALATTIE - MACROLESIONI Pag. 33
- ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI Pag. 33

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 "**Spese mediche**" è costituito da quattro Soluzioni diverse, alternative fra loro, composte dalle combinazioni di garanzie crescenti che seguono:

- **Essential**: composta dalle garanzie Spese mediche per ricovero da infortunio, Spese prima e dopo il ricovero e Accertamenti di alta diagnostica e dalla garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Plus**: composta dalle garanzie Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia, Spese prima e dopo il ricovero e Accertamenti di alta diagnostica e dalla garanzia di Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
- **Premium**: composta dalle garanzie di cui alla Soluzione Plus e, in aggiunta, dalla garanzia Ricovero per parto e dalla garanzia Medicina preventiva ogni 2 anni;
- **Top**: composta dalle garanzie di cui alla Soluzione Premium, e, in aggiunta, dalla garanzia Prestazioni maternità.

Le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo Premio, dalle garanzie aggiuntive Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e Assistenza sanitaria H24.

Le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo Premio, dalla garanzia aggiuntiva Indennizzo forfettario per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

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 gli scoperti, le franchigie e i limiti di indennizzo** concordati al momento della sottoscrizione del contratto.

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

Art. 2.1 - Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa opera per le spese mediche sostenute dell'Assicurato per Infortunio e Malattia, 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 eserciti, **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**;

Condizioni di assicurazione

- 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**:
- 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 i);**
- 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 - Spese mediche per ricovero da infortunio *(Valido per la Soluzione "Essential")*

Se l'Infortunio determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato le spese mediche sostenute durante il Ricovero per:

- esami, Accertamenti diagnostici, cure e Medicinali
- trattamenti fisioterapici e rieducativi
- rette di degenza
- onorari dei medici e delle équipe chirurgiche
- diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento **con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro**).

Allianz S.p.A. liquida anche le spese mediche sopra indicate sostenute durante il Ricovero per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di eliminare o ridurre le conseguenze dei danni estetici provocati direttamente ed esclusivamente dall'Infortunio.

Tutte le spese, quelle del presente articolo e quelle assicurate dagli articoli 2.2.3 "Spese prima e dopo il ricovero" e 2.2.5 "Accertamenti di alta diagnostica" vengono liquidate all'Assicurato **per anno assicurativo entro il limite complessivo della Somma assicurata e con applicazione per ciascun Infortunio della Franchigia riportata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**.

Art. 2.2.2 - Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*

Allianz S.p.A. riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, le spese mediche sostenute durante il Ricovero per:

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

Secondo le modalità previste nei successivi articoli 2.2.2.1 "Ricovero in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto" e 2.2.2.2 "Ricovero in strutture sanitarie non convenzionate a rimborso".

Le spese mediche previste dal presente articolo sono riconosciute all'Assicurato per prestazioni **effettuate durante il periodo di validità della copertura assicurativa**.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.2.2.1 - Ricovero in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto

Se l'Assicurato ha attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto, come descritto all'articolo 6.2.1 "Sinistri in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto", Allianz S.p.A. provvede, con il limite per anno assicurativo della **Somma assicurata**, al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica convenzionata delle spese sostenute durante il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia", e delle eventuali spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore, senza applicazione di alcuno Scoperto.

In tutti i casi di Ricovero presso una Struttura sanitaria convenzionata, con attivazione del servizio di pagamento diretto, durante il quale l'Assicurato si avvale di prestazioni effettuate da un'équipe medico-chirurgica non convenzionata, Allianz S.p.A. provvede:

- al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata delle spese relative alla struttura, senza applicazione di alcuno Scoperto;
- al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute per le prestazioni dell'equipe medico-chirurgica non convenzionata, con **applicazione dello Scoperto** previsto per i ricoveri in strutture sanitarie non convenzionate.

Art. 2.2.2.2 - Ricovero in strutture sanitarie non convenzionate a rimborso

In caso di Ricovero presso una Struttura sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non è stato attivato il servizio di pagamento diretto, Allianz S.p.A. provvede, con il limite per anno assicurativo della **Somma assicurata e dell'eventuale Limite di indennizzo previsto per piccoli interventi** (appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, varicectomia degli arti inferiori, erniectomia addominale, emorroidectomia), al rimborso all'Assicurato delle spese sostenute durante il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" con **applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In caso di Ricovero con prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale è riconosciuto all'Assicurato il rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a suo carico e le eventuali spese sostenute per il regime di differenza alberghiera, senza applicazione di alcuno Scoperto.

Art. 2.2.3 - Spese prima e dopo il ricovero (Valido per la Soluzione "Essential")

Se l'Infortunio determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, Allianz S.p.A. liquida le spese mediche sostenute dall'Assicurato:

- nei 120 giorni che precedono il Ricovero, per visite mediche specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici, **pertinenti all'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero stesso**;
- nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero, per visite mediche specialistiche, prestazioni eseguite da medici, esami, Accertamenti diagnostici, Medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, e cure termali (**escluse** in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), **pertinenti all'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero**.

Tutte le spese di cui al presente articolo sono liquidate all'Assicurato con le modalità definite all'articolo 2.2.1 "Spese mediche per ricovero da infortunio".

Art. 2.2.4 - Spese prima e dopo il ricovero (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Allianz S.p.A. riconosce, in caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, le spese mediche sostenute dall'Assicurato:

- nei 120 giorni che precedono il Ricovero, per visite mediche specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici, **pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero stesso**;
- nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero, per visite mediche specialistiche, prestazioni eseguite da medici, esami, Accertamenti diagnostici, Medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, e cure termali (**escluse** in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), **pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero**.

Tutte le spese di cui al presente articolo sono riconosciute all'Assicurato:

- per prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata e prenotate tramite la Centrale Allianz Health, senza applicazione di alcuno Scoperto e, per le sole spese sostenute dopo il Ricovero, con pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata;
- per prestazioni non prenotate tramite la Centrale Allianz Health o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato e con **applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
- per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, con rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato, senza applicazione di alcuno Scoperto.

Art. 2.2.5 - Accertamenti di alta diagnostica (Valido per la Soluzione "Essential")

Allianz S.p.A. liquida le spese sostenute dall'Assicurato per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, a seguito di Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Cistografia

Condizioni di assicurazione

- Cistouretrografia
- Cistoscopia
- Colangiografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Esami Istopatologici
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettromiografia (EMG)
- Elettroencefalografia (ENG)
- Elettroretinografia
- Fibrobroncoscopia
- Fistelografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Laparoscopia
- Linfografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
- Pet - Tomografia ad Emissione di Positroni
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- SPECT - Tomografia ad emissione di fotone singolo
- Splenoportografia
- Stroboscopia laringea digitale
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Vescicolodeferentografia
- Wirsunografia

Le spese di cui al presente articolo sono liquidate all'Assicurato con le modalità definite all'articolo 2.2.1 "Spese mediche per ricovero da infortunio".

Art. 2.2.6 - Accertamenti di alta diagnostica (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Allianz S.p.A. riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, a seguito di Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Cistoscopia
- Colangiografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Esami Istopatologici
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettromiografia (EMG)

Condizioni di assicurazione

- Elettroencefalografia (EEG)
- Elettroencefalogramma
- Fibrobroncoscopia
- Fistelografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Laparoscopia
- Linfografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
- PET - Tomografia ad Emissione di Positroni
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- SPECT - Tomografia ad emissione di fotone singolo
- Splenoportografia
- Stroboscopia laringea digitale
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Vescicolodeferentografia
- Wirsungrafia

Ciascuna prestazione è riconosciuta all'Assicurato se **effettuata durante il periodo di validità della copertura assicurativa** e con le modalità che seguono:

- se eseguibile presso una Struttura sanitaria convenzionata e prenotata tramite la Centrale Allianz Health, con pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e senza applicazione di alcuno Scoperto;
- se non prenotata tramite la Centrale Allianz Health o erogata da strutture sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato e **con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
- se erogata a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, con rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato, senza applicazione di alcuno Scoperto.

Art. 2.2.7 - Ricovero per parto (Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top")

In caso di Ricovero dovuto a parto, Allianz S.p.A. riconosce all'Assicurato:

- le spese sostenute durante il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia", senza applicazione di alcuno Scoperto;
- le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero", in caso di parto cesareo;
- le spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero", in caso di parto naturale.

Le spese sostenute prima e dopo il Ricovero, di cui agli ultimi due punti elenco del presente articolo, sono riconosciute all'Assicurato:

- per prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata e prenotate tramite la Centrale Allianz Health, senza applicazione di alcuno Scoperto e, limitatamente alle spese sostenute dopo il Ricovero, con pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata;
- per prestazioni non prenotate tramite la Centrale Allianz Health o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato e **con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
- per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, con rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato, senza applicazione di alcuno Scoperto.

Art. 2.2.8 - Malattia oncologica (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Allianz S.p.A. riconosce, in aggiunta alle spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" e 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero", le spese sostenute dall'Assicurato per:

- visite mediche specialistiche ed Accertamenti diagnostici **effettuati durante il periodo di validità della copertura assicurativa** che hanno confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto nel corso della copertura assicurativa;

Condizioni di assicurazione

- assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni dopo la dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

Le spese di cui al presente articolo sono riconosciute all'Assicurato:

- per prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata e prenotate tramite la Centrale Allianz Health, con pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e senza applicazione di alcuno Scoperto;
- per prestazioni non prenotate tramite la Centrale Allianz Health o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato e **con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
- per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, con rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato, senza applicazione di alcuno Scoperto.

La Somma assicurata rappresenta il massimo esborso a carico di Allianz S.p.A., per tutte le prestazioni sopra indicate e per tutta la durata della copertura assicurativa. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade.

Art. 2.2.9 - Prestazioni maternità in strutture convenzionate (*Valido per la Soluzione "Top"*)

La garanzia prevede, in caso di gravidanza dell'Assicurato **e se la gravidanza ha avuto inizio dopo la decorrenza della copertura assicurativa**, la possibilità di effettuare, durante la gravidanza stessa, le seguenti prestazioni:

- 3 ecografie di controllo
- 2 prelievi per analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza (dosaggio zuccheri e ferro)
- 1 amniocentesi

solo presso una Struttura sanitaria convenzionata, contattando preventivamente la Centrale Allianz Health per la relativa prenotazione.

Inoltre, dopo il parto, durante la prima settimana a casa è possibile richiedere, alla Centrale Allianz Health, un video consulto con infermiera neonatale per la gestione di eventuali controlli e problemi.

Art. 2.2.10 - Altre prestazioni assicurate (*Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top"*)

Art. 2.2.10.1 - Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie

Se il Ricovero comporta un Intervento chirurgico fra quelli qui di seguito elencati:

- interventi per sostituzioni valvolari multiple
- interventi determinati da neoplasie o aneurismi a carico dell'encefalo
- interventi per sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico
- intervento per aneurismi aorta toracica
- interventi per aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- trapianto di cuore
- trapianto di organi degli apparati digerente e respiratorio

Allianz S.p.A. riconosce all'Assicurato le spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" e 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero" senza applicazione degli scoperti se previsti.

Art. 2.2.10.2 - Espianto di organi

Allianz S.p.A. riconosce le spese previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia", relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese relative al Ricovero per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente, con le modalità previste dallo stesso articolo.

Art. 2.2.10.3 - Disturbi mentali

A parziale deroga dell'articolo 4.2 "Limiti di copertura per tutte le garanzie" lettera b), sono compresi nella copertura assicurativa i disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi, **limitatamente alla prima manifestazione della Malattia nella vita dell'Assicurato**, diagnosticata nel corso della copertura assicurativa, che comporti Ricovero ed ai successivi ricoveri, **se determinati dalla stessa Malattia ed avvenuti nel corso della stessa annualità assicurativa del primo Ricovero**.

In questo caso Allianz S.p.A. riconosce le spese previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia", e le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore, con le modalità previste dallo stesso articolo.

Il massimo esborso, a carico di Allianz S.p.A., non può superare complessivamente per tutti i ricoveri, l'importo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Con il raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade.

Art. 2.2.10.4 - Nascituro

Allianz S.p.A. riconosce, **a partire dal 180° giorno dopo la decorrenza della copertura assicurativa**, le spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" e 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero", relative agli interventi per la correzione di Difetti fisici o Malformazioni del feto, **se la gravidanza ha avuto inizio dopo la decorrenza della copertura assicurativa**, con le modalità previste dai medesimi articoli.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.2.10.5 - Neonato

Allianz S.p.A. riconosce le spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" e 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero", in caso di parto indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione, sostenute per il Ricovero del neonato a seguito di Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di Difetti fisici o Malformazioni congenite, con le modalità previste dagli stessi articoli.

La garanzia opera fino a un anno dalla nascita, se la copertura assicurativa è stata regolarmente rinnovata ed è stato pagato il relativo Premio.

Art. 2.2.11 - Medicina preventiva ogni 2 anni (Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top")

Allianz S.p.A. offre un servizio di medicina preventiva che consente, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa e senza alcun costo aggiuntivo, all'Assicurato che ha compiuto 18 anni di età, di beneficiare di un Check-up a scelta tra i due seguenti programmi di medicina preventiva:

A. Check-up diagnostico, che comprende esami per:

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Creatininemia
- Esame Emocromocitometrico
- Esame urine completo
- Valutazione piastrinica
- Formula leucocitaria
- Sideremia
- Gamma GT
- Glicemia
- GOT
- GPT
- Trigliceridi
- PSA (per gli uomini)
- Pap test (per le donne)

B. Check-up specialistico, alternativo al precedente, che prevede una visita specialistica a scelta tra le seguenti:

- Visita dermatologica e controllo nei (non mappatura)
- Visita cardiologica (incluso ECG)
- Visita urologica
- Visita ginecologica (incluso Pap test ed ecografia TV, se ritenuta necessaria dal medico)
- Visita oculistica

L'Assicurato può effettuare il Check-up prescelto al massimo una volta ogni due anni, presso una Struttura sanitaria convenzionata in Italia, contattando preventivamente la Centrale Allianz Health per la relativa prenotazione.

A garanzia della massima riservatezza, gli esiti del Check-up sono rilasciati solo all'Assicurato.

Non sono prese in considerazione richieste di rimborso per esami effettuati e pagati dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.

Art. 2.2.12 - Formula con franchigia (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Se l'Assicurato ha scelto la Formula con Franchigia, Allianz S.p.A. riconosce le spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia", 2.2.10.2 "Espianto di organi", 2.2.10.4 "Nascituro" e 2.2.10.5 "Neonato" **con applicazione della Franchigia scelta sulle spese sostenute durante il Ricovero.**

In caso di operatività dello Scoperto sulle spese sostenute durante il Ricovero, **la Franchigia diventa l'importo minimo dello Scoperto che rimane a carico dell'Assicurato.**

La Franchigia non opera:

- sulle spese eventualmente sostenute prima e dopo il Ricovero, che sono rimborsate secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione;
- sull'Indennizzo forfettario per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, se operante per l'Assicurato e richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio la garanzia aggiuntiva.

Art. 2.2.13 - Accesso al Circuito Allianz Health a tariffe agevolate (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top")

Durante tutto il periodo di validità della copertura assicurativa, l'Assicurato può accedere al Circuito Allianz Health di strutture sanitarie convenzionate usufruendo di tariffe agevolate, indipendentemente dalla prestazione effettuata e dalla indennizzabilità della prestazione stessa a termini delle Condizioni di assicurazione. Per ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate, riservate agli Assicurati con il presente Ambito di rischio, presso le strutture sanitarie convenzionate che fanno

Condizioni di assicurazione

parte del Circuito Allianz Health, l'Assicurato deve verificare sempre in fase di prenotazione che il medico e la prestazione richiesta siano convenzionati.

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 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici *(Valido per la Soluzione "Essential")*

In caso di Infortunio Allianz S.p.A. liquida, per le conseguenze dirette ed esclusive dello stesso, le spese mediche non collegate a un Ricovero e **non rientranti tra quelle riportate nell'articolo 2.2.5 "Accertamenti di alta diagnostica"** sostenute dall'Assicurato per:

- onorari medici per visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici, prescritti dal medico curante;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione.

Tutte le spese di cui al presente articolo vengono liquidate all'Assicurato **per anno assicurativo entro il limite complessivo della Somma assicurata e con applicazione per ciascun Infortunio della Franchigia riportata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.**

Art. 2.3.2 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*

Allianz S.p.A. riconosce le spese mediche, non collegate a un Ricovero e **non rientranti tra quelle riportate nell'articolo 2.2.6 "Accertamenti di alta diagnostica"**, sostenute dall'Assicurato per:

- onorari medici per visite specialistiche a seguito di Malattia o Infortunio (**escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche**);
- Accertamenti diagnostici a seguito di Malattia o Infortunio e prescritti dal medico curante;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione.

Per le visite specialistiche, i **documenti di spesa** (fatture e ricevute) **devono** riportare l'indicazione della specialità del medico che, deve essere attinente alla patologia diagnosticata.

Ciascuna prestazione è riconosciuta all'Assicurato se **effettuata durante il periodo di validità della copertura assicurativa e con le modalità che seguono:**

- se eseguibile presso una Struttura sanitaria convenzionata e prenotata tramite la Centrale Allianz Health, con pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e **con applicazione della Franchigia** indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
- se non prenotata tramite la Centrale Allianz Health o erogata da strutture sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato e **con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
- se erogata a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, con rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato, senza applicazione di alcuno Scoperto.

In caso di cicli di terapie, la Franchigia o lo Scoperto previsti nei casi sopra descritti, sono applicati una sola volta ogni 6 prestazioni per ciclo di terapia, se previste da un'unica prescrizione medica.

Art. 2.3.3 - Indennizzo forfettario per ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale *(Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")*

In caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale per il quale l'Assicurato non sostenga in proprio alcuna spesa, Allianz S.p.A. liquida all'Assicurato, in sostituzione delle prestazioni previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia":

- la Somma assicurata a titolo di Indennizzo forfettario riportata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, per ogni Ricovero con almeno un pernottamento;
- 3 volte la Somma assicurata a titolo di Indennizzo forfettario in caso di Ricovero con almeno un pernottamento a seguito di una grave malattia o per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico, rientranti tra quelli riportati nell'"Elenco grandi interventi chirurgici" o nell'"Elenco gravi malattie - Macrolesioni";
- il 50% della Somma assicurata a titolo di Indennizzo forfettario in caso di Day Surgery.

La presente garanzia è liquidata all'Assicurato entro un limite massimo per anno assicurativo pari a tre volte la Somma assicurata a titolo di Indennizzo forfettario.

Condizioni di assicurazione

L'Indennizzo forfettario è riconosciuto all'Assicurato anche quando per il Ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale è rimborsato il ticket sanitario rimasto a suo carico o le eventuali spese sostenute per il regime di differenza alberghiera, come previsto dall'articolo 2.2.2.2 "Ricovero in strutture sanitarie non convenzionate a rimborso".

Si precisa che l'Indennizzo forfettario non è riconosciuto in caso di Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale e in caso di Ricovero per parto, anche se operante per l'Assicurato e richiamata la garanzia Ricovero per parto nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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 6.6 "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 ovviando 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 e 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). 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

Condizioni di assicurazione

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.

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;

Condizioni di assicurazione

- 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**.

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**.

Condizioni di assicurazione

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.

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.

Condizioni di assicurazione

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 esecutivo: 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.**

■ 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.

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 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 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**.

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 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 SPESE MEDICHE

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.

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;

Condizioni di assicurazione

- 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 gli Scoperti, le Franchigie e i Limiti di indennizzo indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

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;
- 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 2.1.1 "Infortuni compresi", lettera e). **E'**

Condizioni di assicurazione

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 le spese mediche e 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, salvo quanto previsto dall'articolo 2.2.10.3 "Disturbi mentali" per le Soluzioni Premium e Top;
- 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, 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) acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento e previsti dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia";
- h) 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;
- i) 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, salvo quanto previsto, relativamente alle cure termali nell'ambito delle spese sostenute nei 120 giorni successivi al Ricovero;
- j) 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;
- k) 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;
- l) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- m) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero e previsti dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia";
- n) 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;
- o) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
- p) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;
- q) 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;
- r) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- s) necessità di praticare check-up clinici, salvo quanto previsto dall'articolo 2.2.11 "Medicina preventiva ogni 2 anni" per le Soluzioni Premium e Top;
- t) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- u) 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;
- v) 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;
- w) 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:

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 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;

- x) 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;
- y) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici non 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;

Condizioni di assicurazione

- 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;
- 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 SPESE MEDICHE

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 di una edizione successiva a questa.

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

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.

Condizioni di assicurazione

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 prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica che riporta la patologia presunta o accertata, e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- in caso di Infortunio che ha reso necessarie spese odontoiatriche, il certificato del Pronto Soccorso;
- i certificati medici sul decorso delle lesioni, fino a guarigione avvenuta, che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e inviati ad Allianz S.p.A.;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) regolarmente 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 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 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.

Art. 6.2.1 - Sinistri in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

Per accedere alle prestazioni presso una Struttura sanitaria convenzionata e attivare il servizio di pagamento diretto, il **Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** richiedere la preventiva **autorizzazione** alla Centrale Allianz Health, 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 caricando la propria denuncia di Sinistro in forma diretta, completa di tutte le informazioni richieste e necessarie ad una corretta valutazione della posizione;
- contattando la Centrale Allianz Health al Numero Verde 800 200 400 (per chiamate dall'estero: +39 02 89040768), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

All'interno della propria Area Personale o tramite l'App, è possibile consultare le strutture sanitarie ed i medici convenzionati, e le specifiche strutture dedicate alla Medicina preventiva.

In caso di necessità di cura mentre l'Assicurato si trova all'estero e in tutti i casi di Ricovero in una Struttura sanitaria all'estero, è possibile richiedere l'attivazione del servizio di pagamento diretto contattando la Centrale Allianz Health con le modalità sopra indicate.

Se la Centrale Allianz Health, pur attivandosi con la Struttura sanitaria all'estero, non riesce ad ottenere il pagamento diretto, il Sinistro è gestito nella forma a rimborso senza applicazione dello Scoperto.

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

- in caso di Ricovero o Intervento chirurgico ambulatoriale, copia della prescrizione medica contenente la patologia accertata o presunta, l'Intervento chirurgico richiesto, e le ulteriori prestazioni richieste (insieme a tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e connesse al medesimo evento);
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica che riporta la patologia presunta o accertata, e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;

Condizioni di assicurazione

- in caso di accesso al check-up biennale di cui all'articolo 2.2.11 "Medicina preventiva ogni 2 anni", non è richiesta alcuna documentazione medica.

In tutti i casi in cui l'Assicurato si rivolge direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata per prenotare un Ricovero o una prestazione extra Ricovero, è necessario **contattare la Centrale Allianz Health almeno 5 giorni lavorativi prima** della data della prestazione extra Ricovero o del Ricovero, per consentire la corretta valutazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione al pagamento diretto in tempi utili.

Se non è possibile contattare la Centrale Allianz Health nei tempi indicati, è comunque possibile presentare la richiesta:

- durante il Ricovero ed entro il termine del Ricovero stesso
- entro la data della prestazione extra Ricovero prenotata.

In questo caso, **se la prestazione è in garanzia** ma la Centrale Allianz Health non riesce a rilasciare l'autorizzazione al pagamento diretto in tempi utili e **se la Struttura sanitaria ha applicato le tariffe convenzionate**, il Sinistro è gestito nella forma a rimborso senza applicazione dello Scoperto.

Se l'Assicurato:

- utilizza una Struttura sanitaria convenzionata, ma non ha richiesto alla Centrale Allianz Health l'autorizzazione al pagamento in forma diretta;
- non utilizza una Struttura sanitaria convenzionata;

il Sinistro è gestito nella forma a rimborso **con applicazione dello Scoperto** previsto per le prestazioni effettuate presso strutture sanitarie non convenzionate.

In caso di Ricovero presso una Struttura sanitaria convenzionata, per il quale l'Assicurato ha attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto, durante il quale vengono effettuate prestazioni da parte di un'equipe medico-chirurgica non convenzionata, le spese sostenute per queste prestazioni sono riconosciute da Allianz S.p.A. nella forma a rimborso, **con applicazione dello Scoperto** previsto per i ricoveri in strutture sanitarie non convenzionate.

L'accesso alle prestazioni previste dal Check-up biennale di cui all'articolo 2.2.11 "Medicina preventiva ogni 2 anni", è sempre **subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Allianz Health, presso una delle strutture sanitarie convenzionate dedicate alla Medicina preventiva. Eventuali check-up o altre prestazioni di prevenzione, effettuate dall'Assicurato **senza la preventiva autorizzazione, non possono essere rimborsate**.

Dopo aver ottenuto l'autorizzazione preventiva dalla Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria prescelta, un documento di identità e la prescrizione del medico curante che riporta la patologia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

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

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

L'Assicurato **deve** consentire eventuali controlli medici richiesti dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata.

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

Art. 6.2.2 - Obbligo di restituzione degli indennizzi liquidati per spese non dovute (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

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

Art. 6.2.3 - Sinistri in strutture non convenzionate a rimborso (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

Per avere il rimborso delle spese sostenute, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, può presentare la denuncia del Sinistro con uno dei seguenti canali messi a sua disposizione da Allianz S.p.A.:

Condizioni di assicurazione

- 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 nella forma a rimborso è **necessario presentare** la seguente documentazione:

- in caso di Ricovero, copia conforme e 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, 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 cure odontoiatriche a seguito di Infortunio, il certificato del Pronto Soccorso;
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica che riporta la patologia presunta o accertata, e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) regolarmente 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 l'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 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.

Art. 6.3 - Termini per l'indennizzo *(Valido per la Soluzione "Essential")*

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.

La liquidazione viene sempre effettuata a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio. In caso di intervento chirurgico per la rimozione di mezzi di sintesi il limite di un anno viene elevato a due anni.

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

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

Art. 6.4 - Termini per l'indennizzo *(Valido per le Soluzioni "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.

La liquidazione viene sempre effettuata a cura ultimata.

Condizioni di assicurazione

Se l'Assicurato ha presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per lo stesso Sinistro, e ha ottenuto il rimborso, all'Assicurato è liquidato solo l'importo rimasto a suo carico, a termini delle presenti Condizioni di assicurazione. **Per le spese sostenute all'estero, l'Indennizzo è corrisposto in Italia, in euro**, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Art. 6.5 - 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. 6.6 - 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 l'Assicurato dovrà:

- 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 seguenti 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 - calcolata rapportando l' "indice di riferimento annuale" rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica:**

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

a quello immediatamente precedente.

Se il suddetto indice non è disponibile, 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 dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" e per il 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 ed 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 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 **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, valida ed operante solo se espressamente richiamata 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 e 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 e per la garanzia Medicina preventiva ogni 2 anni, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio;
- 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 Ricovero per 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 all'art. 1898 codice civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 9.6 - 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.

Condizioni di assicurazione

ALLEGATI

ELENCO GRAVI MALATTIE - MACROLESIONI

Malattia Oncologica

Ogni stato di Malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico che determinino o meno un Intervento chirurgico. Sono compresi anche i tumori benigni dell'encefalo con necessità di intervento chirurgico.

Apparato cardiovascolare

- Infarto miocardico acuto
- Scompenso cardiaco acuto o shock cardiogeno

Ictus Cerebrale (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari e midollari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e con danno cerebrale/midollare (necrosi tissutale) permanente.

Malattie neurologiche degenerative

Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Alzheimer, Morbo di Parkinson.

Macrolesioni

- Politrauma: fratture di più segmenti scheletrici o associati all'alterazione traumatica di altri organi/ fratture associate a lesione nervosa e/o vascolare/ perdita di sostanza ossea post traumatica
- Sindrome compartimentale da trattare chirurgicamente
- Perdita di un arto, anche parziale, purché al di sopra del polso o al di sopra della caviglia.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia dell'apparato digerente

- Esofagectomia Subtotale/Totale con Esofago-Gastro/Colonplastica Cervicale e Intratoracica
- Riparazione di Fistola Esofago-Tracheale/bronchiale
- Emicolectomia Destra/Resezione Ileo Ciecale
- Resezione del Colon Trasverso Emicolectomia Sinistra/Resezione del Sigma con anastomosi
- Resezione Anteriore del Retto
- Resezione del Sigma secondo Hartmann
- Colectomia segmentaria o totale ed eventuale stomia/colostomia/ con Ileoretto Anastomosi/ con Pouch Ileoanale
- Proctocolectomia totale/subtotale
- Coledoco/Epatico-digiunostomia
- Resezione Epatica destra/ Resezione epatica sinistra/Resezioni epatiche allargate
- Resezione via Biliare-Anastomosi Biliodigestiva
- Riparazione di Dotto Biliare
- Derivazione Pancreatico-Digestiva
- Necrosectomia pancreatica

Chirurgia dell'apparato endocrino

- Surrenectomia

Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Pneumonectomia
- Torace ad imbuto e torace carenato

Chirurgia dell'apparato uro genitale

- Litiasi renale a stampo
- Megaurettere: chirurgia plastica dell'urettere
- Neurolisi del plesso brachiale per paralisi ostetrica
- Osteotomia derotativa per paralisi ostetrica

Condizioni di assicurazione

Cardiologia, Cardiologia Interventistica, Chirurgia vascolare

- Chirurgia cardio-vascolare caratterizzata da interventi sul cuore, sul pericardio e sui grandi vasi arteriosi con o senza circolazione extracorporea
- Intervento chirurgico di by-pass aorto-coronarico o procedure endovascolari (angioplastica coronarica con o senza stent) o per coronaropatia con stenosi/ostruzione di una o più arterie coronarie.
- Correzione chirurgica o endovascolare di patologia valvolare
- Correzione chirurgica o endovascolare di difetti anatomici primitivi e acquisiti
- Correzione chirurgica o endovascolare di aneurismi dell'aorta
- Tromboendarteriectomia chirurgica o procedure endovascolari (angioplastica carotidea con o senza stent) per stenosi carotidee
- Intervento di by-pass o procedure endovascolari (angioplastica con o senza stent) per arteriopatie iliaco femorali e poplitee
- Ablazione di aritmia cardiaca

Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico

- Interventi di natura vascolare, con eventi sia endocranici che spinali ivi compresi gli aneurismi, gli ematomi, le fistole artero-venose (MAV, malformazioni arterovenose) e le fistole durali
- Interventi intradurali spinali per patologie determinanti mielopatia (e.g. l'ernia midollare).
- Interventi per via anteriore per le ernie del disco cervicale, dorsale e lombo sacrale
- Mielopatia con decompressione osteo-articolare
- Interventi di stabilizzazione vertebrale, con 2 livelli di artrodesi
- Cranio bifido: con meningocele o con meningoencefalocele
- Craniostenosi
- Idrocefalo ipersecretivo
- Spina bifida: Meningocele; Mielomeningocele

Chirurgia dell'apparato muscoloscheletrico

- Osteotomie di più ossa maggiori (non comprendono le osteotomie multiple al piede o alla mano)
- Interventi di revisione protesica asettica o settica, che comprende l'artrotomia per rimozione di protesi, l'inserzione/rimozione di uno spaziatore di cemento e il re-impianto di protesi
- Interventi sulla colonna vertebrale: asportazione vertebra
- Fusione o stabilizzazione vertebrale maggiore, su più di tre livelli.
- Re-interventi, revisioni per stabilizzazioni vertebrali
- Intervento chirurgico a seguito di malattia da agenti infettivi dell'apparato muscoloscheletrico (e.g. osteomieliti, pseudoartrosi, mobilizzazioni protesiche, infezioni articolari)

Chirurgia maggiore pediatrica

- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato: malrotazione bande congenite, volvolo; atresie necessità di Anastomosi; ileo meconiale ileostomia semplice, resezione secondo Mickulicz, resezione con anastomosi primitiva
- Esonfalo (detto anche Onfalocele)
- Fistole e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Trapianti

Tutti