

Contratto di assicurazione  
RIMBORSO SPESE MEDICHE

Universo Salute

**Allianz** 

## Fascicolo Informativo

Modello : FI-0008-227-014-31102014

**Il presente Fascicolo Informativo, contenente:**

- **Nota Informativa comprensiva del Glossario;**
- **Condizioni di Assicurazione;**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione**

### **AVVERTENZA**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.**

Servizio Clienti



## Nota Informativa

La presente Nota Informativa e' redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

### a Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

#### 1. Informazioni Generali

**Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice**

Allianz S.p.A., società controllata, tramite A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE- Monaco (Germania)

**Sede legale**

Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia).

**Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail**

800.68.68.68 - [www.allianz.it](http://www.allianz.it) - [info@allianz.it](mailto:info@allianz.it)

**Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni**

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

#### 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 3.671 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.420 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 357,7% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2013.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet [www.allianz.it](http://www.allianz.it).

### b Informazioni sul contratto

**Rinnovo del contratto**

**AVVERTENZA:** ad eccezione delle ipotesi in cui sia stata inserita in polizza apposita clausola derogatoria, il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la copertura assicurativa cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica dell'Articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

#### 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

**Coperture assicurative**

Il presente contratto offre prestazioni di rimborso spese mediche in caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia. E' inoltre prevista la prestazione di una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

**GARANZIE RIMBORSO SPESE MEDICHE:** 2.1 "Oggetto dell'Assicurazione", 2.4 "Altre prestazioni assicurate" e 2.5 "Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE.

**ASSISTENZA:** 5.1 "Garanzie prestate" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

**Limitazioni ed Esclusioni**

**AVVERTENZA:** il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni, nonché ipotesi di sospensione della copertura assicurativa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

**CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE:** 1.1 "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" e 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" presenti nella Sezione CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

**GARANZIE RIMBORSO SPESE MEDICHE:** 2.2 "Esclusioni" e 2.3 "Persone non assicurabili" presenti nella

## Nota Informativa

Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE e 3.5 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

**ASSISTENZA:** 5.3 "Esclusioni e delimitazioni" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

**AVVERTENZA:** nel contratto le garanzie vengono prestate entro il limite delle somme assicurate; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia agli Articoli di seguito indicati:

**GARANZIE RIMBORSO SPESE MEDICHE:** 2.4 "Altre prestazioni assicurate" e 2.5 "Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE, 4.1 "Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate", 4.2 "Ricoveri in strutture sanitarie non convenzionate", 4.5 "Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N." e 4.6 "Franchigia" presenti nella Sezione MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI;

**ASSISTENZA:** 5.1 "Garanzie prestate" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

### Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

#### Scoperto applicato in polizza 20% con franchigia di euro 1.000

Spese sostenute per il ricovero: euro 10.000

Applicazione Scoperto: euro 10.000 - 20% = euro 8.000 - euro 1.000 di franchigia = euro 7.000 indennizzati

Restano a carico dell'Assicurato euro 3.000

### 4. Periodi di carenza contrattuale

**AVVERTENZA:** nel contratto sono previsti termini di aspettativa della decorrenza della copertura assicurativa. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli 3.2 "Termini di aspettativa" presenti nella Sezione OPERATIVITA'.

### 5. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

**AVVERTENZA:** le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c.. Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

#### Questionario sanitario

**AVVERTENZA:** si rammenta la necessità di verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario e che le stesse rispondano al vero.

### 6. Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, nonché eventuali variazioni della professione svolta, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli 1.3 "Modifiche dell'assicurazione", 1.6 "Aggravamento del rischio" e 1.7 "Diminuzione del rischio" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, 2.3 "Persone non assicurabili" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE e 3.5 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

#### Esemplificazione

##### Aggravamento

##### STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" (ad esempio l'alcolismo o la tossicodipendenza) comporta aggravamento di rischio.

##### Diminuzione

##### VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DICHIARATA

Una modifica in corso di contratto dell'attività professionale svolta, che da attività "pericolosa" diventa attività "non pericolosa" (esempio, da "Circense" ad "Impiegato") comporta diminuzione di rischio.

### 7. Premi

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione dell'Impresa al verificarsi del sinistro.

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio può essere prevista l'applicazione di un'addizionale nella misura del:

3% per frazionamento semestrale;

## Nota Informativa

4% per frazionamento quadrimestrale;

5% per frazionamento trimestrale.

### **Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:**

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

**AVVERTENZA:** l'intermediario può discrezionalmente applicare sconti commerciali rispetto al premio di tariffa, pur sempre entro limiti e vincoli predeterminati dall'Impresa.

### **8. Adeguamento del premio**

Ad ogni scadenza annuale il premio, le somme assicurate ed i limiti di indennizzo sono adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice sanitario ISTAT, come disciplinato all'Articolo 3.3 "Indicizzazione" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

Si precisa inoltre che il premio, ad esclusione di quello relativo alla garanzia ASSISTENZA, viene adeguato ad ogni scadenza annuale in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, come disciplinato nell'Articolo 3.4 "Ridefinizione del premio per età", presente nella Sezione OPERATIVITA'.

### **9. Diritto di disdetta**

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto, nei termini e con le modalità disciplinate all'Articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

### **10. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto**

Ai sensi dell'Art. 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

### **11. Legge applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

L'Impresa propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

### **12. Regime Fiscale**

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il 2,5% sul premio imponibile di tutte le prestazioni, ad eccezione della prestazione ASSISTENZA, per la quale è il 10%.

## **C Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami**

### **13. Sinistri – pagamento dell'Indennizzo**

**AVVERTENZA:** il presente contratto prevede obblighi relativi a individuazione del momento di insorgenza del sinistro, modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché le ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 6.1 "Obblighi" e 6.3 "Pagamento dell'indennizzo" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

**AVVERTENZA:** relativamente alla Garanzia Assistenza, la denuncia del sinistro deve essere effettuata direttamente presso la Centrale Operativa di AGA Service Italia S.c.a.r.l., con le modalità e nei termini di cui all'Articolo 6.5 "Obblighi" presente nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

### **14. Assistenza diretta – Convenzioni**

**AVVERTENZA:** il contratto prevede il servizio di pagamento diretto; se attivato l'Impresa provvede al pagamento delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero, direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica se convenzionata.

In caso di ricovero presso una Struttura sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non sia stato attivato il servizio di pagamento diretto, l'Impresa rimborsa all'Assicurato le spese previste dalla copertura assicurativa.

Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli 4.1 "Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate" e 4.2 "Ricoveri in strutture

## Nota Informativa

sanitarie non convenzionate" presenti nella Sezione MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.

Si rammenta che sul sito internet dell'Impresa è presente un link di collegamento al sito internet di Clinica Amica (il servizio che offre il circuito di Strutture sanitarie convenzionate) per la consultazione dei centri sanitari e dei medici convenzionati.

### 15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800686868 - Fax 02 72169145 – Indirizzo e-mail: [info@allianz.it](mailto:info@allianz.it)**.

Qualora il Contraente/Assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.745 – 06.42133.353**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

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

### 16. Arbitrato

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 all'Autorità Giudiziaria.

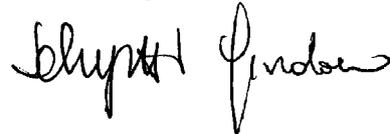
Il luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

---

**Allianz SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.**

**Allianz SpA**

Lorella Sdrigotti Roberto Giordano



## GLOSSARIO

---

**Ambulatorio:** struttura o centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni medico-chirurgiche, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

**Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

**Assicurazione:** il contratto di Assicurazione.

**Attività professionale:** attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

**Centrale Operativa:** la struttura di AGA Service Italia S.c.a.r.l. tramite la quale l'Impresa presta i Servizi di Assistenza.

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

**Day Hospital:** Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

**Evento:** ogni singolo Ricovero comprensivo di eventuali spese pre e post Ricovero.

**Franchigia:** la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

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

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

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

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

**Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

**Polizza:** documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

**Premio:** somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

**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 e/o diarie sostenute – dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

**Ricovero:** degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

**Scoperto:** la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

**Sinistro:** verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

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

## Condizioni di assicurazione

**AVVERTENZA:** Si precisa che le Condizioni di assicurazione di seguito riportate indicano la disciplina generale applicabile al contratto di assicurazione che verrà sottoscritto dal Contraente/Assicurato, si precisa però che il contenuto del contratto di assicurazione potrà subire delle variazioni, ovvero contenere una personalizzazione delle disciplina ivi prevista, in base alle coperture assicurative effettivamente acquistate dal Contraente/Assicurato e concordate con l'intermediario di riferimento.

**AVVERTENZA:** Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

**AVVERTENZA:** Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle presenti Condizioni di assicurazione.

Indice

PREMESSA

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE

GARANZIA BASE

GARANZIA AGGIUNTIVA

3. OPERATIVITA'

4. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

5. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

6. IN CASO DI SINISTRO

RIMBORSO SPESE MEDICHE

ASSISTENZA

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

ELENCO GRAVI MALATTIE

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

LETTERA CLINICA AMICA

## Condizioni di assicurazione

### PREMESSA

---

Gentile Cliente,

ringraziandoLa per aver scelto Allianz, siamo lieti di offrire a Lei e a tutte le persone maggiorenni assicurate con questa polizza un *Check-up Salute* gratuito, che potrete effettuare da subito presso una struttura a Sua scelta tra quelle convenzionate con AGA Service Italia S.c.a.r.l., contattando il Numero Verde 800.68.68.68.

Il *Check-up Salute* 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).

A garanzia della massima riservatezza, gli esiti degli esami saranno rilasciati solo ed esclusivamente a Lei.

Inoltre, desideriamo informarLa che, nel caso Lei abbia sottoscritto una polizza con tacito rinnovo, il *Check-up Salute* gratuito potrà essere ripetuto ogni 2 anni, per permetterLe di tenere sotto controllo il Suo stato di salute.

Le ricordiamo che nel corso del contratto, il Numero Verde 800.68.68.68 è sempre a Sua disposizione per richiedere assistenza sanitaria qualificata, a casa, in viaggio e anche a seguito di ricovero.

Il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di AGA Service Italia S.c.a.r.l. risponde 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.

Per conoscere nel dettaglio tutti i servizi di ASSISTENZA di cui si può avvalere, La invitiamo a leggere quanto riportato nella specifica sezione all'interno del contratto.

Certi di averLe fatto cosa gradita, La salutiamo cordialmente.

## Condizioni di assicurazione

### 1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

#### Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

#### Art. 1.2 – Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

#### Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

#### Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

#### Art. 1.5 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

#### Art. 1.6 - Aggravamento del rischio

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

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

#### Art. 1.7 - Diminuzione del rischio

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

#### Art. 1.8 - 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, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

#### Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge.

(presente in polizza in caso di applicazione di uno sconto commerciale a cura dell'intermediario con opzione recupero sconto)

#### Art. 1.10 - Recupero sconto commerciale

Il Premio del presente contratto ha beneficiato dello sconto commerciale, indicato nella Scheda di Polizza, per iniziativa dell'intermediario col quale è stato stipulato il contratto stesso.

Detto sconto verrà ridotto nella misura indicata nella Scheda di Polizza alla scadenza di ogni annualità, sino al suo eventuale azzeramento.

## Condizioni di assicurazione

### 2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE MEDICHE

#### GARANZIA BASE

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

##### Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, in Struttura sanitaria, pubblica o privata, per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico o per una grave Malattia, **sempreché rientranti tra quelli riportati nell'“Elenco grandi interventi chirurgici” o nell'“Elenco gravi malattie”, fatto salvo quanto espressamente escluso all'articolo “Esclusioni”.**

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, le spese sostenute dall'Assicurato:

- a) durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso);
- b) nei 90 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero;**
- c) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero.**

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni in forma globale)

##### Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o di Malattia, in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza Intervento chirurgico, **fatto salvo quanto espressamente escluso all'articolo “Esclusioni”.** La copertura è inoltre operante in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale.

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione “Modalità di erogazione delle prestazioni”, le spese sostenute dall'Assicurato:

- a) durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso);
- b) nei 90 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli accertamenti diagnostici, effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero;**
- c) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero.**

##### Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione **non vale** per le spese relative a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla decorrenza del contratto e sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione;
- b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c) conseguenze di abuso 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 a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini di Polizza, effettuato una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo;
- f) acquisto, manutenzione, riparazione e sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quanto

## Condizioni di assicurazione

- previsto dall'articolo "Oggetto dell'assicurazione";
- g) 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;
  - h) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
  - i) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, salvo quanto disposto dall'articolo "Oggetto dell'assicurazione", ancorché nell'ambito di 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;
  - k) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per quelli previsti nel paragrafo "Imprudenze e negligenze gravi" all'articolo "Altre prestazioni assicurate";
  - l) infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
  - m) infortuni causati da insurrezioni o stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non; la copertura assicurativa vale tuttavia per gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
  - n) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti 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;
  - o) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione;
  - p) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero;
  - q) 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 regolarità pura;
  - r) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta che indiretta;
  - s) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per quelli previsti nel paragrafo "Difetti o malformazioni preesistenti" all'articolo "Altre prestazioni assicurate";
  - t) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
  - u) interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica;
  - v) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini di Polizza sempreché rese necessarie dalla Malattia stessa;
  - w) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
  - x) ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
  - y) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari.

### Art. 2.3 - Persone non assicurabili

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

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

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

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

### Art. 2.4 - Altre prestazioni assicurate

#### Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", in aggiunta a quanto indicato nell'articolo "Oggetto dell'assicurazione", ed entro il limite complessivo di euro 10.000,00:

- a. le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;

## Condizioni di assicurazione

- b. in presenza di Ricovero, le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica nei 2 anni successivi alla data di cessazione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa;
- c. in presenza di Ricovero per Malattia oncologica, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione.

### Rimborso spese per l'espianto di organi

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese di cui alla lettera a) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" 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 di cui alla lettera a) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente.

### Difetti o malformazioni preesistenti

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni", lettera s), l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti dalla Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", le spese relative a ricoveri effettuati per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, **purché non noti all'Assicurato al momento della stipulazione.**

### Imprudenze e negligenze gravi

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni", lettera k), sono compresi in garanzia anche gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato.

### Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica domiciliare

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato **fino alla concorrenza di euro 60,00 giornalieri con il limite massimo di 45 giorni per anno assicurativo.**

L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato sino al 45° giorno successivo a quello di cessazione del Ricovero stesso ed entro il limite giornaliero di euro 60,00.

### Prestazioni per il nascituro

L'Impresa rimborsa, a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione", relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, anche se non esplicitamente indicati nell' "Elenco grandi interventi chirurgici", **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del contratto.**

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni in forma globale)

### Art. 2.4 - Altre prestazioni assicurate

#### Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", in aggiunta a quanto indicato nell'articolo "Oggetto dell'assicurazione", ed **entro il limite complessivo di euro 10.000,00:**

- a. le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- b. in presenza di Ricovero, le spese per le visite specialistiche e per le terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica nei 2 anni successivi alla data di cessazione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa;
- c. in presenza di Ricovero per Malattia oncologica, le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione.

#### Day Hospital

L'Assicurazione vale anche per i ricoveri avvenuti in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital) conseguenti a Malattia o Infortunio ed è operante esclusivamente se durante il Ricovero vengono praticate terapie chirurgiche e mediche. In tal caso si intendono comprese nella garanzia anche eventuali analisi cliniche, esami strumentali e visite effettuate durante il Ricovero ed attinenti alla patologia che ha determinato il Ricovero stesso.

## Condizioni di assicurazione

### Rimborso spese per l'espianto di organi

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese di cui alla lettera a) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" 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 di cui alla lettera a) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente.

### Difetti o malformazioni preesistenti

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni", lettera s), l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti dalla Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", le spese relative a ricoveri effettuati per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, **purché non noti all'Assicurato al momento della stipulazione.**

### Imprudenze e negligenze gravi

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni", lettera k), sono compresi in garanzia anche gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato.

### Disturbi mentali

I disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi, sono compresi in garanzia limitatamente alla prima manifestazione della Malattia nella vita dell'Assicurato, diagnosticata in corso di contratto, che comporti Ricovero ed ai successivi ricoveri, sempreché determinati dalla medesima Malattia ed avvenuti nel corso della stessa annualità assicurativa del primo Ricovero.

**Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutti i ricoveri, per ogni Assicurato, l'importo di euro 1.500,00, comprese le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.**

### Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica domiciliare

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato fino alla concorrenza di euro 60,00 giornalieri con il limite massimo di 45 giorni per anno assicurativo.

L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini di Polizza, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato sino al 45° giorno successivo a quello di cessazione del Ricovero stesso ed entro il limite giornaliero di euro 60,00.

### Rimborso spese per cure dentarie a seguito di infortunio

In deroga a quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera v), l'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese sostenute per le cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche e implantologiche), rese necessarie da Infortunio (comprovato da referto medico).

### Prestazioni per il nascituro

L'Impresa rimborsa, a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione", relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, anche se non esplicitamente indicati nell'"Elenco grandi interventi chirurgici", purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza del contratto.

### Prestazioni per il parto

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dovuto a parto con taglio cesareo, le spese di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" con il limite di euro 6.000,00 per persona e per anno assicurativo.

**Nel caso in cui, invece, il Ricovero sia dovuto a parto non cesareo, l'Impresa rimborsa solo le spese di cui alla lettera a) dell'articolo "Oggetto dell'assicurazione" con il limite di euro 3.000,00 per persona e per anno assicurativo; in questo caso non è prevista, altresì, la corresponsione della diaria sostitutiva di cui all'articolo "Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N."**

### Prestazioni per il neonato

## Condizioni di assicurazione

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni assicurate", in caso di parto indennizzabile a termini di Polizza, le spese sostenute per il Ricovero del neonato reso necessario da Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di difetti fisici o malformazioni congenite.

La garanzia prestata ha vigore fino a un anno dalla nascita, sempreché la Polizza sia stata regolarmente rinnovata e sia stato pagato il relativo Premio.

### GARANZIA AGGIUNTIVA

*(Valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza)*

#### Art. 2.5 - Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica

L'Impresa rimborsa, fino alla concorrenza di euro 2.500,00 per persona e per anno assicurativo, le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, purché pertinenti alla Malattia e/o all'Infortunio denunciati anche se non collegate a un Ricovero, con uno Scoperto del 20% per prestazione, a carico dell'Assicurato:

- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Ecotomografia
- Scintigrafia
- Angiografia
- Angiografia digitale
- Flebografia
- Esame Holter
- Ecodoppler
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Ecocontrastografia
- Coronarografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Isterosalpingografia
- Broncoscopia
- Broncografia
- Artrografia
- Mielografia
- Scialografia con Contrasto
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato Digerente ed Urologico
- Densitometria Ossea
- Radionefrogramma
- Potenziali Evocativi Uditivi
- Potenziali Evocativi Visivi
- Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni
- Esami Istopatologici

### 3. OPERATIVITA'

#### Art. 3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

#### Art. 3.2 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia;

## Condizioni di assicurazione

del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, **purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché dichiarati all'Impresa e non esplicitamente esclusi.**

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni in forma globale)

### Art. 3.2 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia;
- del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, **purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché dichiarati all'Impresa e non esplicitamente esclusi;**
- dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.

### Art. 3.3 - Indicizzazione

Premesso che con l'espressione:

"indice" si intende l'indice rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica;

"indice di riferimento annuale" si intende:

- l'indice relativo al mese di marzo dell'anno precedente quello di scadenza dell'annualità di Premio se detta scadenza cade nel primo semestre;
- l'indice relativo al mese di settembre dell'anno precedente quello di scadenza dell'annualità di Premio se detta scadenza cade nel secondo semestre;

alla scadenza di ogni annualità di Premio, il Premio stesso, le somme assicurate ed i limiti di Indennizzo previsti nella Scheda di Polizza vengono adeguati in conformità al rapporto tra l'indice di riferimento annuale e l'indice dell'anno precedente.

Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti.

In ogni caso non è soggetta ad adeguamento la garanzia Assistenza.

Qualora il suddetto indice non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, che provvederà a comunicare tempestivamente, ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

### Art. 3.4 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda di Polizza - con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella Coefficienti per età".

### Art. 3.5 - Cambiamento delle attività professionali assicurate

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza che si verifichi nel corso del contratto.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:

- non implica aggravamento di rischio, l'Assicurazione per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;
- implica aggravamento di rischio tale che l'Impresa avrebbe consentito l'Assicurazione limitando la garanzia prestata, essa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dal contratto, ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa del cambiamento nel corso del contratto

## Condizioni di assicurazione

dell'Attività professionale dichiarata, in caso di Ricovero che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;

**nessun Indennizzo viene corrisposto se il Ricovero è determinato da Infortunio e la diversa attività rientra tra le seguenti:**

Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose

Attività circense

Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili

Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva

Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)

Fantino / Driver (trotto)

Guardia del corpo / Buttafuori

Guida alpina

Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo

Istruttore di corsi di sopravvivenza

Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista

Speleologo

Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

### Art. 3.6 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

## 4. MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

### Art. 4.1 - Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza presso una Struttura sanitaria convenzionata, con utilizzo di équipe medico-chirurgica convenzionata e non, l'Impresa provvede:

al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica se convenzionata di tutte le spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero, **solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**, come descritto all'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro – Rimborso spese mediche;

al rimborso all'Assicurato per intero delle spese previste dalla copertura assicurativa eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero;

al rimborso all'Assicurato dell'80% delle eventuali spese relative all'équipe medico-chirurgica se non convenzionata, con i limiti per persona e per anno assicurativo indicati nel successivo articolo "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate".

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni in forma globale)

### Art. 4.1 - Ricoveri in strutture sanitarie convenzionate

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico ambulatoriale indennizzabili a termini di Polizza presso una Struttura sanitaria convenzionata, con utilizzo di équipe medico- chirurgica convenzionata e non, l'Impresa provvede:

al pagamento diretto alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica se convenzionata di tutte le spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero, **solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**, come descritto all'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro – Rimborso spese mediche;

al rimborso all'Assicurato per intero delle spese previste dalla copertura assicurativa eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero;

al rimborso all'Assicurato dell'80% delle eventuali spese relative all'équipe medico-chirurgica se non convenzionata, con i limiti per persona e per anno assicurativo indicati nel successivo articolo "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate".

## Condizioni di assicurazione

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni per gravi malattie e grandi interventi chirurgici)

### Art. 4.2 - Ricoveri in strutture sanitarie non convenzionate

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza presso una Struttura sanitaria non convenzionata, l'Impresa rimborsa all'Assicurato – successivamente alla regolare denuncia di Sinistro - l'80% delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute prima, durante e dopo il Ricovero, con il limite di euro 200.000,00 per persona e per anno assicurativo.

(presente in polizza se richiamata nella Scheda di Polizza la garanzia Ricoveri e prestazioni in forma globale)

### Art. 4.2 - Ricoveri in strutture sanitarie non convenzionate

In caso di Ricovero o di Intervento chirurgico ambulatoriale indennizzabili a termini di Polizza presso una Struttura sanitaria non convenzionata, l'Impresa rimborsa all'Assicurato – successivamente alla regolare denuncia di Sinistro - l'80% delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute prima, durante e dopo il Ricovero, con i seguenti limiti per persona e per anno assicurativo:

euro 200.000,00 in caso di Ricovero per una grave Malattia o per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico rientranti tra quelli riportati nell'“Elenco gravi malattie” o nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”;

euro 10.000,00 in caso di Ricovero per appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, varicectomia degli arti inferiori, ernie addominali, emorroidectomia e per Intervento chirurgico ambulatoriale;

euro 100.000,00 in tutti gli altri casi di Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, non rientranti tra quelli indicati nei punti precedenti.

### Art. 4.3 - Ricoveri con intervento chirurgico per gravi patologie

A parziale deroga di quanto previsto agli articoli “Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate” e “Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate”, in caso di Ricovero che comporti 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,

l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese previste dalla copertura assicurativa sostenute prima, durante e dopo il Ricovero con le modalità di cui ai medesimi articoli, senza applicazione dello Scoperto, se previsto, e fermi i limiti per persona e per anno assicurativo indicati nell'articolo “Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate”.

### Art. 4.4 - Ricoveri a parziale carico del S.S.N.

L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, le spese previste dalla copertura assicurativa alle lettere a), b) e c) dell'articolo “Oggetto dell'assicurazione” sostenute dall'Assicurato e rimaste a suo carico con le modalità di cui agli articoli “Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate” e “Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate”.

### Art. 4.5 - Diaria sostitutiva in caso di ricovero a carico del S.S.N.

L'Impresa riconosce, nel caso in cui il Ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero) un'Indennità giornaliera di euro 200,00 con il limite massimo di 100 giorni per persona e per anno assicurativo, per ogni giorno di Ricovero, in sostituzione delle prestazioni garantite ai punti a), b) e c) dell'articolo “Oggetto dell'assicurazione”.

In ogni caso il giorno di Ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico.

L'Indennità sostitutiva non trova applicazione in caso di Ricovero in Day Hospital.

### Art. 4.6 - Franchigia

Qualora sia stata pattuita per l'Assicurato una Franchigia, la cui entità è indicata nella Scheda di Polizza, da applicarsi ad ogni Evento di cui alle prestazioni previste agli articoli “Oggetto dell'assicurazione” e “Altre prestazioni assicurate” (ad eccezione dei paragrafi “Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica”, “Disturbi mentali”, “Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica domiciliare” e “Prestazioni per il parto” sulle cui prestazioni tale Franchigia non trova applicazione), resta convenuto che l'Impresa, dopo aver applicato l'eventuale Scoperto sulla base delle disposizioni previste dalla presente Polizza, effettua il pagamento dopo aver dedotto la Franchigia stessa, fermi i limiti per persona e per anno ove previsti, e ciò anche in caso di Ricovero a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per i ricoveri avvenuti a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Franchigia di cui sopra non viene applicata e il

## Condizioni di assicurazione

riconoscimento dell'Indennità sostitutiva avviene in base a quanto disposto dalla Polizza.

### 5. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

#### Art. 5.1 – Garanzie prestate

L'Impresa presta i servizi di Assistenza di seguito riportati tramite la Centrale Operativa di AGA Service Italia S.c.a.r.l. con sede operativa in via Ampère n. 30, 20131 Milano e sede legale in Piazzale Lodi n. 3, 20137 Milano – in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione stipulata con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste nella presente Polizza.

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

#### Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa 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 refertante. In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì 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. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà 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'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

#### Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse 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 provvederà ad organizzare 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 potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale.

#### Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione' prevista al precedente paragrafo, risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tali 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.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

#### 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 è a sua disposizione per un consulto telefonico. 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 valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

## Condizioni di assicurazione

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 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 possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette 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 con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

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

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

### Consulenza telefonica su viaggi e medicina

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

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

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

### Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostico-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

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

### Invio di un medico

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati. Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati la Centrale Operativa 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). L'Impresa non potrà 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.

### Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di Malattia o Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessita di una visita medica, la Centrale Operativa provvede a inviargli un proprio medico convenzionato.

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa 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). L'Impresa non potrà 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.

### Collegamento continuo con il centro ospedaliero

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

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al

## Condizioni di assicurazione

trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

### Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

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

### Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessiti di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irrimediabili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà 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, **mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi**.

### Anticipo denaro per spese mediche all'estero

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

### 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 mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione 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. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto**.

Nel caso in cui il Ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare 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**.

### 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. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa 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 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 sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

### Rientro / Rimpatrio figli minori

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un parente 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. In alternativa, la Centrale

## Condizioni di assicurazione

Operativa provvederà a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

### Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa 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, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

### Temporary Inability Care

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

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o grave Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital od ospedale qualora l'Assicurato riceva una prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni.

La Centrale Operativa 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.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa 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 potranno esser richieste più di una volta per anno assicurativo.

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

#### Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare l'Assicurato delle 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 telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

#### Controllo a distanza di parametri medici

La Centrale Operativa, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendessero necessario, metterà temporaneamente a sua disposizione in comodato d'uso delle apparecchiature elettromedicali idonee al monitoraggio telefonico a distanza dei seguenti parametri vitali: battito e frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione ossigeno e peso corporeo. La Centrale Operativa sorveglierà l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al caso attraverso la ricezione telefonica ed il controllo medico dei parametri vitali oggetto del monitoraggio stesso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di monitoraggio, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

#### Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà 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. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese

## Condizioni di assicurazione

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 di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato.

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

### 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 provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa.

I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

### 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, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.

### Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa metterà 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. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

### Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

### Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa 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.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà 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 provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione.

### Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

La Centrale Operativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, al reperimento ed al suo Ricovero presso una Residenza

## Condizioni di assicurazione

Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio, dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. La Centrale Operativa terrà a proprio carico la relativa spesa per la retta di degenza **fino ad un massimo giornaliero pari a euro 150,00**.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile fornire direttamente il servizio, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato 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, saranno a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni che verranno organizzate ed erogate dalla Centrale Operativa 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 provvederà 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, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

### Disbrigo faccende domestiche

La Centrale Operativa provvederà 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 potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi **fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà 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 provvederà, inoltre, ad organizzare il Ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, il cui costo rimarrà **interamente a carico dell'Assicurato**.

### Protezione abitazione

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

### Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà 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 potrà 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, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo**.

### Art. 5.2 - Raddoppio massimali

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta.

### Art. 5.3 - Esclusioni e delimitazioni

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

**Sono escluse le prestazioni in dipendenza:**

- dall'esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- di guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- di terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- di dolo dell'Assicurato;
- di abuso di alcolici e psicofarmaci e di uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;

## Condizioni di assicurazione

di fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;  
da malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato;  
di gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;  
di patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;  
di suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;

le prestazioni in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza e nei casi in cui le autorità locali impongano un divieto o rendano impossibile l'intervento di assistenza.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Centrale Operativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente servizio si prescrive al compimento di un anno dalla data di scadenza del servizio stesso.

Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero escludibilmente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

## 6. IN CASO DI SINISTRO

### RIMBORSO SPESE MEDICHE

#### Art. 6.1 - Obblighi

In caso di necessità di Ricovero, per attivare il servizio di pagamento diretto il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare telefonicamente Clinica Amica (il servizio che offre il circuito di Strutture sanitarie convenzionate) dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, e il sabato dalle 9.00 alle 13.00 ai seguenti numeri:

dall'Italia numero verde 800686868

dall'estero numero di rete fissa +39 02 26609167

Clinica Amica verifica la posizione amministrativa dell'Assicurato, può chiedere l'invio di documentazione medica per valutare se è possibile autorizzare la prestazione e provvedere ad attivare il servizio di pagamento diretto presso la Struttura sanitaria scelta.

Clinica Amica è in questo caso anche il riferimento a cui inviare i documenti necessari per ottenere il rimborso delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero e quelle relative all'équipe medico-chirurgica non convenzionata.

Nei casi di Ricovero in cui non operi il servizio di pagamento diretto, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo entro 15 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dal verificarsi del Sinistro.

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

Per entrambe le modalità di erogazione delle prestazioni il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:

fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero;

presentare gli originali delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute.

L'Assicurato deve altresì:

sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente – se diverso dall'Assicurato – o i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli

## Condizioni di assicurazione

eredi aventi diritto.

### Art. 6.2 - Procedura per la valutazione del danno

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

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

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

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle 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 designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.**

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

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

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

### Art. 6.3 - Pagamento dell'indennizzo

**Il pagamento viene sempre effettuato a cura ultimata.**

L'Impresa provvede a restituire all'Assicurato gli originali delle notule, distinte e ricevute, previa apposizione della data e degli estremi della liquidazione dell'Indennizzo.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte o ricevute per ottenere il rimborso, l'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto, **al netto di quanto a carico dei predetti terzi**, salvo quanto previsto dall'articolo "Rinuncia al diritto di surrogazione".

**Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti 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 - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

L'Impresa, nell'eventualità di pagamenti ai centri convenzionati che, successivamente, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti a termini di Polizza, si riserva il diritto di ripetere dette somme nei confronti del Contraente e/o dell'Assicurato che sono obbligati a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.

## ASSISTENZA

### Art. 6.5 - Obblighi

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

numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;

numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);

telefax +39 02 70 630 091

**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 Polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata

## Condizioni di assicurazione

accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza  
AGA Service Italia S.c.a.r.l.  
Piazzale Lodi, 3  
20137 Milano (MI)

**Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.**

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

farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;

comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

### CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

#### B - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

#### M - Proroga del termine di pagamento del premio

A parziale deroga dell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, il termine di 15 giorni, fissato per il pagamento delle rate di Premio successive alla prima, s'intende elevato a 30 giorni.

#### P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

#### T1 - Polizza temporanea per soggiorni all'estero

Ad integrazione dell'articolo "Esclusioni" è escluso dall'Assicurazione il parto, nonché le malattie che siano espressione o conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza, anche se non conosciuti o non ancora manifestatisi.

Si intendono pertanto abrogati i paragrafi "Prestazioni per il nascituro", "Prestazioni per il parto" e "Prestazioni per il neonato", di cui all'articolo "Altre prestazioni assicurate".

Ferma restando l'estensione territoriale del contratto, a parziale deroga dell'articolo "Termini di aspettativa", in caso di Infortunio e/o Malattia, le garanzie hanno effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza del contratto.

A parziale deroga degli articoli "Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate" e "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate", le garanzie di cui all'articolo "Oggetto dell'assicurazione" si intendono prestate con un massimale pari a euro 50.000,00 per persona, sia in caso di ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate, sia in caso di ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate. Fermo in ogni caso il limite di euro 10.000,00 per persona di cui all'articolo "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate" quando previsto.

#### T2 - Polizza di durata inferiore a un anno

Ad integrazione dell'articolo "Esclusioni" è escluso dall'Assicurazione il parto, nonché le malattie che siano espressione o conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza, anche se non conosciuti o non ancora manifestatisi.

Si intendono pertanto abrogati i paragrafi "Prestazioni per il nascituro", "Prestazioni per il parto" e "Prestazioni per il neonato" di cui all'articolo "Altre prestazioni assicurate".

Inoltre, a deroga degli articoli "Estensione territoriale" e "Termini di aspettativa", l'Assicurazione vale per il solo territorio italiano e, in caso di Infortunio e/o Malattia, le garanzie hanno effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza del contratto.

## Condizioni di assicurazione

A parziale deroga degli articoli "Ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate" e "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate", le garanzie di cui all'articolo "Oggetto dell'assicurazione" si intendono prestate con un massimale pari a euro 50.000,00 per persona, sia in caso di ricoveri in Strutture sanitarie convenzionate, sia in caso di ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate. Fermo in ogni caso il limite di euro 10.000,00 per persona di cui all'articolo "Ricoveri in Strutture sanitarie non convenzionate" quando previsto.

### CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

---

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

#### FUO Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio

Si prende atto fra le parti che dalle garanzie prestate sono esclusi gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque esplicito, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni subite dall'Assicurato a motivo dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza.

#### L Limitazione dei ricoveri da infortunio

Si conviene fra le parti che la garanzia non è operante per i ricoveri da infortuni derivanti dall'Attività professionale esercitata.

#### N Esclusione dei ricoveri da infortunio

Si conviene fra le parti che la garanzia non è operante per i ricoveri determinati da infortuni derivanti da qualsiasi causa.

## Condizioni di assicurazione

### ELENCO GRAVI MALATTIE

---

#### Infarto del Miocardio

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

#### Coronaropatia

Malattia che determini Intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie con innesto di by-pass, o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica.

#### Ictus Cerebrale (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implichino morte di tessuto cerebrale.

#### 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.

### ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

---

#### Collo

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

#### Esofago

Interventi con esofagoplastica

Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria

Megaesofago

Cardioplastica

#### Intestino

Colectomia totale per malattie infiammatorie del colon

#### Retto - Ano

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare

Operazione per megacolon

#### Fegato

Reinterventi sulle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

#### Pancreas

Interventi per pancreatite acuta

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche

Interventi per pancreatite cronica

#### Cardiochirurgia

Interventi a cuore aperto per:

Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi

Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale

Correzione impianto anomalo coronarie

Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica

Correzione canale atrioventricolare completo

Finestra aorto-polmonare

Correzione di:

ventricolo unico

ventricolo destro a doppia uscita

truncus arteriosus

coartazioni aortiche di tipo fetale

## Condizioni di assicurazione

coartazioni aortiche multiple o molto estese  
stenosi aortiche infundibulari  
stenosi aortiche sopravalvolari  
trilogia di Fallot  
tetralogia di Fallot  
atresia della tricuspide  
pervietà interventricolare ipertesa  
pervietà interventricolare con "debanding"  
pervietà interventricolare con insufficienza aortica

Sostituzioni valvolari multiple

Sostituzione valvolare con by-pass aortocoronarico

Aneurismi aorta toracica

Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio

Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aortocoronarici

Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Asportazione di processi espansivi endocranici (ascessi, cisti parassitarie, etc.)

Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali, extra-midollari

Trattamento di lesioni intramidollari (siringomielia, ascessi, etc.)

Somatotomia vertebrale

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica

Chirurgia Vascolare

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale

Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale

Ortopedia e traumatologia

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti

Resezioni del sacro

Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari

Disarticolazione interscapolo toracica

Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto

Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"

Emipelvectomia

Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto

Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca

Vertebrotomia

Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi

Uncoforaminotomia

Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale

Artrodesi per via anteriore

Interventi a cielo aperto sul rachide per via posteriore per artrodesi vertebrale

Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore senza impianti

Interventi a cielo aperto sul rachide per via anteriore con impianti

Urologia

Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale

Traumi diretti con rotture viscerali

Tutti

Trapianti di organi

Tutti

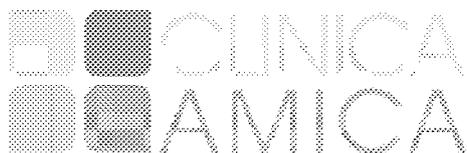
## Condizioni di assicurazione

## TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

Età	Coefficienti	Età	Coefficienti
1	0,320	38	1,010
2	0,320	39	1,040
3	0,320	40	1,060
4	0,320	41	1,110
5	0,320	42	1,130
6	0,330	43	1,170
7	0,340	44	1,210
8	0,340	45	1,240
9	0,350	46	1,280
10	0,360	47	1,320
11	0,380	48	1,360
12	0,390	49	1,400
13	0,400	50	1,440
14	0,420	51	1,470
15	0,430	52	1,530
16	0,460	53	1,570
17	0,480	54	1,630
18	0,500	55	1,670
19	0,520	56	1,730
20	0,540	57	1,780
21	0,570	58	1,840
22	0,600	59	1,910
23	0,640	60	1,980
24	0,650	61	2,070
25	0,680	62	2,120
26	0,700	63	2,190
27	0,730	64	2,300
28	0,740	65	2,350
29	0,770	66	2,430
30	0,790	67	2,500
31	0,820	68	2,560
32	0,850	69	2,620
33	0,870	70	2,710
34	0,900	71	2,770
35	0,920	72	2,830
36	0,960	73	2,970
37	0,980	74	3,180
		75	3,290

## Condizioni di assicurazione

## LETTERA CLINICA AMICA



Dall'Italia: numero verde 800 686868

Dall'estero: +39 02 26.609.167

[www.clinicamica.it](http://www.clinicamica.it)

Gentile Cliente

grazie, innanzitutto, per aver scelto un prodotto Allianz S.p.A..

Nelle righe che seguono trova tutte le informazioni per sfruttare al meglio Clinica Amica, il servizio che offre un circuito di Strutture sanitarie convenzionate tra le più prestigiose nel panorama nazionale e internazionale, gestite da un provider dedicato: una realtà in continua espansione che oggi conta circa 270 cliniche in Italia, migliaia di istituti all'estero, 500 centri diagnostici e 25.000 medici.

**Basta una telefonata:**

A partire da oggi, si può rivolgere al **numero verde 800 686868** per avere l'elenco aggiornato delle Strutture sanitarie convenzionate, per prenotare un ricovero e per sapere, per ogni intervento chirurgico o piano di cura, quali sono le voci di costo coperte dalla polizza.

Ancora, è il numero verde il riferimento a cui far capo per la spedizione dei documenti necessari al rimborso.

La stessa funzione di guida viene svolta, quando si telefona dall'estero, dal **numero di rete fissa +39 02 26.609.167**. Entrambi i numeri sono attivi dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, e il sabato dalle 9.00 alle 13.00.

Per fare tutto questo non occorre ricordare cifre né codici.  
E' sufficiente comunicare nome, cognome e data di nascita.

Infine, per qualsiasi dubbio o necessità, la invitiamo a mettersi in contatto con il suo agente, sempre a sua disposizione.

Cordiali saluti,

Allianz S.p.A.

Lorella Sdrigotti Roberto Giordano