

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Spese mediche"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni con soluzioni composte da combinazioni di garanzie crescenti, che offre prestazioni di rimborso spese mediche in caso di ricovero a seguito di infortunio, malattia o parto ed una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.



Che cosa è assicurato?

- ✓ La copertura assicurativa vale per le spese mediche sostenute dall'Assicurato. Il tutto secondo le seguenti Soluzioni.

La **Soluzione Essential** contiene le seguenti garanzie:

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

La **Soluzione Plus** contiene le seguenti garanzie:

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

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

- ✓ Ricovero per parto;
- ✓ Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie;
- ✓ Espianto di organi;
- ✓ Disturbi mentali;
- ✓ Nascituro;
- ✓ Neonato;
- ✓ Check-up gratuito ogni 2 anni

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

- ✓ Prestazioni maternità in strutture convenzionate

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



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

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

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

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

Garanzia Assistenza:

- * Servizio pubblico di pronto intervento.

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Dove vale la copertura?

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

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



Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni.

Per la Soluzione Essential, la denuncia del sinistro deve essere presentata entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.

Per le Soluzioni Plus, Premium o Top, la denuncia del sinistro deve essere presentata entro 15 giorni dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria.



Quando e come devo pagare?

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

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

E' possibile pagare il premio tramite:

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

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo viene versato esclusivamente con procedura SDD o addebito su carta di credito per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando e come devo pagare?" del DIP aggiuntivo Danni.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della stessa e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la copertura?

La copertura assicurativa non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

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

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

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

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

Nel caso in cui sia stata inviata disdetta o venga esercitato il recesso per poliennalità o per sinistro, la garanzia cessa alla scadenza della copertura assicurativa e non si applica il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

Analoga facoltà di disdetta alla scadenza contrattuale o di recesso in caso di sinistro è riconosciuta anche all'Impresa.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz Ultra Salute – Spese mediche"

25/09/2021 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Allianz S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2020 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **1.952** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a **403** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a **1.105** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.709** milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.219** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.540** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **5.540** milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **205%**.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si fornisce il dettaglio delle garanzie con l'indicazione delle Soluzioni rispetto alle quali sono operanti (Essential, Plus, Premium e Top).

Il programma Allianz Ultra ed il suo Regolamento	Il presente Ambito di rischio comprende le garanzie ed i relativi sistemi di funzionamento descritti di seguito e negli altri documenti inclusi nel Set informativo. L'Ambito di rischio è acquistabile autonomamente o insieme ad altri Ambiti di rischio, all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del modello assicurativo Allianz Ultra, che consente l'aggiornamento e l'evoluzione delle Condizioni di assicurazione mediante successive edizioni secondo le disposizioni contenute nel documento "Allianz Ultra: Regole di funzionamento e caratteristiche generali", consegnato al Contraente insieme al Set informativo, e che integrano le Condizioni di assicurazione di ciascun Ambito di rischio. E' previsto, in particolare, l'automatico adeguamento del contratto alle Condizioni di assicurazione contenute nell'ultima edizione disponibile e, in caso di Sinistro, l'applicazione delle regole di
--	--

	gestione e di liquidazione stabilite dalle condizioni previste nell'edizione in vigore al tempo della denuncia di Sinistro, salvaguardando i diritti già maturati dall'Assicurato con l'applicazione della clausola di "miglior garanzia", che consente di scegliere la prestazione prevista dall'Ambito di rischio inizialmente acquistato, se ritenuta più favorevole.
Protezione per Spese mediche – garanzie base	
Infortuni compresi (valido per la Soluzione Essential)	Sono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato: a) in qualità di passeggero di viaggio aereo di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti; b) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza; c) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; d) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario; e) in conseguenza di insurrezione o di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione a condizione che l'Assicurato: - si trovi al di fuori della propria nazione di residenza; - risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace; - non vi abbia partecipato in modo volontario. f) durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge. La copertura assicurativa è estesa anche ai seguenti casi: g) asfissia non di origine morbosa; h) avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria; i) avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; j) avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi; k) annegamento; l) lesione muscolare da Sforzo; m) folgorazione, colpo di sole o di calore; n) assideramento o congelamento; o) embolia e conseguenze della pressione dell'acqua, subite in occasione di immersione subacquea con autorespiratore.
Spese mediche per ricovero da infortunio (operante per la Soluzione "Essential")	In caso di Infortunio che determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese mediche sostenute durante il Ricovero per: ■ esami, Accertamenti diagnostici, cure e Medicinali ■ trattamenti fisioterapici e rieducativi ■ rette di degenza ■ onorari dei medici e delle équipe chirurgiche ■ diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro). L'Impresa riconosce anche le spese mediche sopra indicate sostenute durante il Ricovero per gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva effettuati allo scopo di eliminare o ridurre le conseguenze dei danni estetici provocati direttamente ed esclusivamente dall'Infortunio.
Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia (operante per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")	L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, le spese mediche sostenute durante il Ricovero per: ■ esami, Accertamenti diagnostici, cure e Medicinali ■ trattamenti fisioterapici e rieducativi ■ rette di degenza ■ onorari dei medici e delle équipe chirurgiche ■ diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso)

	secondo le modalità previste in caso di Ricovero in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto e in caso di Ricovero in strutture sanitarie non convenzionate a rimborso.
Spese prima e dopo il ricovero (operante per la Soluzione "Essential")	In caso di Infortunio che determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, l'Impresa rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato per: ■ nei 120 giorni che precedono il Ricovero, per visite mediche specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici, purché pertinenti all'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero stesso; ■ nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero, per prestazioni eseguite da medici, esami, Accertamenti diagnostici, Medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), purché pertinenti all'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero.
Spese prima e dopo il ricovero (operante per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")	L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, le spese mediche sostenute dall'Assicurato: ■ nei 120 giorni che precedono il Ricovero, per visite mediche specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero stesso; ■ nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero, per prestazioni eseguite da medici, esami, Accertamenti diagnostici, Medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché 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.
Accertamenti di alta diagnostica (operante per la Soluzione "Essential")	L'Impresa riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero: ■ Angiografia ■ Diagnostica istologica e citologica (biopsia) ■ Cistografia ■ Cistouretrografia ■ Cistoscopia ■ Colangiografia ■ Coronarografia ■ Dacriocistografia ■ Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico ■ Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale ■ Ecocardiografia a riposo e da sforzo ■ Ecodoppler ■ Ecografia Intravascolare ■ Ecografia Trans-Esofagea ■ Ecotomografia ■ Esame Holter ■ Esami Istopatologici ■ EEG Mapping (Mapping del cervello) ■ Elettromiografia (EMG) ■ Elettroencefalografia (ENG) ■ Elettroencefalogramma ■ Fibrobroncoscopia ■ Fistelografia ■ Fluoroangiografia Oculare ■ Galattografia ■ Isterosalpingografia ■ Laparoscopia ■ Linfografia ■ Mammografia digitale ■ Mielografia

	■ Mineralogia ossea computerizzata (MOC) ■ Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni ■ Polisonnografia ■ Potenziali evocati motori (PEM) ■ Potenziali evocati somatosensoriali (PESS) ■ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) ■ Scialografia con Contrasto ■ Scintigrafia ■ SPECT – Tomografia ad emissione di fotone singolo ■ Splenoportografia ■ Studio urodinamico ■ Stroboscopia laringea digitale ■ Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) ■ Tomografia Ottica Computerizzata (OTC) ■ Test del respiro ■ Urografia ■ Vesciculodeferentografia ■ Wirsungrafia.
Accertamenti di alta diagnostica (operante per le Soluzioni “Plus”, “Premium” o “Top”)	L’Impresa riconosce le spese sostenute dall’Assicurato per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero: ■ Angiografia ■ Diagnostica istologica e citologica (biopsia) ■ Cistografia ■ Cistouretrografia ■ Cistoscopia ■ Colangiografia ■ Coronarografia ■ Dacriocistografia ■ Diagnostica Endoscopica dell’apparato digerente ed urologico ■ Diagnostica Endoscopica dell’apparato urogenitale ■ Ecocardiografia a riposo e da sforzo ■ Ecodoppler ■ Ecografia Intravascolare ■ Ecografia Trans-Esofagea ■ Ecotomografia ■ Esame Holter ■ Esami Istopatologici ■ EEG Mapping (Mapping del cervello) ■ Elettromiografia (EMG) ■ Elettroencefalografia (ENG) ■ Elettroencefalografia ■ Fibrobroncoscopia ■ Fistelografia ■ Fluoroangiografia Oculare ■ Galattografia ■ Isterosalpingografia ■ Laparoscopia ■ Linfografia ■ Mammografia digitale ■ Mielografia ■ Mineralogia ossea computerizzata (MOC) ■ Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni ■ Polisonnografia

	■ Potenziali evocati motori (PEM) ■ Potenziali evocati somatosensoriali (PESS) ■ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) ■ Scialografia con Contrasto ■ Scintigrafia ■ SPECT – Tomografia ad emissione di fotone singolo ■ Splenoportografia ■ Studio urodinamico ■ Stroboscopia laringea digitale ■ Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) ■ Tomografia Ottica Computerizzata (OTC) ■ Test del respiro ■ Urografia ■ Vescicolodeferentografia ■ Wirsungrafia
Ricovero per parto (operante per le Soluzioni “Premium” o “Top”)	In caso di Ricovero dovuto a parto, l’Impresa riconosce all’Assicurato: ■ le spese sostenute durante il Ricovero, senza applicazione di alcuno Scoperto; ■ le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, in caso di parto cesareo; ■ le spese eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, in caso di parto naturale.
Malattia oncologica (operante per le Soluzioni “Plus”, “Premium” o “Top”)	L’Impresa riconosce, in aggiunta alle spese previste dalle garanzie Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia e Spese prima e dopo il ricovero, le spese sostenute dall’Assicurato per: ■ visite mediche specialistiche ed Accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero; ■ visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto nel corso della copertura assicurativa; ■ assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica. La Somma assicurata rappresenta il massimo esborso a carico dell’Impresa, per tutte le prestazioni sopra indicate e per tutta la durata della copertura assicurativa. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade.
Prestazioni maternità in strutture convenzionate (operante per la Soluzione “Top”)	La garanzia prevede, in caso di gravidanza dell’Assicurato e purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza della copertura assicurativa, la possibilità di effettuare, durante la gravidanza stessa, le seguenti prestazioni: ■ 3 ecografie di controllo ■ 2 prelievi per analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza (dosaggio zuccheri e ferro) ■ 1 amniocentesi esclusivamente presso una Struttura sanitaria convenzionata, contattando preventivamente la Centrale Allianz Health per la relativa prenotazione. Inoltre, successivamente al parto, durante la prima settimana a casa è possibile richiedere, tramite la Centrale Allianz Health, un video consulto con infermiera neonatale per la gestione di eventuali controlli e problemi.
Altre prestazioni assicurate (operante per le Soluzioni “Premium” o “Top”)	Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie 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 dalle garanzie Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia e Spese prima e dopo il ricovero, senza applicazione degli scoperti ove previsti. Espianto di organi L'Impresa riconosce le spese previste dalla garanzia Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia, relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese relative al Ricovero per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente, con le modalità previste dal medesimo articolo. Disturbi mentali Si intendono compresi nella copertura assicurativa i disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi, limitatamente alla prima manifestazione della Malattia nella vita dell'Assicurato, diagnosticata nel corso della copertura assicurativa, che comporti Ricovero ed ai successivi ricoveri, semprech� determinati dalla medesima Malattia ed avvenuti nel corso della stessa annualit� assicurativa del primo Ricovero. In questo caso l'Impresa riconosce le spese previste dalla garanzia Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia, nonch� le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore, con le modalit� previste dalla medesima garanzia. Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non pu� superare complessivamente per tutti i ricoveri, l'importo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade. Nascituro L'Impresa riconosce, a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa, le spese previste dalle garanzie Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia e Spese prima e dopo il ricovero, relative agli interventi finalizzati alla correzione di Difetti fisici o Malformazioni del feto, purch� la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza della copertura assicurativa, con le modalit� previste dalle medesime garanzie. Neonato L'Impresa riconosce le spese previste dalle garanzie Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia e Spese prima e dopo il ricovero, in caso di parto indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione, sostenute per il Ricovero del neonato reso necessario da Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di Difetti fisici o Malformazioni congenite, con le modalit� previste dalle medesime garanzie. La garanzia prestata ha vigore fino a un anno dalla nascita, semprech� la copertura assicurativa sia stata regolarmente rinnovata e sia stato pagato il relativo Premio.
Check-up gratuito ogni 2 anni (operante per le Soluzioni "Premium" o "Top")	L'Impresa offre un servizio di medicina preventiva che consente, a partire dalla decorrenza della copertura assicurativa e senza alcun costo aggiuntivo, all'Assicurato che abbia compiuto 18 anni di et�, di beneficiare di un Check-up a scelta tra i due seguenti programmi di medicina preventiva: A. Check-up diagnostico, che comprende esami per: ■ Colesterolo HDL ■ Colesterolo totale ■ Creatininemia ■ Esame Emocromocitometrico ■ Esame urine completo ■ Valutazione piastrinica ■ Formula leucocitaria ■ Sideremia ■ Gamma GT ■ Glicemia ■ GOT ■ GPT ■ Trigliceridi

	■ PSA (per gli uomini) ■ Pap test (per le donne) B. Check-up specialistico, alternativo al precedente, che prevede una visita specialistica a scelta tra le seguenti: ■ Visita dermatologica e controllo nevi (non mappatura) ■ Visita cardiologica (incluso ECG) ■ Visita urologica ■ Visita ginecologica (incluso Pap test ed ecografia TV, se ritenuta necessaria dal medico) ■ Visita oculistica L'Assicurato può effettuare il Check-up prescelto al massimo una volta ogni due anni, presso una Struttura sanitaria convenzionata, contattando preventivamente la Centrale Allianz Health per la relativa prenotazione. A garanzia della massima riservatezza, gli esiti del Check-up saranno rilasciati solo ed esclusivamente all'Assicurato. Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami effettuati e pagati dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Allianz Health.
Assistenza – garanzie base	
Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24 Invio di un medico al domicilio
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Formula con franchigia (valida per le Soluzioni "Plus" o "Premium")	Qualora sia stata scelta dall'Assicurato la Formula con Franchigia, l'Impresa riconosce le spese previste dalle garanzie Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia, Espianto di organi, Nascituro e Neonato con applicazione della Franchigia scelta sulle spese sostenute durante il Ricovero. In caso di operatività dello Scoperto sulle spese sostenute durante il Ricovero, la Franchigia costituisce l'importo minimo dello Scoperto che rimane a carico dell'Assicurato. La Franchigia non opera sulle spese eventualmente sostenute prima e dopo il Ricovero, che vengono rimborsate secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione.
Riduzione del premio per durata poliennale	In caso di durata poliennale, è possibile usufruire di una riduzione del Premio di tariffa indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, a fronte della quale non è riconosciuta la facoltà di recesso anticipato rispetto alla scadenza contrattuale, salvo che il contratto abbia durata superiore a 5 anni (in tal caso è possibile recedere a partire dalla fine del quinquennio con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità).
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Protezione per Spese mediche	
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (selezionabile per la Soluzione "Essential")	In caso di Infortunio l'Impresa rimborsa, per le conseguenze dirette ed esclusive dello stesso, le spese mediche non collegate a un Ricovero e non rientranti tra quelle riportate nella garanzia Accertamenti di alta diagnostica sostenute dall'Assicurato per: ■ onorari medici per visite specialistiche; ■ Accertamenti diagnostici, prescritti dal medico curante; ■ trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, entro il limite per anno assicurativo, indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.
Visite specialistiche, accertamenti	L'Impresa riconosce le spese mediche, non collegate a un Ricovero e non rientranti tra quelle riportate nella garanzia Accertamenti di alta diagnostica , sostenute dall'Assicurato per:

diagnostici e trattamenti fisioterapici (selezionabile per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")	- onorari medici per visite specialistiche rese necessarie da Malattia o Infortunio (escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche); - Accertamenti diagnostici resi necessari da Malattia o Infortunio e prescritti dal medico curante; - trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione. Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, deve risultare, ai fini del rimborso, attinente alla patologia diagnosticata.
Assistenza	
Garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24 (selezionabile per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione, trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, traduzione della documentazione medica, consulenza telefonica su viaggi e medicina, invio di un medico in viaggio, collegamento continuo con il centro ospedaliero, interprete a disposizione all'estero, invio medicinali all'estero, anticipo denaro per spese mediche all'estero, familiare accanto, rientro al domicilio o rimpatrio sanitario, rientro / rimpatrio figli minori, trasferimento/rimpatrio della salma; Temporary Inability Care (le garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", qualora l'Assicurato riceva una prognosi di inabilità temporanea superiore a 7 giorni): disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche, controllo a distanza delle condizioni di salute, organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici, invio di un infermiere al domicilio, esami del sangue a domicilio, esame radiologico al domicilio (Rx torace), esame ecografico al domicilio, consegna esiti a domicilio, consegna medicinali a domicilio, ascolto e supporto psicologico, disbrigo pagamento utenze domiciliari, disbrigo faccende domestiche, ricovero auto. 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.

 Che cosa NON è assicurato?	
Protezione per Spese mediche	
Rischi esclusi per tutte le garanzie (valido per la Soluzione "Essential")	Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i seguenti casi: - conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio; - infarto da qualsiasi causa determinato; - Rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio); - Ernie; - infezioni, che sono invece sempre considerate malattie, anche se pandemiche, fatto salvo il caso dell'avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica, di cui alla Sezione Che cosa è assicurato – Infortuni compresi. Con riferimento ai casi di avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, si intendono escluse le infezioni malariche.
Assistenza	
Rischi esclusi per tutte le garanzie (valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")	Sono escluse le prestazioni in dipendenza di: - esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai; - infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti; - interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;

	d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie; e) cure ed interventi per l'eliminazione di Difetti fisici, di Malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere; f) espianto/trapianto di organi. Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.
--	--

 Ci sono limiti di copertura?	
Protezione per Spese mediche	
Limiti di copertura per tutte le garanzie (valido per la Soluzione "Essential")	La copertura assicurativa non vale per gli infortuni causati da: a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo; b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura; c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc); d) uso come passeggero di: - d1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; - d2) aeromobili di aeroclubs; - d3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo; e) pratica dei seguenti sport: - e1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere; - e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf; f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta; g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato; i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; j) 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; k) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche.
Limiti di copertura per tutte le garanzie	La copertura assicurativa non è operante per le spese mediche e i ricoveri dovuti 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

(valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")	anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa 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, salvo quanto previsto dalla garanzia Disturbi mentali per le Soluzioni Premium e Top; c) intossicazioni e patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); e) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS); f) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia a sole finalità estetiche, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini delle Condizioni di assicurazione, effettuato una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo; g) acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento e previsti dalla garanzia Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia; h) necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; i) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura sanitaria, salvo quanto previsto, relativamente alle cure termali nell'ambito delle spese sostenute nei 120 giorni successivi al Ricovero; j) conseguenze di infortuni causati da Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; k) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura; l) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente; m) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero; n) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per Difetti fisici o Malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione; o) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita; p) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici; q) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione e sempreché rese necessarie dalla Malattia stessa; r) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare; s) necessità di praticare check-up clinici, salvo quanto previsto dalla garanzia Check-up gratuito ogni 2 anni per le Soluzioni Premium e Top; t) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari. u) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche; v) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato; w) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera tuttavia per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione a condizione che l'Assicurato:
--	--

	- si trovi al di fuori della propria nazione di residenza; - risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace; - non vi abbia partecipato in modo volontario. È sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; x) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari 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; y) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione.
Assistenza	
I limiti di copertura per tutte le garanzie (valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")	E' escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da: a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; b) scioperi, sommosse, tumulti popolari; c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale; e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; o) suicidio o tentativo di suicidio; p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; q) quarantene Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:

	r) la Centrale Operativa Assistenza si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge; s) la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute; t) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione. u) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola; v) la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato; w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del sinistro; x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza derivante dal presente contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso. y) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi. La Centrale Operativa Assistenza non potrà essere ritenuta responsabile di: z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore; aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato. La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con: - aereo di linea (classe economica); - treno (prima classe). Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.
Franchigie, scoperti, limiti di indennizzo da determinarsi in sede di stipulazione	
Protezione per Spese mediche	
Spese mediche per ricovero da infortunio	Franchigia
Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia	Franchigia
• Ricovero all'estero	Limite di indennizzo
• Piccoli interventi	Limite di indennizzo
• Spese durante il ricovero	Scoperto
Spese prima e dopo il ricovero	Franchigia Scoperto
Accertamenti di alta diagnostica	Franchigia Scoperto
Spese prima e dopo il ricovero per parto	Scoperto
Malattia oncologica	Scoperto
Disturbi mentali	Limite di indennizzo
Trattamenti fisioterapici	Limite di indennizzo
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici	Franchigia Scoperto
Assistenza	
Interprete a disposizione all'estero	Limite di indennizzo
Anticipo denaro per spese mediche all'estero	
Familiare accanto	
Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche	
Invio di un infermiere al domicilio	
Disbrigo faccende domestiche	
Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita	

Esemplificazione dell'applicazione di franchigie e scoperti

Soluzione Essential – Franchigia prevista in polizza Euro 100

Spese sostenute durante il ricovero: euro 3.000

Spese sostenute prima e dopo il ricovero: euro 500

Spese sostenute per accertamenti di alta diagnostica: euro 300

Spese sostenute per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici non collegate ad un ricovero: euro 1.000

Applicazione franchigia: euro 4.800 – euro 100 = euro 4.700 indennizzati

Restano a carico dell'Assicurato euro 100

Soluzione Premium - Scoperto previsto in polizza 20% con il massimo di euro 5.000

Spese sostenute durante il ricovero: euro 10.000

Applicazione Scoperto: euro 10.000 – 20% = euro 8.000 indennizzati

Restano a carico dell'Assicurato euro 2.000


Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?
Cosa fare in caso di sinistro?
Protezione per Spese mediche
Denuncia di sinistro (valido per la Soluzione Essential)

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

La denuncia deve:

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

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

L'Assicurato **deve inoltre presentare** la seguente documentazione:

- copia conforme ed integrale della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e della scheda nosologica e di ogni altra documentazione sanitaria relativa all'Infortunio denunciato;
- in caso prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata, nonché le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- in caso di Infortunio che abbia reso necessarie spese odontoiatriche, il certificato del Pronto Soccorso;
- i certificati medici sul decorso delle lesioni, sino a guarigione avvenuta, che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi all'Impresa;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari. In caso di spese relative a cicli di terapie (ad es. per trattamenti fisioterapici), la documentazione presentata deve riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate e i relativi costi.

Inoltre l'Assicurato **deve:**

- **consentire** eventuali controlli medici disposti dall'Impresa;
- **fornire** a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che lo hanno visitato e curato.

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

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

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

Denuncia di sinistro (valido per le Soluzioni Plus, Premium e Top)

In caso di Sinistro il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale all'Impresa, entro 15 giorni** dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria.

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

Sinistri in Strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto (valido per le Soluzioni Plus, Premium o Top)

Per accedere alle prestazioni presso una Struttura sanitaria convenzionata e attivare il servizio di pagamento diretto, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, **deve richiedere la preventiva autorizzazione** alla Centrale Allianz Health, mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa:

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW, e caricando la propria denuncia di Sinistro in forma diretta, completa di tutte le informazioni richieste e necessarie ad una corretta valutazione della posizione;
- contattando la Centrale Allianz Health al Numero Verde 800 686 868 (per chiamate dall'estero: +39 02 26609167), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- in caso di esigenze di cura sopravvenute durante soggiorno all'estero, è possibile accedere al circuito di strutture sanitarie internazionale, contattando.

All'interno della propria Area Personale o tramite l'App, sarà possibile consultare le strutture sanitarie ed i medici convenzionati, nonché le specifiche strutture dedicate al Check-up biennale. Per la corretta denuncia del Sinistro con pagamento diretto **è necessario** presentare la seguente documentazione:

- in caso di Ricovero o Intervento chirurgico ambulatoriale, copia della prescrizione medica contenente la patologia accertata o presunta, l'intervento chirurgico richiesto, nonché le ulteriori prestazioni richieste (unitamente a tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento);
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata, nonché le prestazioni diagnostiche e/o o terapeutiche richieste;
- in caso di accesso al check-up biennale di cui all'articolo 2.2.11 "Check-up gratuito ogni 2 anni", non è richiesta alcuna documentazione medica.

Al fine di consentire la corretta valutazione della richiesta nonché il rilascio dell'autorizzazione in tempi utili, **è necessario contattare la Centrale Allianz Health almeno 5 giorni lavorativi prima** della data della prestazione o del Ricovero. In caso di impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Allianz Health nei tempi indicati, è comunque possibile presentare la propria richiesta anche in corso di Ricovero o comunque prima del termine della prestazione. In tal caso, e laddove la Centrale Allianz Health non riesca a rilasciare l'autorizzazione prima del termine delle prestazioni o del Ricovero e qualora la prestazione sia risultata comunque in garanzia, il Sinistro sarà gestito nella forma a rimborso senza applicazione dello Scoperto.

Nei casi in cui:

- l'Assicurato, pur avvalendosi di una Struttura sanitaria convenzionata, sia in Italia che all'estero, non abbia richiesto e ottenuto dalla Centrale Allianz Health la preventiva autorizzazione al pagamento in forma diretta;
- l'Assicurato non si sia avvalso di una Struttura sanitaria convenzionata;
- presso una Struttura sanitaria convenzionata vengano comunque effettuate prestazioni da parte di personale non convenzionato in quanto non facente parte del personale della

	Struttura sanitaria stessa (ad esempio équipe medico-chirurgica non convenzionata proveniente da altra Struttura sanitaria); il Sinistro sarà gestito nella forma a rimborso e sarà applicato lo Scoperto previsto per le prestazioni rese presso strutture sanitarie non convenzionate. L'accesso alle prestazioni previste dal Check-up biennale di cui all'articolo 2.2.11 "Check-up gratuito ogni 2 anni", è in ogni caso subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva rilasciata dalla Centrale Allianz Health, presso una delle strutture sanitarie convenzionate dedicate al Check-up. Eventuali check-up o altre prestazioni di prevenzione, effettuate dall'Assicurato senza la preventiva autorizzazione, non possono essere rimborsate. Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva dalla Centrale Allianz Health, l'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria prescelta, un documento comprovante la propria identità, nonché la prescrizione del medico curante contenente la natura della patologia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. L'Assicurato deve inoltre sottoscrivere il Modulo di Autorizzazione alla Presa in Carico, fornitogli dalla Struttura sanitaria, con cui l'Assicurato stesso: ■ autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy; ■ autorizza il superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno avuto in cura presso la Struttura sanitaria; ■ si impegna a versare alla Struttura sanitaria gli eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non previsti dalla copertura. L'Assicurato deve in ogni caso consentire eventuali controlli medici disposti dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata. L'Impresa provvede quindi a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega l'Impresa a pagare le strutture sanitarie e i medici convenzionati a saldo delle spese mediche sostenute. La Struttura sanitaria non può comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla copertura, eccedenti il massimale o comunque non autorizzate. Sinistri in strutture non convenzionate a rimborso (valido per le Soluzioni Plus, Premium o Top) Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, può presentare la denuncia del Sinistro mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa: ■ accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW, e inviando la denuncia di Sinistro, unitamente alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione; ■ tramite il proprio intermediario assicurativo. Per la corretta denuncia del Sinistro in forma rimborsuale è necessario presentare la seguente documentazione: ■ in caso di Ricovero, copia conforme e integrale della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e della scheda nosologica, nonché la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento; ■ in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale, copia conforme di tutta la documentazione clinica relativa all'Intervento, nonché la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento; ■ in caso di cure odontoiatriche rese necessarie da Infortunio, il certificato del Pronto Soccorso; ■ in caso prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata, nonché le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste; ■ copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari. In caso di spese relative a cicli di terapie (ad es. per trattamenti fisioterapici), la documentazione presentata deve riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate e i relativi costi. Inoltre, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della documentazione presentata, se richiesto espressamente dall'Impresa, l'Assicurato deve:
--	---

	▪ consentire eventuali controlli medici disposti dall'Impresa; ▪ fornire a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato; ▪ produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento delle prestazioni di cui chiede il rimborso. Resta inteso che l'Impresa si riserva la facoltà di richiedere all'Assicurato, in qualsiasi momento, gli originali della documentazione medica prodotta, al fine di verificare che le copie siano conformi agli stessi. Gli originali dovranno, in ogni caso, essere consegnati all'Impresa per esigenze legate ad un contenzioso o a seguito di richiesta delle Autorità Competenti. L'Impresa provvederà a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli. Resta inteso che le spese relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato. Nel caso in cui, prima della corresponsione dell'Indennizzo, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente – se diverso dall'Assicurato – o i suoi eredi legittimi devono: ▪ darne immediato avviso all'Impresa; ▪ fornire il certificato di morte dell'Assicurato; ▪ assolvere agli adempimenti sopra indicati; ▪ fornire l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Assistenza diretta / in convenzione Assistenza Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno. Gestione da parte di altre imprese Assistenza Qualora il Contraente o l'Assicurato debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza dovrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Assistenza chiamando i seguenti numeri: ▪ numero verde 800 68 68 68 dall'Italia ▪ numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero) indicando con precisione: ▪ il tipo di assistenza di cui necessita; ▪ cognome e nome; ▪ indirizzo e luogo da cui chiama; ▪ eventuale recapito telefonico; ▪ il numero di Ambito di rischio. La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a: Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza AWP P&C S.A. rappresentanza generale per l'Italia Casella Postale 302 Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi) Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza non saranno rimborsate. Inoltre l'Assicurato dovrà: ▪ farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo; ▪ comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale. Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni
--	--

Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle domande poste nel Questionario sanitario per le Soluzioni Plus, Premium o Top) o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate nelle condizioni di assicurazione come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza), possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
	Questionario sanitario (per le Soluzioni Plus, Premium e Top) È necessario verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario riportato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e che le stesse rispondano al vero.
Obblighi dell'Impresa	Termini di indennizzo L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso. Entro lo stesso termine l'Impresa comunica anche eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni si precisano le ulteriori modalità di pagamento del premio con procedura SDD o addebito su carta di credito. Modalità di pagamento del premio: Procedura SDD Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i mezzi di pagamento indicati nel DIP Danni. Dal secondo pagamento in poi, il premio viene corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD. Addebito su carta di credito Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente. Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture acquistate con il presente Ambito di rischio sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento. Adeguamento del premio Le Somme/massimali assicurati, i Limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e il Premio, previsti nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa, della percentuale - solo se superiore - calcolata rapportando l'"indice di riferimento annuale" rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica: ■ relativo al mese di marzo dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel primo semestre; ■ relativo al mese di settembre dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel secondo semestre a quello immediatamente precedente. Se il suddetto indice non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente ma deve avvisare il Contraente. Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento gli Scoperti e le Franchigie eventualmente previsti ed indicati nella suddetta Scheda tecnica di Ambito di rischio.

	L'adeguamento/rivalutazione non è operante per la garanzia Assistenza. Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.
Rimborso	Recesso in caso di sinistro (valido per la Soluzione Essential) Nell'ipotesi in cui l'Impresa eserciti, ove consentito, il diritto di recesso per Sinistro, l'Impresa stessa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al periodo assicurativo non trascorso e non goduto.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Periodo di carenza della copertura assicurativa (valido per le Soluzioni Plus, Premium e Top) La copertura assicurativa 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 copertura assicurativa stessa, 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, se richiamata la garanzia Ricovero per parto nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Se l'Assicurato risultava coperto, senza soluzione di continuità, fino alla data di sottoscrizione del presente contratto, con altra precedente copertura assicurativa riguardante le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24: ■ del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per le garanzie e le Somme assicurate dalla stessa; ■ del giorno di decorrenza di questa copertura assicurativa limitatamente alle diverse garanzie e alle maggiori somme eventualmente assicurate.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire la copertura ?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelare sé stesso e/o i suoi familiari in caso di spese mediche a seguito di infortunio, malattia o parto. La possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 75 anni (per le Soluzioni Plus, Premium e Top) e agli 80 anni (per la Soluzione Essential) potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa. L'accesso al prodotto (per le Soluzioni Plus, Premium e Top) è subordinato alla valutazione dell'esito del Questionario sanitario. Il prodotto offre livelli di protezione crescenti in base alle 4 Soluzioni, alternative tra loro di seguito indicate:	

Soluzione Essential: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avere la copertura delle spese mediche sostenute prima, durante e dopo un ricovero dovuto a infortunio, un consulto medico e altre prestazioni di assistenza, la copertura delle spese mediche per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici.

Soluzione Plus: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avere la copertura delle spese mediche sostenute prima, durante e dopo un ricovero dovuto a infortunio o malattia, un consulto medico e altre prestazioni di assistenza, un massimale aggiuntivo per visite, esami, terapie e assistenza a domicilio per malattia oncologica, la copertura delle spese mediche per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici.

Soluzione Premium: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avere la copertura delle spese mediche sostenute prima, durante e dopo un ricovero dovuto a infortunio, malattia o parto, un consulto medico e altre prestazioni di assistenza, un massimale aggiuntivo per visite, esami, terapie e assistenza a domicilio per malattia oncologica, la copertura delle spese mediche per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici.

Soluzione Top: in aggiunta alla Soluzione Premium, la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avere un check-up gratuito ogni due anni e prestazioni legate alla maternità.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24,5%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • con lettera inviata ad Allianz S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa - www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI - RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS. I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono: - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;

	- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
--	---

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Allianz ULTRA

Salute

Spese mediche

Assicurazione contro i danni

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 979 - 22/02/2021

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



AllianzNow, la tua protezione in tempo reale

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

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



Servizio Clienti



Glossario

GLOSSARIO

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

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

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

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

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

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

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

Centrale Allianz Health: il servizio prestato su incarico di Allianz S.p.A. da AWP CCI Srl la quale, tramite i propri operatori, medici, professionisti sanitari e tecnici, con linea telefonica "verde" gratuita, provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle strutture sanitarie convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sulle strutture sanitarie convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogati.

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

Day Hospital/Day Surgery: il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito esclusivamente di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).

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

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuale di invalidità permanente o in giorni di Inabilità temporanea.

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

Impresa: Allianz S.p.A.

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

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

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

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

Glossario

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

Limite di indennizzo: l'importo dovuto dall'Impresa che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa stessa, nei casi espressamente indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

INDICE

1 - INTRODUZIONE	PAG.	4
2 - CHE COSA E' ASSICURATO	PAG.	4
3 - CHE COSA NON E' ASSICURATO	PAG.	18
4 - LIMITI DI COPERTURA	PAG.	19
5 - VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	PAG.	22
6 - OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO	PAG.	23
7 - PREMIO	PAG.	27
8 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO	PAG.	28
9 - ULTERIORI DISPOSIZIONI	PAG.	29

Condizioni di assicurazione

1. INTRODUZIONE

Attenzione: si presti particolare attenzione alle parti delle condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto nonché alle esemplificazioni riportate nel DIP aggiuntivo Danni.

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

L'Ambito di rischio **"Spese mediche"** è costituito da quattro differenti Soluzioni, alternative fra loro, composte dalle seguenti combinazioni di garanzie crescenti:

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

Le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo Premio, dalla garanzia aggiuntiva Assistenza sanitaria H24.

Art. 1.2 – Il Regolamento Allianz Ultra

L'Impresa si impegna a mantenere ed aggiornare i contenuti dei singoli Ambiti di rischio acquistabili all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del **modello assicurativo Allianz Ultra**, al fine di soddisfare al meglio, nel tempo, le esigenze della propria clientela. Il documento **"Allianz Ultra: Regole di funzionamento e caratteristiche generali"** (di seguito **"Regolamento Allianz Ultra"**), che il Contraente ha ricevuto contestualmente al presente Set informativo, descrive e disciplina i meccanismi generali di evoluzione e di aggiornamento del rapporto e delle Condizioni di assicurazione dell'Ambito di rischio, o degli Ambiti di rischio (se più di uno) scelti dal Contraente. E' previsto, in particolare, l'automatico adeguamento del rapporto alle Condizioni di assicurazione contenute nell'ultima edizione disponibile **e, in caso di Sinistro, l'applicazione delle regole di gestione e di liquidazione stabilite dalle condizioni previste nell'edizione in vigore al tempo della denuncia di Sinistro**. Il tutto senza pregiudizio dei diritti già maturati e con applicazione della clausola di "miglior garanzia", che consente comunque al Contraente o all'Assicurato, in caso di Sinistro, di scegliere la prestazione prevista dall'Ambito di rischio inizialmente sottoscritta, se ritenuta più favorevole.

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

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

2. CHE COSA E' ASSICURATO

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

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

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

Art. 2.1 – Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa vale per le spese mediche sostenute dell'Assicurato per Infortunio e Malattia, in base alla Soluzione operante e nei casi descritti nei successivi articoli 2.2 "Le garanzie base" e 2.3 "Le garanzie aggiuntive".

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

Sono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- a) in qualità di passeggero di viaggio aereo di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque eserciti, **salvo quanto previsto dall'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie", lettera d);**

Condizioni di assicurazione

- b) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- c) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- d) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;**
- e) in conseguenza di insurrezione o di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione a condizione che l'Assicurato:
 - si trovi al di fuori della propria nazione di residenza;
 - **risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace;**
 - **non vi abbia partecipato in modo volontario.**

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

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

La copertura assicurativa è estesa anche ai seguenti casi:

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

Art. 2.2 - Le garanzie base

In base alla Soluzione "Essential", "Plus", "Premium" o "Top" scelta dal Contraente e **indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, sono operanti le garanzie riportate negli articoli che seguono.

Art. 2.2.1 - Spese mediche per ricovero da infortunio (*Valido per la Soluzione "Essential"*)

In caso di Infortunio che determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese mediche sostenute durante il Ricovero per:

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

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

Tutte le spese, quelle del presente articolo e quelle assicurate dagli articoli 2.2.3 "Spese prima e dopo il ricovero", 2.2.5 "Accertamenti di alta diagnostica" e, se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, 2.3.1 "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici", vengono riconosciute all'Assicurato **per anno assicurativo entro il limite complessivo della Somma assicurata e previa deduzione per ciascun Infortunio della Franchigia riportata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.**

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

L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, le spese mediche sostenute durante il Ricovero per:

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

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

Condizioni di assicurazione

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

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

Nel caso in cui, per la tipologia di intervento chirurgico, non fosse disponibile presso la Struttura sanitaria convenzionata un'équipe medico-chirurgica convenzionata, l'Impresa si attiverà per il convenzionamento temporaneo dell'équipe medico-chirurgica presente nella Struttura sanitaria.

Se non fosse possibile ottenere il convenzionamento dell'équipe medico-chirurgica, l'Impresa rimborsa integralmente all'Assicurato le spese relative all'équipe, senza applicazione dello Scoperto previsto per i ricoveri in strutture sanitarie non convenzionate.

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

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

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

In caso di Infortunio che determina un Ricovero in Struttura sanitaria a causa delle sue conseguenze dirette ed esclusive, l'Impresa rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato per:

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

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

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

L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, le spese mediche sostenute dall'Assicurato:

- nei 120 giorni che precedono il Ricovero, per visite mediche specialistiche, esami e Accertamenti diagnostici, **purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero stesso**;
- nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero, per prestazioni eseguite da medici, esami, Accertamenti diagnostici, Medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché 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**.

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

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

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

L'Impresa riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Cistoscopia
- Colangiografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia

Condizioni di assicurazione

- Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecodoppler
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea
- Ecotomografia
- Esame Holter
- Esami Istopatologici
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettromiografia (EMG)
- Elettroencefalografia (ENG)
- Elettroretinografia
- Fibrobroncoscopia
- Fistelografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Laparoscopia
- Linfografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
- PET – Tomografia ad Emissione di Positroni
- Polisomnografia
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- SPECT – Tomografia ad emissione di fotone singolo
- Splenoportografia
- Studio urodinamico
- Stroboscopia laringea digitale
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Test del respiro
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungografia

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

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

L'Impresa riconosce le spese sostenute dall'Assicurato per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Cistoscopia
- Colangiografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato digerente ed urologico
- Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale
- Ecocardiografia a riposo e da sforzo
- Ecodoppler
- Ecografia Intravascolare
- Ecografia Trans-Esofagea

Condizioni di assicurazione

- Ecotomografia
- Esame Holter
- Esami Istopatologici
- EEG Mapping (Mapping del cervello)
- Elettromiografia (EMG)
- Elettroencefalografia (ENG)
- Elettroretinografia
- Fibrobroncoscopia
- Fistelografia
- Fluoroangiografia Oculare
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Laparoscopia
- Linfografia
- Mammografia digitale
- Mielografia
- Mineralogia ossea computerizzata (MOC)
- Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni
- Polisomnografia
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scialografia con Contrasto
- Scintigrafia
- SPECT – Tomografia ad emissione di fotone singolo
- Splenoportografia
- Studio urodinamico
- Stroboscopia laringea digitale
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Test del respiro
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsunografia

Ciascuna prestazione viene riconosciuta all'Assicurato:

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

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

In caso di Ricovero dovuto a parto, l'Impresa riconosce all'Assicurato:

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

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

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

Condizioni di assicurazione

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

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

- visite mediche specialistiche ed Accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- visite specialistiche e terapie di qualsiasi genere rese necessarie dalla Malattia oncologica sostenute entro 2 anni dalla dimissione del primo Ricovero relativo alla Malattia stessa e avvenuto nel corso della copertura assicurativa;
- assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

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

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

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

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

La garanzia prevede, in caso di gravidanza dell'Assicurato e **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza della copertura assicurativa**, la possibilità di effettuare, durante la gravidanza stessa, le seguenti prestazioni:

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

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

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

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

Art. 2.2.10.1 – Ricovero con intervento chirurgico per gravi patologie

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 dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" e 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero" senza applicazione degli scoperti ove previsti.

Art. 2.2.10.2 - Espianto di organi

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

Art. 2.2.10.3 - Disturbi mentali

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

In questo caso l'Impresa riconosce le spese previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia", nonché le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore, con le modalità previste dal medesimo articolo.

Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutti i ricoveri, l'importo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente garanzia decade.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.2.10.4 - Nascituro

L'Impresa riconosce, **a partire dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa**, le spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" e 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero", relative agli interventi finalizzati alla correzione di Difetti fisici o Malformazioni del feto, **purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza della copertura assicurativa**, con le modalità previste dai medesimi articoli.

Art. 2.2.10.5 – Neonato

L'Impresa riconosce le spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia" e 2.2.4 "Spese prima e dopo il ricovero", in caso di parto indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione, sostenute per il Ricovero del neonato reso necessario da Infortunio, Malattia o per la correzione o eliminazione di Difetti fisici o Malformazioni congenite, con le modalità previste dai medesimi articoli.

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

Art. 2.2.11 - Check-up gratuito ogni 2 anni (*Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top"*)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Qualora sia stata scelta dall'Assicurato la Formula con Franchigia, l'Impresa riconosce le spese previste dagli articoli 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia", 2.2.10.2 "Espianto di organi", 2.2.10.4 "Nascituro" e 2.2.10.5 "Neonato" **con applicazione della Franchigia scelta sulle spese sostenute durante il Ricovero.**

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

La Franchigia non opera sulle spese eventualmente sostenute prima e dopo il Ricovero, che vengono rimborsate secondo quanto previsto dalle Condizioni di assicurazione.

Art. 2.3 - Le garanzie aggiuntive

Le seguenti garanzie aggiuntive possono essere scelte dal Contraente, con il pagamento di un premio aggiuntivo, solo nell'Ambito delle Soluzioni espressamente indicate per ciascuna di esse e sono operanti solo se sono richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.3.1 - Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (*Valido per la Soluzione "Essential"*)

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

- onorari medici per visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici, prescritti dal medico curante;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti dal medico curante e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, **entro il limite per anno assicurativo**, indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

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

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

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

Relativamente alle visite specialistiche, i **documenti di spesa** (fatture e ricevute) **devono** riportare l'indicazione della specialità del medico che, deve risultare, ai fini del rimborso, attinente alla patologia diagnosticata.

Ciascuna prestazione o ciclo di terapia (quest'ultimo **purché previsto da un'unica prescrizione medica**) viene riconosciuta all'Assicurato:

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

ASSISTENZA

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

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

AVVERTENZA: nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa Assistenza (per i dettagli si rinvia all'articolo 6.6 "Obblighi")

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

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport, Pediatria, Reumatologia, Oncologia e Nefrologia a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. Tale consulenza medico-specialistica telefonica sarà organizzata entro 48 ore lavorative da parte della Centrale Operativa Assistenza.

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

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

Art. 2.4.2 – Invio di un medico al domicilio

Quando in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa Assistenza provvede, previa valutazione del proprio servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati entro 3 ore dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà rivolgersi a un medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento**.

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

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

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

Art. 2.5.1 – 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 Assistenza mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante.** In particolare la Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza 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 Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

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

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

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di second opinion prevista al precedente articolo, 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 Assistenza 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.

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

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

Nel caso in cui emergesse la necessità di trasferire l'Assicurato da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo (ad esempio per riabilitazione, ulteriori cure, lungodegenza ecc.), la Centrale Operativa Assistenza provvederà:

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

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

Condizioni di assicurazione

Art. 2.5.4 – Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione dell'articolo 2.5.2 – "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione", risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza.

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

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

Art. 2.5.5 – Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa Assistenza 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, non fornisce diagnosi o prescrizioni ed è erogato al momento della chiamata da parte dell'Assicurato, o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa Assistenza.

Art. 2.5.6 – Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di Malattia o Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessiti di una visita medica, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli un proprio medico convenzionato entro 3 ore dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà rivolgersi a un medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 150,00 per evento**.

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

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

Art. 2.5.7 – 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 Assistenza, 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 Assistenza specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Art. 2.5.8 – 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 Assistenza metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa Assistenza, immediatamente o con ricontatto telefonico entro 4 ore oppure, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

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

Condizioni di assicurazione

Art. 2.5.9 – Invio medicinali all'estero

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

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

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

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa Assistenza anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.**

Art. 2.5.11 – Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o Malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione di un Familiare un biglietto aereo (classe turistica Andata/Ritorno) o ferroviario (1a classe Andata/Ritorno), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il Familiare potrà richiedere alla Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza. **A carico del Familiare resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**

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

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

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

Art. 2.5.12 – Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in accordo con il medico curante sul posto:

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

Se necessario, l'Assicurato 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.

Art. 2.5.13 – Rientro/Rimpatrio figli minori

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

Condizioni di assicurazione

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

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

Art. 2.5.14 – Trasferimento/Rimpatrio della salma

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

Art. 2.5.15 TEMPORARY INABILITY CARE

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

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

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

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

■ Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

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

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

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

■ Controllo a distanza delle condizioni di salute

La Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza organizzerà tale intervento attivando la prestazione di cui all'articolo 2.5.6 "Invio di un medico in viaggio" secondo quanto ivi previsto.

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

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

■ 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 Assistenza 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**.

Condizioni di assicurazione

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

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

■ Esami del sangue a domicilio

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

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

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

■ Esame radiologico al domicilio (Rx torace)

Qualora l'Assicurato necessiti di un esame radiologico al torace e fosse impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviare un radiologo al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

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

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

■ Esame ecografico al domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti di un esame ecografico e fosse impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviare un ecografista al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

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

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

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

■ Consegna esiti a domicilio

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

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

Condizioni di assicurazione

■ Consegna medicinali a domicilio

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

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

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

■ Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa Assistenza 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.

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

Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza 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 potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

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

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

■ Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato 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 Assistenza provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

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

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

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza 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 potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

Condizioni di assicurazione

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

Art. 2.5.16 - Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

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

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

■ Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

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

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

■ Disbrigo faccende domestiche

La Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza terrà a proprio carico i relativi **costi fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

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

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza 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 Assistenza 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 Assistenza 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 Assistenza 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 Assistenza 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 Assistenza 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 Assistenza 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 Assistenza, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

3. CHE COSA NON E' ASSICURATO

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

Condizioni di assicurazione

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

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

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

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

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

Art. 3.2 – Persone non assicurabili (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top"*)

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

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

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

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

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

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

ASSISTENZA

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

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:

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

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

4. LIMITI DI COPERTURA

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

La copertura assicurativa è prestata con l'applicazione degli Scoperti, delle Franchigie e dei Limiti di indennizzo concordati in sede di stipulazione e conseguentemente indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Condizioni di assicurazione

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

Art. 4.1 – Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per la Soluzione “Essential”)

La copertura assicurativa non vale per gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura;
- c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc);
- d) uso come passeggero di:
 - d1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - d2) aeromobili di aeroclubs;
 - d3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- e) pratica dei seguenti sport:
 - e1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
 - e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione “free solo”, regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
- f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta;
- g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
- i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo 2.1.1 “Infortuni compresi”, lettera e). E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- j) 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;
- k) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche.

Art. 4.2 – Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni “Plus”, “Premium” e “Top”)

La copertura assicurativa non è operante per le spese mediche e i ricoveri dovuti 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 della copertura assicurativa 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, salvo quanto previsto dall'articolo 2.2.10.3 “Disturbi mentali” per le Soluzioni Premium e Top;
- c) intossicazioni e patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS);
- f) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia a sole finalità estetiche, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini delle Condizioni di assicurazione, effettuato una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo;
- g) acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento e previsti dall'articolo 2.2.2 “Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia”;
- h) necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

Condizioni di assicurazione

- i) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura sanitaria, salvo quanto previsto, relativamente alle cure termali nell'ambito delle spese sostenute nei 120 giorni successivi al Ricovero;
 - j) conseguenze di infortuni causati da Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
 - k) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura;
 - l) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
 - m) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero e previsti dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche per ricovero da infortunio e malattia";
 - n) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per Difetti fisici o Malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione;
 - o) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
 - p) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;
 - q) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione e sempreché rese necessarie dalla Malattia stessa;
 - r) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
 - s) necessità di praticare check-up clinici, salvo quanto previsto dall'articolo 2.2.11 "Check-up gratuito ogni 2 anni" per le Soluzioni Premium e Top;
 - t) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
 - u) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
 - v) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
 - w) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera tuttavia per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione **a condizione che** l'Assicurato:
 - si trovi al di fuori della propria nazione di residenza;
 - risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace;
 - non vi abbia partecipato in modo volontario.
- È 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;
- x) 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;
 - y) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione.

ASSISTENZA

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

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

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in

Condizioni di assicurazione

collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;

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

Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:

- r) la Centrale Operativa Assistenza si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- s) la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- t) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione;
- u) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- v) la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;
- x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza derivante dal presente contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso;
- y) Le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

La Centrale Operativa Assistenza non potrà essere ritenuta responsabile di:

- z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
 - aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.
- La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:
- aereo di linea (classe economica);
 - treno (prima classe).

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

5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

Art. 5.1 - Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

Condizioni di assicurazione

ASSISTENZA

Art. 5.2 – Validità territoriale

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

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della copertura assicurativa, al momento della richiesta di attivazione di assistenza risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.

L'elenco di tali paesi è disponibile anche sul sito www.allianz-global-assistance.it/corporate/Prodotti/avvertenze/.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

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

Restano ferme, anche in relazione alla gestione e liquidazione dei Sinistri, le disposizioni del "Regolamento Allianz Ultra", richiamato all'articolo 1.2, applicabili ai casi in cui il Sinistro dovesse essere denunciato in vigenza di una edizione successiva alla presente.

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

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

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

La denuncia deve:

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

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

L'Assicurato **deve inoltre presentare** la seguente documentazione:

- copia conforme ed integrale della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e della scheda nosologica e di ogni altra documentazione sanitaria relativa all'Infortunio denunciato;
- in caso prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata, nonché le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- in caso di Infortunio che abbia reso necessarie spese odontoiatriche, il certificato del Pronto Soccorso;
- i certificati medici sul decorso delle lesioni, sino a guarigione avvenuta, che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi all'Impresa;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari. In caso di spese relative a cicli di terapie (ad es. per trattamenti fisioterapici), la documentazione presentata deve riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate e i relativi costi.

Inoltre l'Assicurato **deve:**

- **consentire** eventuali controlli medici disposti dall'Impresa;
- **fornire** a quest'ultima ogni altra informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che lo hanno visitato e curato.

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

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

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

Condizioni di assicurazione

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

In caso di **Sinistro** il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, **deve presentare denuncia formale all'Impresa, entro 15 giorni** dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria.

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

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

Per accedere alle prestazioni presso una Struttura sanitaria convenzionata e attivare il servizio di pagamento diretto, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve** richiedere la preventiva **autorizzazione** alla Centrale Allianz Health, mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa:

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.allianz.it o tramite l'App AllianzNOW, e caricando la propria denuncia di Sinistro in forma diretta, completa di tutte le informazioni richieste e necessarie ad una corretta valutazione della posizione;
- contattando la Centrale Allianz Health al Numero Verde 800 686 868 (per chiamate dall'estero: +39 02 26609167), attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 19.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00;
- in caso di esigenze di cura sopravvenute durante soggiorno all'estero, è possibile accedere al circuito di strutture sanitarie internazionale, contattando la Centrale Allianz Health.

All'interno della propria Area Personale o tramite l'App, sarà possibile consultare le strutture sanitarie ed i medici convenzionati, nonché le specifiche strutture dedicate al Check-up biennale.

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

- in caso di Ricovero o Intervento chirurgico ambulatoriale, copia della prescrizione medica contenente la patologia accertata o presunta, l'Intervento chirurgico richiesto, nonché le ulteriori prestazioni richieste (unitamente a tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento);
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata, nonché le prestazioni diagnostiche e/o o terapeutiche richieste;
- in caso di accesso al check-up biennale di cui all'articolo 2.2.11 "Check-up gratuito ogni 2 anni", non è richiesta alcuna documentazione medica.

Al fine di consentire la corretta valutazione della richiesta nonché il rilascio dell'autorizzazione in tempi utili, è necessario contattare la Centrale Allianz Health almeno 5 giorni lavorativi prima della data della prestazione o del Ricovero. In caso di impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Allianz Health nei tempi indicati, è comunque possibile presentare la propria richiesta anche in corso di Ricovero o comunque prima del termine della prestazione. In tal caso, e laddove la Centrale Allianz Health non riesca a rilasciare l'autorizzazione prima del termine delle prestazioni o del Ricovero e qualora la prestazione sia risultata comunque in garanzia, il Sinistro sarà gestito nella forma a rimborso senza applicazione dello Scoperto.

Nei casi in cui:

- l'Assicurato, pur avvalendosi di una Struttura sanitaria convenzionata, sia in Italia che all'estero, non abbia richiesto e ottenuto dalla Centrale Allianz Health la preventiva autorizzazione al pagamento in forma diretta;
- l'Assicurato non si sia avvalso di una Struttura sanitaria convenzionata;
- presso una Struttura sanitaria convenzionata vengano comunque effettuate prestazioni da parte di personale non convenzionato in quanto non facente parte del personale della Struttura sanitaria stessa (ad esempio équipe medico-chirurgica non convenzionata proveniente da altra Struttura sanitaria);

il Sinistro sarà gestito nella forma a rimborso e **sarà applicato lo Scoperto** previsto per le prestazioni rese presso strutture sanitarie non convenzionate.

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

Una volta ottenuta l'autorizzazione preventiva dalla Centrale Allianz Health, **l'Assicurato deve** presentare alla Struttura sanitaria prescelta, un documento comprovante la propria identità, nonché la prescrizione del medico curante contenente la natura della patologia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

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

Condizioni di assicurazione

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

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

L'Impresa provvede quindi a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega l'Impresa a pagare le strutture sanitarie e i medici convenzionati a saldo delle spese mediche sostenute. La Struttura sanitaria non può comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, **salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non previste dalla copertura, eccedenti il massimale o comunque non autorizzate.**

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

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

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

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, può presentare la denuncia del Sinistro mediante uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa:

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

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

- in caso di Ricovero, copia conforme e integrale della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO) e della scheda nosologica, nonché la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento;
- in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale, copia conforme di tutta la documentazione clinica relativa all'Intervento, nonché la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e che siano connesse al medesimo evento;
- in caso di cure odontoiatriche rese necessarie da Infortunio, il certificato del Pronto Soccorso;
- in caso prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica contenente la patologia presunta o accertata, nonché le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- copia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte, ricevute, altro) debitamente quietanzate e fiscalmente regolari. In caso di spese relative a cicli di terapie (ad es. per trattamenti fisioterapici), la documentazione presentata deve riportare il dettaglio delle prestazioni effettuate e i relativi costi.

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

- **consentire** eventuali controlli medici disposti dall'Impresa;
- **fornire** a quest'ultima ogni informazione sanitaria relativa al Sinistro denunciato, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato;
- **produrre** specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento delle prestazioni di cui chiede il rimborso.

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

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

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

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

- **darne** immediato avviso all'Impresa;

Condizioni di assicurazione

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

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

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

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

Il pagamento viene sempre effettuato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

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

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

Art. 6.4 – Termini per l'indennizzo (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

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

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

Il pagamento viene sempre effettuato a cura ultimata.

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

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

Art. 6.5 – Procedura per la valutazione del danno (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ASSISTENZA

Art. 6.6 – Obblighi

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

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

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;

Condizioni di assicurazione

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

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

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

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

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

7. PREMIO

Art. 7.1 – Pagamento del Premio

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto. E' possibile chiedere il frazionamento mensile, trimestrale, quadrimestrale, semestrale con una maggiorazione del Premio, rispettivamente del 5,6%, 5%, 4% e 3%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

Il Premio può essere pagato tramite:

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

Nel caso di **frazionamento mensile** il Premio assicurativo viene versato **esclusivamente con procedura SDD o addebito su carta di credito**, secondo le seguenti modalità:

- Procedura SDD

Per la prima rata di Premio valgono le modalità sopra indicate.

Dalla seconda rata in poi, il Premio viene corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i Premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

- Addebito su carta di credito

Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente. Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture sottoscritte con il presente contratto sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.

Il Premio è comprensivo delle imposte.

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

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

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

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

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

Condizioni di assicurazione

Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio – con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza – viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come riportato nella Scheda stessa alla "Tabella premi imponibili annui".

Qualora sia richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio l'articolo 7.2 "Adeguamento automatico annuale" i premi riportati nella tabella sopra indicata si adegueranno in base alle regole indicate nel suddetto articolo.

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

Nell'ipotesi in cui l'Impresa eserciti, ove consentito, il diritto di recesso per Sinistro previsto all'articolo 8.4 "Recesso in caso di Sinistro" l'Impresa stessa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al periodo assicurativo non trascorso e non goduto.

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

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

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

I Premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la copertura assicurativa oppure all'Impresa e sono dovuti per intero anche se sono frazionati in più rate. **Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi, la copertura assicurativa, a parziale deroga della disciplina dell'art.1901 codice civile, resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, fermi le successive scadenze e il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

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

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

Qualora sia stata concordata la domiciliazione mensile dei pagamenti mediante addebito in conto corrente o su carta di credito, **la domiciliazione degli addebiti si applica ai pagamenti successivi al primo ed in caso di variazione o cessazione dei rapporti di addebito il Contraente è tenuto a darne immediato avviso all'Impresa.**

Il Premio è dovuto per l'intera annualità e pertanto, **in caso di mancato pagamento di una singola mensilità**, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente **la copertura assicurativa resta sospesa:**

- dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva all'omesso avviso del Contraente, in tutti i casi di variazione o cessazione del rapporto di conto corrente o al venir meno del rapporto contrattuale che disciplina l'uso della carta di credito, salvo che l'addebito, in questo ultimo caso, venga autorizzato su eventuali altre carte di credito che dovessero essere emesse dallo stesso gestore della carta di credito in sostituzione della carta utilizzata per effettuare il primo pagamento.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità; **dalla scadenza dell'annualità assicurativa il rapporto contrattuale dovrà intendersi comunque risolto nei termini descritti dal "Regolamento Allianz Ultra", richiamato all'articolo 1.2.**

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

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In mancanza di disdetta di una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

In caso di domiciliazione periodica dei pagamenti su conto corrente o carta di credito, l'invio di lettera di disdetta da una delle parti comporta la revoca da parte dell'Impresa della delega di addebito sul rapporto di pagamento comunicato dal Contraente.

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

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In mancanza di disdetta di una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.

Condizioni di assicurazione

Qualora sia stata prevista una riduzione di Premio per poliennalità di cui all'art. 1899 codice civile, all'Assicurato - in caso di durata inferiore ai cinque anni - non è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza indicata suddetta Scheda tecnica. In caso, invece, di durata superiore ai cinque anni, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà recedere dal contratto a partire dalla fine del quinquennio - a mezzo lettera raccomandata - con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza del quinto anno o di ogni singola annualità successiva qualora eserciti tale facoltà negli anni successivi al quinto. Qualora non sia stata prevista alcuna riduzione di Premio per poliennalità, al solo Assicurato è attribuita la facoltà di recedere dal contratto alla scadenza di ogni annualità, sempre a mezzo lettera raccomandata e con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza annuale.

Art. 8.3 – Deroga del tacito rinnovo (*Selezionabile, valida ed operante solo se espressamente richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 8.2a e 8.2b "Tacito rinnovo", la presente copertura assicurativa **non verrà tacitamente rinnovata** alla sua naturale scadenza e pertanto **cesserà alla sua naturale scadenza**, senza necessità di invio di disdetta. In tal caso non si applicherà il periodo di tolleranza successivo alla scadenza previsto dall'art. 1901 codice civile.

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

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato nei termini contrattualmente stabiliti e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, **l'Impresa ha diritto di recedere dalla presente copertura assicurativa con preavviso di 30 giorni, fermo restando quanto previsto dal "Regolamento Allianz Ultra", richiamato all'articolo 1.2.** Nel caso di frazionamento mensile del Premio, il recesso ha effetto alla scadenza della prima mensilità di Premio successiva al suddetto preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa all'Assicurato e al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 D.Lgs. 206/2005.

Resta inteso che **la riscossione dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.**

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

Fermo quanto previsto all'articolo 8.1a e 8.1b "Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio", **la copertura assicurativa ha effetto 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 copertura assicurativa stessa, **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, se richiamata la garanzia Ricovero per parto nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

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

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 9.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 9.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 9.3 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

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

Art. 9.4 – Altre coperture di Assistenza con l'Impresa

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, si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

Art. 9.5 – Aggravamento del rischio

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

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

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

Art. 9.6 – Diminuzione del rischio

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

Art. 9.7 – Oneri fiscali

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

Art. 9.8 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

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

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

Art. 9.10 – Rinvio alle norme di legge

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