



Assicurazioni

UniCredit Allianz My Care Salute

Spese mediche

Diaria da ricovero

Assicurazione contro i danni

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 511 - 25/11/2024

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

"UniCredit Allianz My Care Salute", è distribuito da  UniCredit

Servizio Clienti

Puoi contattare

Numero Verde: **800 894.022**

dall'estero: **+39 02 26609596**

INDICE

Glossario	6
1 - Introduzione	9
Art. 1.1 – L’ambito e le soluzioni	9
2 - Che cosa è assicurato	9
PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE	9
Art. 2.1 – Cosa assicuriamo	9
Art. 2.2 – Le garanzie della Protezione per Spese mediche	9
PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	15
Art. 2.3 – Cosa assicuriamo	15
Art. 2.4 – Le garanzie della “Protezione per Diaria da ricovero”	15
ASSISTENZA	17
Art. 2.5 – Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio	17
Art. 2.6 – Assistenza sanitaria H24	17
3 - Che cosa non è assicurato	26
PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE E PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	26
Art. 3.1 – Persone non assicurabili	26
ASSISTENZA	26
Art. 3.2 – Rischi esclusi per tutte le garanzie	26
4 - Limiti di copertura	27
PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE	27
Art. 4.1 – Limiti di copertura per tutte le garanzie	27
PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	28
Art. 4.2 – Limiti di copertura per tutte le garanzie	28
ASSISTENZA	29
Art. 4.3 – Limiti di copertura per tutte le garanzie	29

5 - Validità territoriale della copertura assicurativa	31
PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE e PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	31
Art. 5.1 – Validità territoriale	31
ASSISTENZA	31
Art. 5.2 – Validità territoriale	31
6 - Obblighi delle parti in caso di sinistro	31
PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE	31
Art. 6.1 – Obblighi	31
Art. 6.2 – Termini per l'indennizzo	34
Art. 6.3 – Procedura per la valutazione del danno	34
PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO	34
Art. 6.4 – Obblighi	34
Art. 6.5 – Termini per l'indennizzo	35
Art. 6.6 – Procedura per la valutazione del danno	36
ASSISTENZA	36
Art. 6.7 – Obblighi	36
7 - Premio	37
Art. 7.1a – Pagamento del premio (Valido ed operante solo in caso di durata annuale e frazionamento mensile)	37
Art. 7.1b – Pagamento del premio (Valido ed operante solo in caso di durata quinquennale con premio unico anticipato)	37
Art. 7.2 – Adeguamento automatico annuale	37
Art. 7.3 – Ridefinizione del premio per età	37

8 - Decorrenza e durata della copertura, disdetta e recesso	38
Art. 8.1a – Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio (Valido ed operante solo in caso di durata annuale e frazionamento mensile)	38
Art. 8.1b – Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio (Valido ed operante solo in caso di durata quinquennale con premio unico anticipato)	38
Art. 8.2 – Diritto di ripensamento	38
Art. 8.3a – Tacito rinnovo (Valido ed operante solo in caso di durata annuale e frazionamento mensile)	38
Art. 8.3b – Tacito rinnovo (Valido ed operante solo in caso di durata quinquennale con premio unico anticipato)	39
Art. 8.4 – Periodo di carenza (Valido per la “Protezione per Spese mediche” e per la “Protezione per Diaria da ricovero”)	39
9 - Ulteriori disposizioni	40
Art. 9.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	40
Art. 9.2 – Rinuncia al diritto di surrogazione	40
Art. 9.3 – Altre coperture assicurative presso altri assicuratori	40
Art. 9.4 – Altre coperture di assistenza con l’Impresa	40
Art. 9.5 – Aggravamento del rischio	40
Art. 9.6 – Diminuzione del rischio	40
Art. 9.7 – Oneri fiscali	40
Art. 9.8 – Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)	40
Art. 9.9 – Rinvio alle norme di legge	40
10 - Allegati	41
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	41
ELENCO GRAVI MALATTIE	42

GLOSSARIO

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

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

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

Ambito: il prodotto assicurativo composto da garanzie che coprono uno o più rischi e che costituiscono l'oggetto della copertura assicurativa. L'Ambito prevede la possibilità di scegliere tra due Soluzioni.

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

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

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

Centrale Operativa Salute: la struttura del gruppo Allianz Partners che, tramite i propri operatori, medici, professionisti sanitari e tecnici, con linea telefonica "verde" gratuita, su incarico dell'Impresa, provvede a prestare i seguenti servizi:

- 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.

Circuito UniCredit Allianz Salute: insieme delle Strutture Sanitarie Convenzionate.

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

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

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

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

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

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

Impresa: UniCredit Allianz Assicurazioni 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.

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

Intermediario: UniCredit S.p.A.

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

Intervento Chirurgico Ambulatoriale: l'Intervento Chirurgico che non necessita di Ricovero con pernottamento o di Ricovero in Day Hospital/Day Surgery. Non sono considerate "Intervento Chirurgico Ambulatoriale" le infiltrazioni intratessutali o endocavitarie.

Limite di Indennizzo: l'importo dovuto dall'Impresa entro la Somma Assicurata, che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa stessa, nei casi indicati nella Scheda Tecnica di Ambito.

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

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

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

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 e contiene le Schede Tecniche di Ambito con indicazione delle relative Soluzioni acquistate 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, forfettario, 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: il documento riepilogativo specifico della copertura assicurativa relativa a ciascun Assicurato, 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 anomalo di energia muscolare che eccede per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro a fronte di un evento eccezionale e inaspettato.

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

Soluzione: una delle due combinazioni di garanzie (Smart e Top) che compongono l'Ambito e che possono essere selezionate alternativamente per ciascun Assicurato.

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

Struttura Sanitaria: ogni casa di cura, istituto, azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati "Strutture Sanitarie" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, gli ospizi per anziani, le cliniche che hanno finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Struttura Sanitaria Convenzionata: ogni casa di cura, istituto, azienda ospedaliera come sopra definite ed ogni centro diagnostico e centro medico che fa parte del Circuito UniCredit Allianz Salute convenzionato dall'Impresa per la Protezione per Spese mediche.

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

1 - INTRODUZIONE

Attenzione alle parti delle Condizioni di Assicurazione evidenziate in grassetto e agli esempi riportati nel DIP aggiuntivo Danni.

Art. 1.1 – L'ambito e le soluzioni

L'Ambito è costituito da due Soluzioni diverse, alternative fra loro, composte dalle combinazioni di garanzie crescenti che seguono:

- **Smart** composta dalle garanzie:
 - Protezione per Spese mediche: Medicina preventiva ogni anno e Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici;
 - Protezione per Diaria da ricovero: Diaria da ricovero per infortunio e malattia, Prestazioni in caso di malattia pandemica, Diaria da convalescenza e Diaria per ingessatura;
 - Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.
- **Top** composta dalle garanzie:
 - Protezione per Spese mediche: Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie, Spese mediche prima e dopo il ricovero, Accertamenti di alta diagnostica, Ricovero per parto, Malattia oncologica, Prestazioni per maternità, Medicina preventiva ogni anno e Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici;
 - Protezione per Diaria da ricovero: Diaria da ricovero per infortunio, malattia e parto, Indennizzo forfettario, Prestazioni in caso di malattia pandemica, Diaria da convalescenza e Diaria per ingessatura;
 - Assistenza: Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.

2 - CHE COSA È ASSICURATO

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

La copertura assicurativa è prestata a favore dell'Assicurato e **opera per le Somme Assicurate riportate nella relativa Scheda Tecnica di Ambito**, con **gli Scoperti, le Franchigie e i Limiti di Indennizzo** concordati al momento della sottoscrizione del contratto.

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

Art. 2.1 – Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa opera per le spese mediche sostenute dall'Assicurato per Infortunio e Malattia, in base alla Soluzione scelta ed indicata nella Scheda tecnica di Ambito e ai casi che sono descritti nel successivo articolo 2.2 "Le garanzie della Protezione per Spese mediche".

Art. 2.2 – Le garanzie della Protezione per Spese mediche

In base alla Soluzione "Smart" o "Top" scelta dal Contraente e **indicata nella Scheda Tecnica di Ambito relativa a ciascun Assicurato**, operano le garanzie riportate negli articoli che seguono.

Art. 2.2.1 – Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie (*Valido per la Soluzione "Top"*)

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura Sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, per essere sottoposto ad un grande Intervento Chirurgico o per una grave Malattia, che rientrano tra quelli riportati nell'"E-

lenco grandi interventi chirurgici" o nell'"Elenco gravi malattie", l'Impresa liquida 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 medico-chirurgiche;
- diritti di sala operatoria e materiale d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso);

secondo le modalità previste nei successivi articoli 2.2.1.1 "Ricovero in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto" e 2.2.1.2 "Ricovero in strutture sanitarie non convenzionate a rimborso".

Art. 2.2.1.1 – Ricovero in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto

Se l'Assicurato ha attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto, come descritto all'articolo 6.1.1 "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 mediche sostenute durante il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.1 "Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie", nonché delle eventuali spese sostenute nella Struttura Sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore, senza applicazione di alcuno Scoperto.

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

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

Art. 2.2.1.2 – Ricovero in strutture sanitarie non convenzionate a rimborso

In caso di Ricovero presso una Struttura Sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non è stato attivato il servizio di pagamento diretto, l'Impresa provvede, **con il limite per anno assicurativo della Somma Assicurata**, al rimborso all'Assicurato delle spese mediche sostenute durante il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.1 "Spese mediche per Ricovero da grandi interventi e gravi malattie" **con applicazione dello Scoperto** indicato relativa nella Scheda Tecnica di Ambito.

Art. 2.2.2 – Spese mediche prima e dopo il ricovero (*Valido per la Soluzione "Top"*)

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura Sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, per essere sottoposto ad un grande Intervento Chirurgico o per una grave Malattia, l'Impresa liquida le spese mediche sostenute dall'Assicurato:

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

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

- per prestazioni eseguibili presso una Struttura Sanitaria Convenzionata e prenotate tramite la Centrale Operativa Salute, senza applicazione di alcuno Scoperto e, per le sole spese mediche sostenute dopo il Ricovero, con pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata;
- per prestazioni non prenotate tramite la Centrale Operativa Salute o erogate da Strutture Sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato e **con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda Tecnica di Ambito;
- 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. 2.2.3 – Accertamenti di alta diagnostica (*Valido per la Soluzione "Top"*)

L'Impresa liquida le spese mediche sostenute dall'Assicurato per gli esami di alta diagnostica sottoelencati, a seguito di Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

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

Ciascuna prestazione è riconosciuta all'Assicurato:

- se eseguibile presso una Struttura Sanitaria Convenzionata e prenotata tramite la Centrale Operativa Salute, con pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata e senza applicazione di alcuno Scoperto;
- se non prenotata tramite la Centrale Operativa Salute o erogata da Strutture Sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato **e con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda Tecnica di Ambito;
- 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. 2.2.4 – Ricovero per parto (*Valido per la Soluzione "Top"*)

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

- le spese mediche sostenute durante il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.1 "Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie", senza applicazione di alcuno Scoperto;
- le spese mediche eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche prima e dopo il ricovero", in caso di parto cesareo;
- le spese mediche eventualmente sostenute per le sole prestazioni effettuate dopo il Ricovero, previste dall'articolo 2.2.2 "Spese mediche prima e dopo il ricovero", in caso di parto naturale.

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

- per prestazioni eseguibili presso una Struttura Sanitaria Convenzionata e prenotate tramite la Centrale Operativa Salute, senza applicazione di alcuno Scoperto e, per le sole spese mediche sostenute dopo il Ricovero, con pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata;
- per prestazioni non prenotate tramite la Centrale Operativa Salute o erogate da Strutture Sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato **e con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda Tecnica di Ambito;
- 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 – Malattia oncologica (*Valido per la Soluzione "Top"*)

L'Impresa riconosce, in aggiunta alle spese mediche previste dagli articoli 2.2.1 "Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie" e 2.2.2 "Spese mediche prima e dopo il ricovero", le spese mediche sostenute dall'Assicurato per:

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

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

- per prestazioni eseguibili presso una Struttura Sanitaria Convenzionata e prenotate tramite la Centrale Operativa Salute, con pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata e senza applicazione di alcuno Scoperto,
- per prestazioni non prenotate tramite la Centrale Operativa Salute o erogate da Strutture Sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato **e con applicazione dello Scoperto** indicato nella Scheda Tecnica di Ambito;
- 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. 2.2.6 – Prestazioni per maternità in strutture sanitarie convenzionate (*Valido per la Soluzione “Top”*)

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

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

solo presso una Struttura Sanitaria Convenzionata, contattando preventivamente la Centrale Operativa Salute per la relativa prenotazione.

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

Art. 2.2.7 – Altre prestazioni assicurate (*Valido per la Soluzione “Top”*)

Art. 2.2.7.1 – Ricovero con intervento chirurgico per gravi malattie

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

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

l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese mediche previste dagli articoli 2.2.1 “Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie” e 2.2.2 “Spese mediche prima e dopo il ricovero”, senza applicazione degli Scoperti se previsti.

Art. 2.2.7.2 – Espianto di organi

L'Impresa riconosce le spese mediche previste dall'articolo 2.2.1 “Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie”, relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese relative al Ricovero per l'espianto di organi o parte di essi se l'Assicurato è il donatore vivente, con le modalità previste dallo stesso articolo.

Art. 2.2.7.3 – Nascituro

L'Impresa riconosce, **a partire dal 180° giorno dopo la decorrenza della copertura assicurativa**, le spese mediche previste dagli articoli 2.2.1 “Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie” e 2.2.2 “Spese mediche prima e dopo il ricovero”, relative agli interventi per la correzione di Difetti Fisici o Malformazioni del feto, **se la gravidanza ha avuto inizio dopo la decorrenza della copertura assicurativa**, con le modalità previste dai medesimi articoli.

Art. 2.2.7.4 – Neonato

L'Impresa riconosce le spese mediche previste dagli articoli 2.2.1 “Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie” e 2.2.2 “Spese mediche prima e dopo il ricovero”, in caso di parto indennizzabile a termini delle Condizioni di Assicurazione, sostenute per il Ricovero del neonato a seguito di grandi Interventi e gravi Malattie o per la correzione o eliminazione di Difetti Fisici o Malformazioni congenite, con le modalità previste dai medesimi articoli.

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

Art. 2.2.8 – Medicina preventiva ogni anno (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "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 ha compiuto 18 anni di età di beneficiare di un check-up a scelta tra i due seguenti programmi di medicina preventiva, alternativi tra loro:

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, 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 anno, presso una Struttura Sanitaria Convenzionata in Italia, contattando preventivamente la Centrale Operativa Salute per la relativa prenotazione. A garanzia della massima riservatezza, gli esiti del check-up sono rilasciati solo all'Assicurato.

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

Art. 2.2.9 – Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (*Valido per la Soluzione "Top"*)

L'Impresa riconosce le spese mediche, non collegate a un Ricovero e **non rientranti tra quelle riportate nell'articolo 2.2.3 "Accertamenti di alta diagnostica"**, sostenute dall'Assicurato per:

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

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

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

- se eseguibile presso una Struttura Sanitaria Convenzionata e prenotata tramite la Centrale Operativa Salute, con pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata e senza applicazione di alcuno Scoperto;
- se non prenotata tramite la Centrale Operativa Salute o erogata da Strutture Sanitarie non convenzionate, con rimborso all'Assicurato e con applicazione dello Scoperto indicato nella Scheda Tecnica di Ambito;
- 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. 2.2.10 – Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici (*Valido per la Soluzione "Smart"*)

L'Impresa riconosce le spese mediche, non collegate a un Ricovero, sostenute dall'Assicurato per:

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

Ciascuna prestazione o ciclo di terapia (quest'ultimo **purché previsto da un'unica prescrizione medica**) viene riconosciuta all'Assicurato **unicamente presso una Struttura Sanitaria Convenzionata e prenotata tramite la Centrale Operativa Salute**, con pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata e senza applicazione di alcuno Scoperto.

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 2.3 – Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa opera in caso di Ricovero per Infortunio, Malattia e parto dell'Assicurato, in base alla Soluzione scelta ed indicata nella Scheda tecnica di Ambito e ai casi che sono descritti nel successivo articolo 2.6 "Le garanzie della Protezione per Diaria da ricovero".

Art. 2.4 – Le garanzie della "Protezione per Diaria da ricovero"

In base alla Soluzione "Smart" o "Top" scelta dal Contraente e **indicata nella Scheda Tecnica di Ambito di ciascun Assicurato**, operano le garanzie riportate negli articoli che seguono.

Art. 2.4.1 – Diaria da ricovero per infortunio e malattia (*Valido per la Soluzione "Smart"*)

L'Impresa liquida, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura Sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia, un'Indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.

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

Art. 2.4.2 – Diaria da ricovero per infortunio, malattia e parto (*Valido per la Soluzione "Top"*)

L'Impresa liquida, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura Sanitaria a seguito di Infortunio, Malattia o parto, un'Indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.

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

Art. 2.4.3 – Maggiorazione per contemporaneo ricovero del coniuge (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

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

Art. 2.4.4 – Maggiorazione per ricovero all'estero (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, in una Struttura Sanitaria all'estero, **con esclusione della Repubblica di San Marino e Città del Vaticano**, l'Impresa liquida all'Assicurato per ciascun giorno di degenza la Diaria da ricovero con la maggiorazione indicata nella relativa Scheda Tecnica di Ambito.

Art. 2.4.5 – Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica (*Valido per la Soluzione "Top"*)

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

L'Impresa liquida inoltre, in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, le spese documentate sostenute per l'assistenza, da parte di personale infermieristico diplomato, al domicilio dell'Assicurato **fino al 45° giorno successivo a quello di dimissione dal Ricovero stesso.**

Art. 2.4.6 – Indennizzo forfettario (*Valido per la Soluzione "Top"*)

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio, Malattia o parto, l'Impresa liquida a titolo di Indennizzo forfettario, in aggiunta alla Diaria da ricovero, la Somma Assicurata.

Art. 2.4.7 – Prestazioni in caso di malattia pandemica (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

Art. 2.4.7.1 – Diaria da ricovero per malattia pandemica

L'Impresa liquida, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Struttura Sanitaria a seguito di Malattia Pandemica, un'Indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Art. 2.4.7.2 – Spese mediche dopo il ricovero

L'Impresa riconosce, in caso di Ricovero a seguito di Malattia Pandemica, le spese mediche sostenute dall'Assicurato nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero, per:

- onorari medici per visite specialistiche;
- Accertamenti Diagnostici;
- trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione;

relativi alla Malattia Pandemica che ha reso necessario il Ricovero

Art. 2.4.8 – Diaria da convalescenza (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

In caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, l'Impresa liquida, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera:

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

Questa garanzia estende al Ricovero per parto cesareo solo per la Soluzione Top, se opera per l'Assicurato. Inoltre, in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Malattia Pandemica, l'Impresa liquida, a titolo di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero. In questo caso l'Indennità giornaliera da convalescenza viene riconosciuta con il minimo di 3 giorni e **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Art. 2.4.9 – Diaria per ingessatura (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

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

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

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

ASSISTENZA

Le garanzie ed i servizi di Assistenza sono prestati 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 6.10 "Obblighi")

Art. 2.5 – Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

Art.2.5.1 – Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

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

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

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

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

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

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

Art. 2.5.2 – Invio di un medico al domicilio

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

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

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

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

Art. 2.6 – Assistenza sanitaria H24 (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

Art. 2.6.1 – Secondo parere medico specialistico – Consulenza sanitaria di altissima specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderano effettuare il riesame

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

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

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

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

Art. 2.6.2 – Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

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

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

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

Art. 2.6.3 – Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo

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

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

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

Art. 2.6.4 – Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione dell'articolo 2.6.2 – "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione", emerge la necessità di traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza provvederà alla traduzione di questi documenti dall'italiano alla lingua straniera (Inglese, Francese, Tedesco, Spagnolo) richiesta dai medici del centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa Assistenza.

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

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

Art. 2.6.5 – 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. 2.6.6 – Invio di un medico in viaggio

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

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

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). Il servizio fornito dalla Centrale Operativa Assistenza non può in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

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

Art. 2.6.7 – Collegamento continuo con il centro ospedaliero

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

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

Art. 2.6.8 – Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, viene ricoverato in una Struttura Sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e ha difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa Assistenza 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 assume i relativi costi fino ad un **massimo di otto ore lavorative per evento**.

Art. 2.6.9 – Invio medicinali all'estero

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

L'organizzazione della spedizione è effettuata entro 2 giorni lavorativi dal rilascio della ricetta da parte del medico curante dell'Assicurato in Italia. Se l'affidamento della spedizione al corriere incaricato non avviene entro il

termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato può provvedere in proprio alla spedizione, il cui costo è rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Art. 2.6.10 – Anticipo denaro per spese mediche all'estero

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

Art. 2.6.11 – Familiare accanto

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

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

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

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

Art. 2.6.12 – Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

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

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

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

Art. 2.6.13 – Rientro/Rimpatrio figli minori

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

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

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

Art. 2.6.14 – Trasferimento/Rimpatrio della salma

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

Art. 2.6.15 – Assistenza per Inabilità temporanea

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

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

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

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

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

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

- **Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche**

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

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

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

- **Controllo a distanza delle condizioni di salute**

La Centrale Operativa Assistenza telefona periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Se viene riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale

Operativa Assistenza organizza questo intervento attivando la prestazione di cui all'articolo 2.6.6 "Invio di un medico in viaggio".

- **Organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici**
Quando l'Assicurato deve eseguire delle visite e/o esami prescritti dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa Assistenza organizza e prende a carico i costi relativi al trasporto dell'Assicurato verso il più vicino centro medico-diagnostico, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni, quale ambulanza, treno o taxi. La Centrale Operativa Assistenza provvede inoltre a mettere a disposizione dell'Assicurato un eventuale accompagnatore, se necessario e se nessuno dei Familiari è disponibile.
- **Invio di un infermiere al domicilio**
Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa Assistenza 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**.
La prestazione è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un infermiere entro il termine indicato, la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi**.
- **Esami del sangue a domicilio**
L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa Assistenza di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante se le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettono di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa Assistenza organizza il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.
Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti**.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del prelievo al domicilio, **nel limite di euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo degli esami ed accertamenti eseguiti**.
- **Esame radiologico al domicilio (Rx torace)**
Quando l'Assicurato necessita di un esame radiologico al torace ed è impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare un radiologo al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.
La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.
Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire un radiologo entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 500,00**.
- **Esame ecografico al domicilio**
Quando l'Assicurato necessita di un esame ecografico ed è impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad inviare un ecografista al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.
La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla

richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

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

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

- **Consegna esiti a domicilio**

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

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

- **Consegna medicinali a domicilio**

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

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

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la consegna entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza 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 mette a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di Inabilità Temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo.

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

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

- **Disbrigo pagamento utenze domiciliari**

La Centrale Operativa Assistenza provvede per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità Temporanea, se l'Assicurato non è in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, è erogata entro 48 ore lavorative dalla

richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

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

- Disbrigo faccende domestiche

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

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

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

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza 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 provvede per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione se l'Assicurato non è in condizioni di poter provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

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

Art. 2.6.16 - Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

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

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

- Disbrigo pagamento utenze domiciliari

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

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

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risulta impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza

provvede a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, **nel limite di euro 100,00 per evento e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari.**

- Disbrigo faccende domestiche

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

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

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

- Protezione abitazione

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

- Ricovero auto

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

3 - CHE COSA NON È ASSICURATO

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

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE E PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 3.1 – Persone non assicurabili (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

Non sono assicurabili le persone affette da:

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

Se una o più delle affezioni sopraindicate insorgono durante la copertura assicurativa, l'Impresa ha diritto di recedere con effetto immediato da quando l'Assicurato riceve la comunicazione di recesso ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 del Codice Civile, comma 3.

Non sono inoltre assicurabili le persone che al momento della sottoscrizione della Polizza hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

- Patologie oncologiche (tumori maligni) se il trattamento attivo delle stesse si sia concluso da meno di 10 anni rispetto alla data di sottoscrizione della Polizza, oppure se, nello stesso periodo di tempo, vi sono state recidive. Tale periodo è ridotto a 5 anni nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età dell'Assicurato. Come previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 (GU n.96 del 24/04/2024), per determinate patologie oncologiche si applicano termini temporali ridotti. Elenco e termini sono riportati nell'informativa sul diritto all'oblio oncologico presente sul sito www.unicreditallianzassicurazioni.it e nella documentazione precontrattuale;
- Morbo di Alzheimer, Sclerosi multipla, Morbo di Parkinson, Demenze senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia da Motoneurone;
- Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione delle Polizza;
- Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
- Angina pectoris, infarto insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, Malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiopatia distensiva, cardiomiopatia ipertrofica;
- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
- Trapianti di organi o arti.

ASSISTENZA

Art. 3.2 – Rischi esclusi **per tutte le garanzie** (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:

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

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

4 - LIMITI DI COPERTURA

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

La copertura assicurativa opera con gli Scoperti, le Franchigie e i Limiti di Indennizzo indicati nella Scheda Tecnica di Ambito per ciascun Assicurato.

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

Art. 4.1 – Limiti di copertura **per tutte le garanzie** (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

La copertura assicurativa non opera per le spese mediche e i Ricoveri dovuti a:

- a. conseguenze dirette di Infortuni, di Malattie, Malformazioni, Difetti Fisici e stati patologici in genere che hanno dato origine a cure e/o ad Accertamenti Diagnostici prima della decorrenza della copertura assicurativa e già note in quel momento all'Assicurato e sottaciute all'Impresa in quanto attinenti alla dichiarazione sullo stato di salute riportata e sottoscritta nella Scheda di Polizza;
- b. cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c. intossicazioni e patologie che sono conseguenza diretta di abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d. patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e. epidemie con caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS);
- f. prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia a solo scopo estetico, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini delle Condizioni di assicurazione, effettuato una sola volta dopo l'Intervento Chirurgico demolitivo;
- g. acquisto, manutenzione, riparazione e spese per la sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quelli applicati durante l'intervento e previsti dall'articolo 2.2.1 "Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie (Valido per la Soluzione "Top")";
- h. necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, e i Ricoveri per lunga degenza, quando sono resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i. necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, anche se nell'ambito di una Struttura Sanitaria, salvo quanto previsto, relativamente alle cure termali nell'ambito delle spese sostenute nei 120 giorni successivi al Ricovero;
- j. conseguenze di Infortuni causati da Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- k. Infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di Regolarità Pura;
- l. Infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- m. trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero e previsti dall'articolo 2.2.1 "Spese mediche per ricovero da grandi interventi e gravi malattie (Valido per la Soluzione "Top")";
- n. cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti Fisici o Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per Difetti Fisici o Malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione;
- o. terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
- p. interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;
- q. cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, e quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini delle Condizioni di Assicurazione e rese necessarie dalla Malattia stessa;

- r. interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- s. necessità di praticare check-up clinici, salvo quanto previsto dall'articolo 2.2.8 "Medicina preventiva ogni anno (Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top")";
- t. procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- u. conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
- v. partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli Infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
- w. insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non. Ad esempio: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione **se** l'Assicurato:
 - si trova al di fuori della propria nazione di residenza;
 - **risulta sorpreso dallo scoppio di questi eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace;**
 - **non vi ha partecipato in modo volontario.****È sempre escluso** l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- x. conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- y. prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici che non sono abilitati all'esercizio della professione.

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 4.2 – Limiti di copertura **per tutte le garanzie** (Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top")

La copertura assicurativa non opera per i Ricoveri dovuti a:

- a. conseguenze dirette di Infortuni, di Malattie, Malformazioni, Difetti Fisici e stati patologici in genere che hanno dato origine a cure e/o ad Accertamenti Diagnostici prima della decorrenza della copertura assicurativa già note in quel momento all'Assicurato e sottaciute all'Impresa in quanto attinenti alla dichiarazione sullo stato di salute riportata e sottoscritta nella Scheda di Polizza;
- b. cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c. intossicazioni e patologie che sono conseguenza diretta di abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d. patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e. epidemie con caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS) salvo quanto previsto dall'articolo 2.4.7 "Prestazioni in caso di malattia pandemica" e 2.4.8 "Diaria da convalescenza";
- f. prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia a solo scopo estetico, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna indennizzabili a termini delle Condizioni di Assicurazione, effettuato una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo;
- g. necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, e i Ricoveri per lunga degenza, quando sono resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- h. necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, anche se nell'ambito di una Struttura Sanitaria;
- i. conseguenze di Infortuni causati da Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- j. Infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di Regolarità Pura;

- k. Infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- l. cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti Fisici o Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per Difetti Fisici o Malformazioni preesistenti e non noti all'Assicurato al momento della stipulazione;
- m. terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
- n. interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;
- o. cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, e quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da Infortunio o effettuate entro 360 giorni dal Ricovero per una Malattia neoplastica indennizzabile a termini delle Condizioni di Assicurazione e rese necessarie dalla Malattia stessa;
- p. interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- q. necessità di praticare check-up clinici;
- r. procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- s. conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
- t. partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli Infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
- u. insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non. Ad esempio guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione **se** l'Assicurato:
 - si trova al di fuori della propria nazione di residenza;
 - **risulta sorpreso dallo scoppio di questi eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace;**
 - **non vi abbia partecipato in modo volontario.**

È sempre escluso l'Infortunio che deriva da questi eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- v. conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari che derivano da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- w. prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale e quelle effettuate da medici o paramedici che non sono abilitati all'esercizio della professione.

ASSISTENZA

Art. 4.3 – Limiti di copertura **per tutte le garanzie** (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

È escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente o 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 qualsiasi atto che include ma non è limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscono da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f. viaggio intrapreso verso un territorio dove è operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei)

emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;

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

Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:

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

La Centrale Operativa Assistenza non può essere ritenuta responsabile di:

- z. ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- aa. errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

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

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

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

5 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE e PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 5.1 – Validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

ASSISTENZA

Art. 5.2 – Validità territoriale

La copertura assicurativa vale per il mondo intero, fatta eccezione per quanto eventualmente specificato con riferimento a ciascuna prestazione di Assistenza.

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

6 - OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

In questa Sezione sono regolati:

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

PROTEZIONE PER SPESE MEDICHE

Art. 6.1 – Obblighi (*Valido per le Soluzioni "Smart" 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 questo obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 6.1.1 – Sinistri in strutture sanitarie convenzionate con pagamento diretto (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "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 Operativa Salute, con uno dei seguenti canali messi a sua disposizione dall'Impresa:

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.unicreditallianzassicurazioni.it 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 Operativa Salute al Numero Verde 800 894 022 (per chiamate dall'estero: +39 02 26609596)

All'interno della propria Area Personale, da quando disponibile, è possibile consultare le Strutture Sanitarie Convenzionate ed i medici convenzionati, nonché le specifiche strutture dedicate alla Medicina preventiva.

In caso di necessità di cura mentre l'Assicurato si trova all'estero e in tutti i casi di Ricovero in una Struttura sanitaria all'estero, è possibile accedere al circuito di strutture sanitarie internazionale contattando la Centrale Operativa Salute che provvede all'attivazione del servizio di pagamento diretto.

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

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

- in caso di Ricovero o Intervento Chirurgico Ambulatoriale (validi per la Soluzione "Top"), copia della prescrizione medica contenente indicazione della patologia accertata o presunta, dell'Intervento Chirurgico richiesto, e delle ulteriori prestazioni richieste (insieme a tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali prestazioni precedentemente effettuate e connesse al medesimo evento);
- in caso di prestazioni extra Ricovero, copia della prescrizione medica che riporta indicazione della patologia presunta o accertata, nonché delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste;
- in caso di accesso al check-up di cui all'articolo 2.2.8 "Medicina preventiva ogni anno (Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top")", non è richiesta alcuna documentazione medica.

Per consentire la corretta valutazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione in tempi utili, è **necessario contattare la Centrale Operativa Salute almeno 5 giorni lavorativi prima** della data della prestazione o del Ricovero. Se non è possibile contattare preventivamente la Centrale Operativa Salute nei tempi indicati, è comunque possibile presentare la propria richiesta anche durante il Ricovero o prima del termine della prestazione. In questo caso, e se la Centrale Operativa Salute non riesce a rilasciare l'autorizzazione prima del termine delle prestazioni o del Ricovero e se la prestazione è in garanzia il Sinistro è gestito nella forma a rimborso senza applicazione dello Scoperto.

Solo per la Soluzione "Top" se l'Assicurato:

- utilizza una Struttura Sanitaria Convenzionata, ma non ha richiesto e ottenuto dalla Centrale Operativa Salute la preventiva autorizzazione al pagamento in forma diretta;
- non utilizza una Struttura Sanitaria Convenzionata,

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

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

Solo per la Soluzione "Smart", l'Impresa riconosce le prestazioni previste dalla garanzia "Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici" di cui all'articolo 2.2.11, **solo se eseguite in regime ambulatoriale, presso una Struttura Sanitaria Convenzionata. Inoltre, devono essere prenotate contattando preventivamente** la Centrale Operativa Salute per l'ottenimento della necessaria autorizzazione e l'attivazione del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata.

Non è mai prevista la gestione del Sinistro nella forma a rimborso.

L'accesso alle prestazioni incluse nel check-up di cui all'articolo 2.2.8 "Medicina preventiva ogni anno (Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top")", è sempre **subordinato alla prenotazione ed autorizzazione preventiva** rilasciata dalla Centrale Operativa Salute, presso una delle Strutture Sanitarie Convenzionate dedicate alla Medicina preventiva. Eventuali check-up o altre prestazioni di prevenzione, effettuate dall'Assicurato **senza la preventiva autorizzazione, non possono essere rimborsati**.

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

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

- autorizza al trattamento dei dati personali, ai sensi della vigente normativa in tema di Privacy;

- autorizza il superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno avuto in cura presso la Struttura Sanitaria;
- si impegna a versare alla Struttura Sanitaria gli eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non previsti dalla copertura.

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

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

Art. 6.1.2 – Obbligo di restituzione degli indennizzi liquidati per spese non dovute (Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top")

Se l'Impresa paga direttamente alle Strutture Sanitarie Convenzionate spese che risultano poi non dovute a termini delle Condizioni di Assicurazione, **l'Impresa ha il diritto di richiedere al Contraente e/o all'Assicurato la restituzione di queste somme che sono obbligati a rimborsare all'Impresa.**

Art. 6.1.3 – Sinistri in strutture sanitarie non convenzionate a rimborso (Valido per la Soluzione "Top")

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

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.unicreditallianzassicurazioni.it e inviando la denuncia di Sinistro, insieme alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione;
- contattando la Centrale Operativa Salute al Numero Verde 800 894 022 (per chiamate dall'estero: +39 02 26609596)

Per la corretta denuncia del Sinistro nella forma a rimborso **è necessario presentare** la seguente documentazione:

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

Inoltre, per una corretta valutazione del Sinistro o per la verifica della documentazione presentata, se richiesto dall'Impresa, l'Assicurato **deve**:

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

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

L'Impresa provvede a proprie spese alla restituzione degli originali, una volta cessata l'esigenza di trattenerli. **Le spese relative alla produzione della documentazione medica sono a carico dell'Assicurato a meno che siano espressamente comprese nelle Condizioni di assicurazione.**

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

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

Art. 6.2 – Termini per l'indennizzo (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "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 risulta dovuto all'Assicurato e provvede alla liquidazione dello stesso.

Entro lo stesso termine l'Impresa comunica anche eventuali circostanze che non consentono la liquidazione dell'Indennizzo.

La liquidazione viene sempre effettuata a cura ultimata.

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

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

Art. 6.3 – Procedura per la valutazione del danno (*Valido per le Soluzioni "Smart" e "Top"*)

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

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

Ogni parte nomina il medico proprio rappresentante, mentre il terzo medico è nominato di comune accordo dai due nominati dalle parti oppure, in mancanza di accordo, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

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

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

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

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

PROTEZIONE PER DIARIA DA RICOVERO

Art. 6.4 – Obblighi (*Valido per le Soluzioni "Smart" 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 questo obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.**

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

- accedendo alla propria Area Personale dal sito www.unicreditallianzassicurazioni.it e inviando la denuncia di Sinistro, insieme alla documentazione medica necessaria ad una corretta valutazione della posizione;
- contattando la Centrale Operativa Salute al Numero Verde 800 894 022 (per chiamate dall'estero: +39 02 26609596)

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

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

Inoltre, per una corretta valutazione del Sinistro o per la verifica della documentazione presentata, se richiesto dall'Impresa, l'Assicurato **deve**:

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

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

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

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

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

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

Art. 6.5 – Termini per l'indennizzo (Valido per le Soluzioni "Smart" e "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 risulta dovuto all'Assicurato e provvede alla liquidazione dello stesso.

Entro lo stesso termine l'Impresa comunica anche eventuali circostanze che non consentono la liquidazione dell'Indennizzo.

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

La liquidazione viene sempre effettuata a cura ultimata.

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

Art. 6.6 – Procedura per la valutazione del danno (*Valido per le Soluzioni “Smart” e “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 indicata.

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

Ogni parte nomina il medico proprio rappresentante, mentre il terzo medico è nominato di comune accordo dai due nominati dalle parti oppure dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle 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 membro del collegio da essa scelto, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

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

ASSISTENZA

Art. 6.7 – Obblighi

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

- numero verde 800 894 022 dall'Italia
- numero + 39 02 26609596 (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.

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

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

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

Inoltre, l'Assicurato dovrà:

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

7 - PREMIO

Art. 7.1a – Pagamento del premio (Valido ed operante solo in caso di durata annuale e frazionamento mensile)

Il Premio è dovuto per l'intera annualità e viene corrisposto con periodicità mensile mediante addebito diretto sul rapporto di conto corrente UniCredit oppure tramite carta UniCredit ricaricabile con IBAN o carta di credito della gamma UniCredit Card Flexia, intestati o cointestati al Contraente e secondo quanto previsto dalle condizioni contrattuali delle stesse. Il Premio è comprensivo delle imposte.

Art. 7.1b – Pagamento del premio (Valido ed operante solo in caso di durata quinquennale con premio unico anticipato)

Il Premio, determinato in misura ridotta rispetto al Premio dovuto per lo stesso tipo di Polizza ma di durata annuale, viene corrisposto per il tramite dell'Intermediario in via anticipata e in un'unica soluzione per la durata dell'Assicurazione (fino alla scadenza del quinquennio). In caso di rinnovo annuale a partire dalla scadenza del quinquennio il Premio verrà corrisposto annualmente con periodicità mensile.

Le modalità di pagamento sono: addebito diretto sul rapporto di conto corrente UniCredit, carta UniCredit ricaricabile con IBAN o carta di credito della gamma UniCredit Card Flexia, intestati o cointestati al Contraente e secondo quanto previsto dalle condizioni contrattuali delle stesse.

In alternativa, solo in caso di Contraente persona fisica non titolare di partita Iva, il pagamento del premio unico anticipato per il quinquennio può avvenire mediante l'utilizzo dello strumento di prestito finalizzato denominato Smart Voucher e, in tal caso, detto pagamento verrà corrisposto direttamente dall'Intermediario per conto del Contraente. Nell'eventualità di rinnovo annuale e a partire dalla scadenza del quinquennio, il Premio dovrà essere corrisposto annualmente con periodicità mensile con quella prescelta tra le altre modalità di pagamento sopra indicate.

Il Premio è comprensivo delle imposte.

Art. 7.2 – Adeguamento automatico annuale

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

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

a quello immediatamente precedente.

Se il suddetto indice non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente, ossia un indice determinato da un terzo soggetto, pubblico o privato, indipendente dall'Impresa, mediante criteri analoghi a quelli utilizzati dall'ISTAT ai fini della determinazione dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" e per il periodo di osservazione di cui sopra.

In tale eventualità l'Impresa deve darne avviso al Contraente.

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

Art. 7.3 – Ridefinizione del premio per età

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

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

I Premi riportati nella tabella sopra indicata si adeguano in base alle regole indicate nell'articolo 7.2 "Adeguamento automatico annuale".

8 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Art. 8.1a – Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio (*Valido ed operante solo in caso di durata annuale e frazionamento mensile*)

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

Il Premio è dovuto per l'intera annualità e pertanto, **in caso di mancato pagamento di una singola mensilità**, l'importo di questa viene riaddebitato su quella successiva e la copertura assicurativa continua a operare.

La copertura assicurativa resta invece sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza di mensilità, in caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive.

La copertura assicurativa torna ad operare dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato l'addebito secondo la modalità di pagamento prescelta dal Contraente di tutte le mensilità scadute e non pagate.

Nel caso di chiusura del rapporto tra il Contraente e UniCredit S.p.A., la copertura assicurativa prestata cessa dalle ore 24 della prima mensilità successiva con contestuale risoluzione della Polizza.

Art. 8.1b – Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio (*Valido ed operante solo in caso di durata quinquennale con premio unico anticipato*)

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

In caso di mancato pagamento delle annualità successive a partire dalla data di scadenza quinquennale indicata nella Scheda Tecnica di Ambito, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

L'Assicurazione torna ad operare dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato l'addebito secondo la modalità di pagamento prescelta dal Contraente della rata annuale scaduta e non pagata.

Nel caso di chiusura del rapporto tra il Contraente e UniCredit S.p.A., la copertura assicurativa prestata cessa con effetto immediato con contestuale risoluzione della Polizza e con conseguente rimborso della quota parte del Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte.

Art. 8.2 – Diritto di ripensamento

Il Contraente, entro 15 giorni dalla sottoscrizione della Polizza ha la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione e di ottenere il rimborso del Premio pagato e non goduto al netto dell'imposta. Per esercitare tale diritto, il Contraente deve, entro il suddetto termine, recarsi presso le Filiali dell'Intermediario oppure inoltrare direttamente all'Impresa la comunicazione di ripensamento debitamente firmata tramite raccomandata A/R, fornendo le coordinate bancarie necessarie per il rimborso (Titolare del Conto corrente, IBAN e Banca). Per la determinazione del rimborso della quota di Premio pagato e non goduto, si considera la data della comunicazione all'Intermediario oppure la data dell'invio della raccomandata A/R. Se il Sinistro si verifica successivamente all'esercizio del diritto di ripensamento, l'Impresa non provvede al pagamento di alcun Indennizzo.

In caso di utilizzo dello strumento di prestito finalizzato denominato Smart Voucher, come disciplinato nell'articolo 7.1b "Pagamento del premio (Valido ed operante solo in caso di durata quinquennale con premio unico anticipato)", l'Intermediario utilizza il rimborso del premio pagato e non goduto al netto delle imposte per l'estinzione del prestito finalizzato all'acquisto della Polizza.

Art. 8.3a – Tacito rinnovo (*Valido ed operante solo in caso di durata annuale e frazionamento mensile*)

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

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

La disdetta da parte del Contraente deve essere esercitata recandosi presso le Filiali dell'Intermediario. La disdetta da parte dell'Impresa deve essere comunicata al Contraente mediante lettera raccomandata.

Art. 8.3b – Tacito rinnovo (*Valido ed operante solo in caso di durata quinquennale con premio unico anticipato*)

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda Tecnica di Ambito. In **mancanza di disdetta** di una delle parti, **inviata almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.**

Poiché, secondo quanto previsto dall'art. 1899 del Codice Civile, è riconosciuta una riduzione di Premio, in ragione della durata quinquennale, rispetto al Premio dovuto per questo stesso tipo di Polizza ma di durata annuale, **nessuna facoltà di recesso può essere esercitata fino alla scadenza del quinquennio** indicata in ciascuna Scheda Tecnica di Ambito.

La disdetta da parte del Contraente deve essere esercitata recandosi presso le Filiali dell'Intermediario. La disdetta da parte dell'Impresa deve essere comunicata al Contraente mediante lettera raccomandata.

Art. 8.4 – Periodo di carenza (*Valido per la "Protezione per Spese mediche" e per la "Protezione per Diaria da ricovero"*)

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 occorso successivamente a tale data;
- 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 **non conosciute dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del presente contratto** ma insorte prima della decorrenza della copertura oppure conosciute dall'Assicurato e diverse da quelle indicate nell'articolo 3.1 "Persone non assicurabili";
- dal **300° giorno** successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto, se operante per l'Assicurato la Soluzione "Top".

Se l'Assicurato risultava coperto, senza interruzione, fino alla data di sottoscrizione della Polizza, da altra precedente copertura assicurativa stipulata con l'Impresa e riguardante le stesse garanzie, i termini sopra indicati 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 per le diverse garanzie e le maggiori Somme Assicurate.

9 - ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 9.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

L'Impresa assicura il rischio e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze richiesti.

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

In caso di cessazione della copertura assicurativa, **l'Impresa può trattenere:**

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

Art. 9.2 – Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del 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 sottoscrizione di altre coperture assicurative per lo stesso rischio disciplinato dalle presenti Condizioni di assicurazione e indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

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

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

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

Art. 9.5 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono **comunicare per iscritto** 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.**

Salvo quanto disposto dall'articolo 3.1 "Persone non assicurabili", non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto quanto disposto all'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

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, al Premio, agli Indennizzi, sono a carico del Contraente.

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

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

Art. 9.9 – Rinvio alle norme di legge

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

10 - ALLEGATI

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Chirurgia del collo

Gozzo retrosternale con mediastinotomia

Chirurgia dell'apparato digerente

Interventi con esofagoplastica

Resezione gastro-digiunale

Megaesofago

Colectomia totale per malattie infiammatorie del colon

Operazione per megacolon

Urologia – Retto – Ano

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare

Megauretere: chirurgia plastica dell'uretere

Chirurgia epato-bilio-pancreatica

Reinterventi sulle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Interventi per pancreatite acuta cronica

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche

Cardiochirurgia – Chirurgia vascolare

Chirurgia cardio vascolare caratterizzata da interventi sul cuore e sui grandi vasi arteriosi con o senza CEC

- da difetti anatomici primitivi ed acquisiti;
- da patologia valvolare;
- aneurismi dell'aorta;
- stenosi carotidee;
- arteriopatie iliaco femorali e poplitee con necessità di by-pass.

Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico

Processi espansivi endocranici di natura benigna e maligna ivi compresi gli aneurismi e gli ematomi

Interventi per via anteriore per le ernie del disco cervicale, dorsali e lombo sacrale

Mielopatia con decompressione osteo-articolare.

Ortopedia e traumatologia

Somatectomie rachidee (vertebrotomie)

Resezioni del sacro

Disarticolazione interscapolo toracica

Osteosintesi vertebrali

Resezione interscapolotoracica

Emipelvectomia

Chirurgia e protesizzazioni custom made

Ripotesizzazione d'anca / spalla / ginocchio

Interventi per ernia discale o mielopatia con artrodesi strumentata e/o con innesti ossei

Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi

Uncoforaminotomia

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

Artrodesi del rachide per via anteriore e posteriore con o senza impianti

Traumi diretti con rotture viscerali
Tutti

Trapianti di organi
Tutti

Trapianto di cornea

ELENCO GRAVI MALATTIE

Infarto del Miocardio

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

Coronaropatia

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

Ictus Cerebrale (colpo apoplettico)

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

Malattia Oncologica

Ogni stato di Malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico che determinino o meno un Intervento Chirurgico.

Sono compresi anche i tumori benigni dell'encefalo con necessità di Intervento Chirurgico.



Assicurazioni

UniCredit Allianz Assicurazioni S.p.A.

Sede legale Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano - Tel. +39 027216.1 – Fax +39 027216.5078

unicreditallianz.assicurazioni@pec.allianz.it - www.unicreditallianzassicurazioni.it

CF. P. IVA e Reg. Impr. Milano n. 08965220158 - Capitale sociale sottoscritto e versato euro 52.000.000

Iscritta all'albo imprese di assicurazione n. 1.00088 – Società appartenente al gruppo assicurativo

Allianz, iscritto all'Albo gruppi assicurativi n. 018 - Soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A.