

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "Allianz1 – Grandi Interventi e malattie gravi"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni che offre una serie di prestazioni di rimborso delle spese mediche in caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia



Che cosa è assicurato?

- ✓ Rimborso spese mediche: vale in caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, in Struttura sanitaria, pubblica o privata, per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico o per una grave Malattia.

Per il dettaglio dei contenuti della copertura si rimanda al DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato?".

Il prodotto offre ulteriori garanzie con pagamento di un premio aggiuntivo.

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali puntualmente indicati nella Scheda tecnica di modulo.



Che cosa non è assicurato?

Le persone affette da:

- * alcolismo e tossicodipendenza
- * sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)



Ci sono limiti di copertura?

! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Ci sono limiti di copertura?" del DIP aggiuntivo Danni.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del modulo e può essere versato esclusivamente con frazionamento mensile con una maggiorazione del 5,6 % per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando e come devo pagare?" del DIP aggiuntivo Danni.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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

Possano essere previsti termini di aspettativa per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando comincia la copertura e quando finisce?" del DIP aggiuntivo Danni.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire il modulo?

Il modulo non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione.

Puoi disdettare alla scadenza indicata nel modulo inviando una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "Allianz1 – Grandi interventi e malattie gravi"

01/01/2019 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

L'impresa di assicurazione è **Allianz S.p.A.**, società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE Monaco (Germania)

- Sede legale: Largo Ugo Irneri, 1, 34123 Trieste (Italia);
- Recapito telefonico: 800.68.68.68;
- Sito Internet: www.allianz.it;
- Indirizzo di posta elettronica certificata: allianz.spa@pec.allianz.it;
- Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione n. 1.00152 e all'Albo gruppi assicurativi n°018.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2017 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.563 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.462 milioni di euro.

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

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.377.259;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.069.767;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.126.592;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 5.126.592;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 216%.

Al contratto si applica la legge italiana.




Che cosa è assicurato?

Prestazione Rimborso spese mediche	<p>La copertura assicurativa vale in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, in Struttura sanitaria, pubblica o privata, per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico o per una grave Malattia.</p> <p>L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione, le spese sostenute dall'Assicurato:</p> <p>a) durante il Ricovero per gli esami, gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e delle équipe chirurgiche, i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento (ivi compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento stesso);</p> <p>b) nei 120 giorni che precedono il Ricovero per le visite mediche specialistiche, gli esami, gli</p>
---	---

	<p>accertamenti diagnostici, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il successivo Ricovero;</p> <p>c) nei 120 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero per le prestazioni effettuate da medici, gli esami e gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, nonché le cure termali, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero.</p> <p>Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica L'Impresa rimborsa:</p> <p>a) le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;</p> <p>b) le spese per le visite specialistiche e per le 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;</p> <p>c) le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.</p> <p>Rimborso spese per l'espianto di organi L'Impresa rimborsa 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 parti di essi se l'Assicurato è il donatore vivente.</p> <p>Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica domiciliare L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione, le spese sostenute nella Struttura sanitaria per vitto e pernottamento di un accompagnatore o per l'assistenza infermieristica notturna prestata da personale diplomato. L'Impresa garantisce inoltre, in caso di Ricovero con Intervento chirurgico, indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione, il rimborso delle spese documentate sostenute per l'assistenza da parte di personale infermieristico diplomato al domicilio dell'Assicurato.</p> <p>Prestazioni per il nascituro L'Impresa rimborsa le spese relative agli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla decorrenza della copertura assicurativa.</p> <p>Diaria sostitutiva in caso di ricovero a totale carico del S.S.N. L'Impresa riconosce, nel caso in cui il Ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero) l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda tecnica di modulo per ogni giorno di Ricovero, in sostituzione delle prestazioni previste dalla garanzia base durante il ricovero. In ogni caso il giorno di Ricovero e quello di dimissione sono considerati agli effetti della liquidazione come giorno unico. L'Impresa rimborsa, inoltre, le eventuali spese sostenute dall'Assicurato prima e dopo il Ricovero.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
<p>Garanzia aggiuntiva Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica</p>	<p>L'Impresa rimborsa le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati, resi necessari da Malattia o Infortunio anche se non collegate a un Ricovero:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Angiografia ▪ Diagnostica istologica e citologica (biopsia) ▪ Cistografia ▪ Cistouretrografia ▪ Cistoscopia ▪ Colangiografia


	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coronarografia ▪ Dacriocistografia ▪ Diagnostica Endoscopica dell'apparato Digerente ed Urologico ▪ Diagnostica Endoscopica dell'apparato urogenitale ▪ Ecocardiografia a riposo e da sforzo ▪ Ecodoppler ▪ Ecografia Intravascolare ▪ Ecografia Trans-Esofagea ▪ Ecotomografia ▪ Esame Holter ▪ Esami Istopatologici ▪ EEG Mapping (Mapping del cervello) ▪ Elettromiografia (EMG) ▪ Elettroencefalografia (ENG) ▪ Elettroencefalogramma ▪ Fibrobroncoscopia ▪ Fistelografia ▪ Fluoroangiografia Oculare ▪ Galattografia ▪ Isterosalpingografia ▪ Laparoscopia ▪ Linfografia ▪ Mammografia digitale ▪ Mielografia ▪ Mineralogia ossea computerizzata (MOC) ▪ Pet – Tomografia ad Emissione di Positroni ▪ Polisonnografia ▪ Potenziali evocati motori (PEM) ▪ Potenziali evocati somatosensoriali (PESS) ▪ Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) ▪ Scialografia con Contrasto ▪ Scintigrafia ▪ SPECT – Tomografia ad emissione di fotone singolo ▪ Splenoportografia ▪ Studio urodinamico ▪ Stroboscopia laringea digitale ▪ Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) ▪ Tomografia Ottica Computerizzata (OTC) ▪ Test del respiro ▪ Urografia ▪ Vesciculodeferentografia ▪ Wirsungrafia
--	---

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Ci sono limiti di copertura?	
ESCLUSIONI	
Esclusioni	<p>La copertura assicurativa non vale per le spese relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa e sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione; b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi; c) intossicazioni e patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di


	<p>alcolici, 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;</p> <p>d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);</p> <p>e) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o a neoplasia maligna indennizzabili a termini della copertura assicurativa, effettuato una sola volta dopo l'intervento chirurgico demolitivo;</p> <p>f) acquisto, manutenzione, riparazione e sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento;</p> <p>g) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;</p> <p>h) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché a ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;</p> <p>i) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o per terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura Sanitaria, salvo che le cure termali siano pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero;</p> <p>j) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), 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;</p> <p>k) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;</p> <p>l) infortuni causati da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche; la copertura assicurativa vale tuttavia per gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario. È sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;</p> <p>m) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;</p> <p>n) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione;</p> <p>o) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero;</p> <p>p) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;</p> <p>q) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;</p> <p>r) 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;</p> <p>s) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;</p> <p>t) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;</p> <p>u) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure effettuate entro 360 giorni dal ricovero per una malattia neoplastica indennizzabile a termini delle Condizioni di assicurazione semprechè rese necessarie dalla malattia stessa;</p> <p>v) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;</p>
--	---


	w) ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici; x) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari.
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO	
Rimborso spese mediche durante, prima e dopo il ricovero	Scoperto*
Diaria sostitutiva per ricovero a totale carico del SSN	Limite di indennizzo
Rimborso spese mediche prima e dopo il ricovero a totale carico del SSN	Scoperto*
Altre prestazioni assicurate:	
▪ Malattia oncologica	Limite di indennizzo Scoperto*
▪ Rimborso spese per accompagnatore e assistenza infermieristica domiciliare	Limite di indennizzo
Garanzia aggiuntiva	
Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica	Scoperto*
*nessuno scoperto su prestazioni prenotate tramite Clinica Amica presso Strutture sanitarie convenzionate e su prestazioni a totale carico del SSN	
Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia	
Prestazione Rimborso spese mediche	
Scoperto applicato nel contratto 20%	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spese sostenute per il ricovero = 10.000 euro ▪ Applicazione Scoperto: 10.000 euro – 20% = 8.000 euro indennizzati ▪ Restano a carico dell'Assicurato 2.000 euro 	


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro Nei casi di Ricovero in cui non operi il Servizio di pagamento diretto, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo entro 15 giorni dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria o dal verificarsi del Sinistro. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo. Per beneficiare del rimborso senza applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione per le eventuali spese extra ricovero, relative a spese mediche sostenute prima e dopo il Ricovero, nonché quelle relative alla garanzia Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica, se operante per l'Assicurato, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica per prenotare la prestazione eseguibile presso una Struttura sanitaria convenzionata. Per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione. Qualora, successivamente alla prenotazione effettuata tramite Clinica Amica, il rimborso dovesse comunque risultare, per qualsiasi motivo, non dovuto a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, l'Impresa non procederà ad alcuna liquidazione. La prenotazione effettuata tramite Clinica Amica non costituisce conseguentemente conferma dell'operatività della prestazione. Per tutte le modalità di erogazione delle prestazioni il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve: <ul style="list-style-type: none"> ▪ fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero;


	<ul style="list-style-type: none"> ▪ fornire copia dei certificati medici di prescrizione per le eventuali prestazioni extra ricovero; ▪ presentare gli originali delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute. <p>L'Assicurato deve altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; ▪ fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. <p>Nel caso in, cui durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i suoi eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Servizio di pagamento diretto</p> <p>In caso di necessità di Ricovero, per attivare il servizio di pagamento diretto il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per contro dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica ai seguenti recapiti, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dall'Italia numero verde 800 686868 • dall'estero numero di rete fissa +39 02 26.609.167 • e-mail: salute@allianz.com <p>formalizzando così anche la denuncia del Sinistro.</p> <p>Inoltre, Clinica Amica può essere contattata anche tramite l'App AllianzNOW, scaricabile gratuitamente sui dispositivi abilitati.</p> <p>In caso di impossibilità a contattare preventivamente Clinica Amica, è possibile richiedere l'attivazione del pagamento diretto anche durante il Ricovero dell'Assicurato nella Struttura sanitaria convenzionata.</p> <p>Dopo avere comunicato a Clinica Amica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • numero di Modulo; • nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio; • recapito telefonico e/o indirizzo e-mail <p>Clinica Amica verifica la posizione amministrativa dell'Assicurato, chiede l'invio della documentazione medica per valutare se è possibile autorizzare la prestazione e provvede ad attivare il servizio di pagamento diretto presso la Struttura sanitaria convenzionata scelta.</p> <p>Nel caso in cui l'Assicurato contatti Clinica Amica, prima o durante un Ricovero in una Struttura sanitaria all'estero, Clinica Amica provvede a contattare direttamente la Struttura sanitaria scelta dall'Assicurato per attivare il pagamento diretto delle spese relative al Ricovero.</p> <p>Se Clinica Amica, pur attivandosi con la Struttura sanitaria per attivare il pagamento diretto non riesce ad ottenerlo, il Sinistro verrà liquidato con il rimborso all'Assicurato delle spese relative al Ricovero senza applicazione dello Scoperto e nei limiti delle somme assicurate previste per i ricoveri con attivazione del pagamento diretto.</p> <p>In tutti i casi, invece, in cui l'Assicurato non contatti Clinica Amica, sia in Italia che all'estero, il Sinistro verrà liquidato a rimborso con l'applicazione dell'eventuale Scoperto e nei limiti delle somme assicurate previste per i ricoveri senza attivazione del pagamento diretto indicati nella Scheda tecnica di modulo.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte e reticenti</p>	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni.</p> <p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa alle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
	<p>Questionario sanitario</p> <p>È necessario verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario</p>


	sanitario riportato nella Scheda tecnica di modulo e che le stesse rispondano al vero.
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Modalità di pagamento del premio</p> <p>Procedura SDD</p> <p>Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità; 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto1; 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto. <p>Dal secondo pagamento in poi, il premio viene corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit).</p> <p>Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD.</p> <p>Addebito su carta di credito</p> <p>Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente.</p> <p>Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture sottoscritte con il presente contratto sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.</p> <p>Adeguamento del premio</p> <p>Nel contratto puoi convenire che alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo siano automaticamente adeguati in una percentuale fissa del 2,5%; qualora l'indice ISTAT fosse superiore a tale percentuale, verrà preso a riferimento l'indice ISTAT.</p> <p>Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Termini di aspettativa</p> <p>La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di infortunio; ▪ del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia; ▪ del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa stessa purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché non attinenti alle domande del "Questionario sanitario" della Scheda tecnica di modulo. <p>Qualora la Scheda tecnica di modulo sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante lo stesso Assicurato e le stesse prestazioni, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa; ▪ del giorno di decorrenza della presente copertura assicurativa limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

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

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto a chi vuole tutelarsi in caso di ricovero, a seguito di infortunio o malattia, scegliendo le migliori strutture sanitarie per il trattamento delle malattie più serie o per affrontare grandi interventi chirurgici.</p> <p>Non è consentita la possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore ai 75 anni.</p> <p>L'accesso al prodotto è subordinato alla valutazione dell'esito del questionario sanitario.</p> <p>Il prodotto consente di coprire i rischi utilizzando combinazioni di garanzie realizzate secondo criteri di prevalente standardizzazione.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.	

COME PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.</p> <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni.</p> <p>Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.</p> <p>Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori – RECLAMI – Guida".</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ol style="list-style-type: none"> nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile, in alcuni casi necessario, avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.
--	---

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

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

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

Assicurazione rimborso spese mediche

Allianz  **Grandi interventi e malattie gravi**

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 926 - 01/01/2019

Allianz S.p.A. - Sede Legale Largo Ugo Imeri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n.05032630963 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi
n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



Glossario

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dalla presente copertura assicurativa.

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

Clinica Amica: il servizio che offre il circuito di Strutture sanitarie convenzionate.

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

Impresa: Allianz S.p.A.

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

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

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

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

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

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Scheda tecnica di modulo: documento riepilogativo della copertura assicurativa allegato al contratto di assicurazione (Scheda di Polizza).

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

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

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

Struttura sanitaria convenzionata: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera come sopra definite ed ogni centro diagnostico e centro medico facenti parte del circuito Clinica Amica.

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza o alla Scheda tecnica di modulo che costituiscono parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	4
MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	6
GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE	7
OPERATIVITA'	8
IN CASO DI SINISTRO	9
CONDIZIONI PARTICOLARI	11
ELENCO GRAVI MALATTIE	12
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	12
TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'	13

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante procedura SDD)

Art. 1.a - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

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

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit) ed è dovuto per l'intera annualità.

In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

- a) dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- b) dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva alla omessa tempestiva comunicazione del Contraente, in tutti i casi di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

(Valido solo nel caso in cui il pagamento del premio avvenga mediante addebito su carta di credito)

Art. 1.b - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

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

Il suddetto Premio viene corrisposto con periodicità mensile mediante addebito su carta di credito ed è dovuto per l'intera annualità.

In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente la copertura resta sospesa:

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

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.

Art. 2 - Durata e proroga della copertura assicurativa

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno previsto dalla durata indicata nella Scheda tecnica di modulo. In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la durata della copertura assicurativa è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 3 - Modifiche della copertura assicurativa

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

Art. 4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.

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

Art. 5 - 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.

Condizioni di assicurazione

Art. 6 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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

Art. 7 - Altre assicurazioni

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

(Valido solo nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto a distanza e cioè con qualunque mezzo che non preveda la presenza fisica e simultanea dell'impresa/intermediario e del contraente)

Art. 8 - Diritto di ripensamento

L'Assicurato e/o il Contraente, qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005, hanno diritto di recedere dal contratto **entro 15 giorni dal pagamento del premio dandone comunicazione all'Impresa, a condizione che in tale periodo non sia stato denunciato alcun sinistro a termini del presente contratto.**

L'Impresa provvede al rimborso del premio pagato e non goduto - **al netto di imposte e contributi - trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.**

Art. 9 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

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

Art. 10 - Rinvio alle norme di legge

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

OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Art. 11 - Chi assicuriamo

La copertura assicurativa vale per l'Assicurato identificato nella Scheda tecnica di modulo.

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non è assicurabile la persona affetta da:

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

Qualora una o più delle affezioni su indicate insorgano nel corso della copertura assicurativa, quest'ultima cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Relativamente allo stato di salute dell'Assicurato valgono le dichiarazioni riportate e sottoscritte dall'Assicurato stesso nel Questionario Sanitario della Scheda tecnica di modulo.

Art. 12 - Gli eventi assicurati

La copertura assicurativa vale in caso di Ricovero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, in Struttura sanitaria, pubblica o privata, per essere sottoposto ad un grande Intervento chirurgico o per una grave Malattia, **semprechè rientranti tra quelli riportati nell' "Elenco grandi interventi chirurgici" o nell' "Elenco gravi malattie", fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Le esclusioni della copertura assicurativa".**

Art. 13 - Le esclusioni della copertura assicurativa

La copertura assicurativa non vale per le spese relative a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla decorrenza della presente copertura assicurativa e sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione;
- b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c) intossicazioni e patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, 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;
- d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);

Condizioni di assicurazione

- e) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o a neoplasia maligna indennizzabili a termini della presente copertura assicurativa, effettuato una sola volta dopo l'intervento chirurgico demolitivo;
- f) acquisto, manutenzione, riparazione e sostituzione di dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi, salvo quanto previsto dall'articolo "La prestazione Rimborso spese mediche";
- g) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
- h) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché a ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o per terapie termali, salvo quanto disposto dall'articolo "La prestazione Rimborso spese mediche", ancorché nell'ambito di una Struttura Sanitaria;
- j) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- k) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- l) infortuni causati da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche; la copertura assicurativa vale tuttavia per gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purché non vi abbia partecipato in modo volontario. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- m) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- n) prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione;
- o) trattamenti terapeutici di agopuntura, salvo quelli effettuati da personale medico durante il Ricovero;
- p) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
- q) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- r) 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;
- s) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
- t) interruzione volontaria della gravidanza non a fini terapeutici;
- u) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure effettuate entro 360 giorni dal ricovero per una malattia neoplastica indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di assicurazione sempreché rese necessarie dalla malattia stessa;
- v) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- w) ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- x) procedure mediche e interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari.

Art. 14 - La validità territoriale

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

Art. 15 - La prestazione Rimborso spese mediche

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

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

Condizioni di assicurazione

Art. 16 - Altre prestazioni assicurate

Art. 16.1 - Prestazioni aggiuntive per Malattia oncologica

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", in aggiunta a quanto indicato nell'articolo "La prestazione Rimborso spese mediche":

- le spese per visite mediche specialistiche ed accertamenti diagnostici che abbiano confermato la diagnosi della Malattia oncologica, anche se non seguiti da Ricovero;
- le spese per le visite specialistiche e per le 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;
- le spese per l'assistenza infermieristica prestata a domicilio da personale diplomato nei 60 giorni successivi alla data di dimissione del Ricovero per Malattia oncologica.

Le spese di cui al presente articolo vengono rimborsate all'Assicurato senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%.

Il massimo esborso, a carico dell'Impresa, non può superare complessivamente per tutte le spese sopra indicate, l'importo di euro 10.000,00 per tutta la durata del contratto e per ogni Assicurato. Contestualmente al raggiungimento di tale limite, la presente prestazione aggiuntiva decade relativamente all'Assicurato per cui sono state erogate le prestazioni.

Art. 16.2 - Rimborso spese per l'espianto di organi

L'Impresa rimborsa, secondo le modalità e con i limiti previsti nella Sezione "Modalità di erogazione delle prestazioni", le spese di cui alla lettera a) dell'articolo "La prestazione Rimborso spese mediche" relative al Ricovero del donatore per l'espianto di organi o parte di essi e quelle del relativo trasporto se l'Assicurato è il ricevente, oppure le sole spese di cui alla lettera a) dell'articolo "La prestazione Rimborso spese mediche" per l'espianto di organi o parti di essi se l'Assicurato è il donatore vivente.

Art. 16.3 - Rimborso spese per il pernottamento di un accompagnatore e per l'assistenza infermieristica domiciliare

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

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

Art. 16.4 - Prestazioni per il nascituro

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

MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Art. 17 - Servizio di pagamento diretto

L'Impresa provvede al pagamento delle spese previste dalla copertura assicurativa e sostenute durante il Ricovero, direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata e all'équipe medico-chirurgica se convenzionata, **solo nel caso in cui l'Assicurato abbia attivato l'operatività del servizio di pagamento diretto**, come descritto all'articolo "Obblighi".

In caso di Ricovero con attivazione del pagamento diretto presso una Struttura sanitaria convenzionata **non beneficiano del servizio di pagamento diretto le altre spese previste dalla copertura assicurativa eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, nonchè quelle relative all'équipe medico-chirurgica se non convenzionata**, per le quali l'Impresa provvede al loro rimborso all'Assicurato.

L'Impresa riconosce le spese di cui all'articolo "La prestazione Rimborso Spese Mediche", **con il limite per anno assicurativo indicato nella Scheda tecnica di modulo** e con le seguenti modalità:

- le spese soggette a pagamento diretto e quelle relative all'eventuale équipe medico-chirurgica non convenzionata, di cui alla lettera a) del suddetto articolo, senza applicazione di alcuno Scoperto;

Condizioni di assicurazione

- le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) del suddetto articolo, senza applicazione di alcuno Scoperto:
 - sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
 - sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.**Diversamente**, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 18 - Pagamento a rimborso

L'Impresa rimborsa all'Assicurato, in caso di Ricovero presso una Struttura sanitaria non convenzionata e in tutti i casi in cui non sia stato attivato il servizio di pagamento diretto, tutte le spese di cui all'articolo "La prestazione Rimborso Spese Mediche" **con il limite per anno assicurativo indicato nella Scheda tecnica di modulo e con le seguenti modalità:**

- le spese sostenute durante il Ricovero e previste alla lettera a) dell'articolo suddetto **con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 5.000,00 per Ricovero;
- le spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero, previste alle lettere b) e c) dell'articolo suddetto, senza applicazione di alcuno Scoperto:
 - sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
 - sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.**Diversamente**, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

Art. 19 - Ricoveri con intervento chirurgico per gravi patologie

A parziale deroga di quanto previsto agli articoli "Servizio di pagamento diretto" e "Pagamento a rimborso", in caso di Ricovero che comporti un Intervento chirurgico fra quelli qui di seguito elencati:

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

l'Impresa riconosce all'Assicurato le spese previste dalla copertura assicurativa sostenute prima, durante e dopo il Ricovero con le modalità di cui ai medesimi articoli, senza applicazione degli scoperti ove previsti, **fermo il limite per anno assicurativo indicato nella Scheda tecnica di modulo.**

Art. 20 - Diaria sostitutiva in caso di ricovero a totale carico del S.S.N.

L'Impresa riconosce, nel caso in cui il Ricovero sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale (considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il Ricovero) un'Indennità giornaliera di euro 200,00 **con il limite massimo di 100 giorni per anno assicurativo**, per ogni giorno di Ricovero, in sostituzione delle prestazioni garantite al punto a) dell'articolo "La prestazione Rimborso spese mediche".

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

L'Impresa rimborsa, inoltre, le eventuali spese di cui alle lettere b) e c) dell'articolo "La prestazione Rimborso spese mediche" sostenute dall'Assicurato prima e dopo il Ricovero **con il limite per anno assicurativo indicato nella Scheda tecnica di modulo e senza applicazione di alcuno Scoperto:**

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%** con il massimo di euro 2.500,00 per Ricovero.

GARANZIA AGGIUNTIVA OPZIONALE

Valida solo se espressamente richiamata nella Scheda tecnica di modulo

Art. 21 - Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica

L'Impresa rimborsa, **fino alla concorrenza di euro 2.500,00 per persona e per anno assicurativo**, le spese per gli esami di alta diagnostica sotto elencati resi necessari da Malattia o Infortunio, anche se non collegate a un Ricovero:

- Angiografia

Condizioni di assicurazione

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

Ciascuna prestazione viene rimborsata senza applicazione di alcuno Scoperto:

- sull'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato per prestazioni erogate a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- sulle prestazioni eseguibili presso una Struttura sanitaria convenzionata prenotate tramite Clinica Amica.

Diversamente, per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione di uno Scoperto del 20%.**

OPERATIVITA'

Art. 22 - Termini di aspettativa

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24:

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

Condizioni di assicurazione

- del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della copertura assicurativa stessa **purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché non attinenti alle domande del "Questionario sanitario" della Scheda tecnica di modulo.**

Qualora la Scheda tecnica di modulo sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione, di altra riguardante lo stesso Assicurato e le stesse prestazioni, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

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

Art. 23 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di modulo viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella coefficienti per età".

Art. 24 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

IN CASO DI SINISTRO

Art. 25 - Obblighi

a) Servizio di pagamento diretto

In caso di necessità di Ricovero, per attivare il servizio di pagamento diretto il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica ai seguenti recapiti, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno:

- dall'Italia numero verde 800 686868
- dall'estero numero di rete fissa + 39 02 26.609.167
- e-mail: salute@allianz.com

formalizzando così anche la denuncia del Sinistro.

Inoltre, Clinica Amica può essere contattata anche tramite l'App AllianzNOW, scaricabile gratuitamente sui dispositivi abilitati.

In caso di impossibilità a contattare preventivamente Clinica Amica, è possibile richiedere l'attivazione del pagamento diretto anche durante il Ricovero dell'Assicurato nella Struttura sanitaria convenzionata.

Dopo avere comunicato a Clinica Amica:

- numero di Modulo;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;
- recapito telefonico e/o indirizzo e-mail

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

Nel caso in cui l'Assicurato contatti Clinica Amica, prima o durante un Ricovero in una Struttura sanitaria all'estero, Clinica Amica provvede a contattare direttamente la Struttura sanitaria scelta dall'Assicurato per attivare il pagamento diretto delle spese relative al Ricovero.

Se Clinica Amica, pur attivandosi con la Struttura sanitaria per attivare il pagamento diretto non riesce ad ottenerlo, il Sinistro verrà liquidato con il rimborso all'Assicurato delle spese relative al Ricovero senza applicazione dello Scoperto e nei limiti delle somme assicurate previste per i ricoveri con attivazione del pagamento diretto.

In tutti i casi, invece, in cui l'Assicurato non contatti Clinica Amica, sia in Italia che all'estero, il Sinistro verrà liquidato a rimborso con l'applicazione dell'eventuale Scoperto e nei limiti delle somme assicurate previste per i ricoveri senza attivazione del pagamento diretto indicati nella Scheda tecnica di modulo.

b) Pagamento a rimborso

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

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

Condizioni di assicurazione

- c) Per beneficiare del rimborso senza applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione per le eventuali spese extra ricovero, relative a spese mediche sostenute prima e dopo il Ricovero, nonché quelle relative alla garanzia Rimborso spese per accertamenti di alta diagnostica, se operante per l'Assicurato, **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare Clinica Amica per prenotare la prestazione eseguibile presso una Struttura sanitaria convenzionata.**

Per prestazioni non prenotate tramite Clinica Amica o erogate da strutture sanitarie non convenzionate, **l'Impresa provvede al rimborso all'Assicurato delle spese di cui sopra con applicazione dello Scoperto previsto dalle Condizioni di assicurazione.**

Qualora, successivamente alla prenotazione effettuata tramite Clinica Amica, il rimborso dovesse comunque risultare, per qualsiasi motivo, non dovuto a termini delle presenti Condizioni di assicurazione, **l'Impresa non procederà ad alcuna liquidazione. La prenotazione effettuata tramite Clinica Amica non costituisce conseguentemente conferma dell'operatività della prestazione.**

- d) Per tutte le modalità di erogazione delle prestazioni **il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:**

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero;
- fornire copia dei certificati medici di prescrizione per le eventuali prestazioni extra ricovero;
- presentare gli originali delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Art. 26 - Procedura per la valutazione del danno

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 27 - Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento viene sempre effettuato a cura ultimata.

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

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

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

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Condizioni di assicurazione

Art. 28 - Obbligo di restituzione degli indennizzi erogati per spese non dovute

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

La presente condizione particolare è valida solo se espressamente richiamata nella Scheda tecnica di modulo.

CC - Clausola di collegamento

Premesso che, come indicato nella Scheda tecnica di modulo, la stessa viene emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di una precedente stipulata con l'Impresa e avente il medesimo oggetto, si prende atto tra le parti che ai fini di quanto disposto dagli artt. 1892 e 1893 codice civile, si fa riferimento alle dichiarazioni relative allo stato di salute rese dall'Assicurato in occasione dell'emissione della Scheda tecnica di modulo sostituita.

Non hanno quindi rilevanza le circostanze relative al rischio non dichiarate dall'Assicurato, se sopravvenute o venute a conoscenza dell'Assicurato stesso durante la validità della precedente copertura assicurativa.

Fermo quanto stabilito negli articoli "Le esclusioni della copertura assicurativa" e "Chi assicuriamo" delle Condizioni di assicurazione.

La presente condizione particolare è valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza.

AU - Adeguamento automatico annuale

Le somme/massimali assicurati, i limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) ed il **Premio**, previsti nella Scheda tecnica di modulo, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale**; sono esclusi da tale adeguamento gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di modulo.

Premesso che con l'espressione:

- "indice" si intende l'indice rappresentato dalla media ponderata dei numeri indice "onorari specialisti", "accertamenti diagnostici" e "retta clinica" rilevati dall'Istituto Centrale di Statistica;
- "indice di riferimento annuale" si intende
 - l'indice relativo al mese di marzo dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel primo semestre;
 - l'indice relativo al mese di settembre dell'anno precedente quello di scadenza della rata annuale di Premio se detta scadenza cade nel secondo semestre;

si conviene che l'**adeguamento automatico del 2,5% non troverà applicazione nel caso in cui, alla scadenza di ogni annualità, il rapporto tra l' "indice di riferimento annuale" e quello immediatamente precedente sia superiore alla suddetta percentuale del 2,5%.**

In tal caso l'adeguamento di cui al paragrafo precedente sarà operato in conformità al rapporto tra l'"indice di riferimento annuale" e quello immediatamente precedente.

Resta inteso che, in ogni caso, l'adeguamento non potrà mai essere inferiore al 2,5% annuo.

Sono sempre esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti ed indicati nella Scheda tecnica di modulo.

Qualora il suddetto indice non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

A fronte dell'adeguamento automatico annuale sopra descritto, l'Impresa riconosce al Contraente la facoltà di recedere dalla presente condizione particolare, **senza alcun obbligo - per l'Impresa stessa - di comunicare, preventivamente, la variazione** delle somme/massimali assicurati, dei limiti d'indennizzo (non espressi in percentuale) e del Premio.

Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" entro l'ultimo giorno del termine previsto per il pagamento dei premi indicato nell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, la stessa cesserà di produrre i propri effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa conclusa. Nel caso in cui il Contraente comunichi l'esercizio del suo diritto di recesso dalla condizione particolare "Adeguamento automatico annuale" successivamente a tale termine, essa cesserà di produrre effetti dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa successiva.

In entrambi i casi l'Impresa provvederà all'aggiornamento del contratto adeguandone le condizioni normative e di premio.

Condizioni di assicurazione

ELENCO GRAVI MALATTIE

Infarto del Miocardio

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

Coronaropatia

Malattia che determini Intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di 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 implicino 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.

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

Condizioni di assicurazione

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 (compreso trapianto di cornea)

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

ETA'	COEFFICIENTI	ETA'	COEFFICIENTI	ETA'	COEFFICIENTI
1	0,331	26	0,521	51	1,419
2	0,331	27	0,536	52	1,515
3	0,331	28	0,541	53	1,608
4	0,331	29	0,556	54	1,718
5	0,331	30	0,566	55	1,826
6	0,336	31	0,581	56	1,952
7	0,341	32	0,596	57	2,082
8	0,341	33	0,606	58	2,228
9	0,346	34	0,621	59	2,390
10	0,351	35	0,631	60	2,564
11	0,361	36	0,651	61	2,761
12	0,366	37	0,677	62	2,954
13	0,371	38	0,710	63	3,172
14	0,381	39	0,745	64	3,429
15	0,386	40	0,777	65	3,525
16	0,401	41	0,826	66	3,645
17	0,411	42	0,862	67	3,750
18	0,421	43	0,911	68	3,840
19	0,431	44	0,963	69	3,930
20	0,441	45	1,013	70	4,065
21	0,456	46	1,071	71	4,155
22	0,471	47	1,132	72	4,245
23	0,491	48	1,198	73	4,455
24	0,496	49	1,268	74	4,770
25	0,511	50	1,344	75	4,935