

SOMMARIO

GLOSSARIO

TERMINI GENERALI E VOCI SPECIFICHE	3
------------------------------------	---

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	20
---	----

SEZIONE SALUTE

Modulo PREVENZIONE	31
--------------------	----

1. Cosa è assicurato
 - Art. SPR1 Portale Benessere
 - Art. SPR2 Welion App
 - Art. SPR3 Check-Up

Modulo DIAGNOSI	39
-----------------	----

1. Cosa è assicurato
 - Art. SD1 Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici
2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio
 - Art. SD2 Alta diagnostica

Modulo CURA	43
-------------	----

1. Cosa è assicurato
 - A) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery
 - Art. SC1 Oggetto della garanzia
 - Art. SC2 Estensioni di garanzia sempre operanti – base
 - Art. SC3 Estensioni di garanzia sempre operanti – extra
 - B) Grandi interventi chirurgici
 - Art. SC4 Oggetto della garanzia
 - Art. SC5 Estensioni di garanzia sempre operanti – base
 - Art. SC6 Estensioni di garanzia sempre operanti – extra
 - C) Malattie gravi (critical illness)
 - Art. SC7 Oggetto della garanzia
 - Art. SC8 Carezza
 - Art. SC9 Periodo di riqualificazione e limitazione di garanzia dopo il primo sinistro
 - Art. SC10 Limitazione di garanzia dopo il secondo sinistro
 - D) Diaria da ricovero
 - Art. SC11 Oggetto della garanzia
 - Art. SC12 Estensioni di garanzia sempre operanti
2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio
 - Art. SC13 Diaria da immobilizzo da infortunio o malattia
 - Art. SC14 Riposo terapeutico domiciliare
 - Art. SC15 Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare



Art. SC16 Dental

Art. SC17 Inabilità temporanea da infortunio grave o malattia

Modulo CONVALESCENZA **63**

1. Cosa è assicurato
Art. SP1 Diaria da convalescenza
Art. SP2 Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa
2. Opzioni aggiuntive con aumento del premio
Art. SP3 Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare
Art. SP4 Prestazioni organizzative di servizio

Cosa non è assicurato e limiti di copertura **67**

Art ES1 Esclusioni

SEZIONE ASSISTENZA

Art. AS1 Come attivare le prestazioni **70**

Modulo PREVENZIONE **72**

Cosa è assicurato

Modulo DIAGNOSI **74**

Cosa è assicurato

Modulo CURA **78**

Cosa è assicurato

Modulo CONVALESCENZA **91**

Cosa è assicurato

Condizioni di operatività **102**

Cosa non è assicurato e limiti di copertura

SEZIONE TUTELA LEGALE

Cosa è assicurato **104**

Condizioni di operatività **105**

Cosa non è assicurato e limiti di copertura **107**

OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

“COSA FARE IN CASO DI...”

Sezione Salute: che obblighi ho? **108**

Sezione Assistenza: che obblighi ho? **116**

Sezione Tutela Legale: che obblighi ho? **120**

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Elenco grandi interventi chirurgici **123**

GLOSSARIO

GLOSSARIO

“Per scegliere, devo capire.”

È giusto: per iniziare, ecco la raccolta dei termini – generali e specifici – presenti in queste Condizioni di Assicurazione, spiegati con linguaggio il più possibile chiaro.

Nel Glossario sono riportati i significati delle parole più importanti e ricorrenti utilizzate nelle condizioni contrattuali. Alcune voci sono comuni a tutte le garanzie, altre riguardano garanzie specifiche.

TERMINI PRESENTI NELLA POLIZZA “TUA BENESSERE”

A

Aborto terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Arbitrato

L'Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di vertenze concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.

Archiviazione

Il Decreto d'archiviazione viene richiesto dal Pubblico Ministero allorché gli elementi indiziari acquisiti nel corso delle indagini preliminari non siano idonei a sostenere l'accusa in giudizio.

Assicurato



La persona fisica il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione. Si intendono come tali le persone fisiche singole o appartenenti al nucleo familiare del contraente persona fisica, oppure lavoratori, dirigenti, collaboratori, soci e associati nel caso di contraente persona giuridica o ente.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito dalla Società tramite la propria struttura organizzativa all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specifico diploma.

Assoluzione

La dichiarazione emessa con la sentenza conclusiva del processo che esclude la responsabilità penale dell'imputato.

C

Calendario Salute

Funzionalità del Portale Benessere per la gestione del calendario degli eventi legati alla salute, derivanti dal Percorso di Prevenzione o inseriti autonomamente dall'Assicurato.

Carenza

Il periodo di tempo, riferibile alla sola prima annualità assicurativa e immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non sono operanti.

Cartella clinica

Documento ufficiale, avente natura di atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Cartella Medica

Funzionalità del Portale Benessere che permette di avere una vista di sintesi dei dati medici e personali dell'Assicurato raccolti tramite Questionario Digitale e interazioni con il Portale Benessere e i referti e/o ricette caricati autonomamente dall'Assicurato.

Centrale Operativa Benessere

La struttura è costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Generali Welion S.c.a.r.l., provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite "in rete" dal contratto. La Centrale Operativa Benessere fornisce inoltre informazioni sulla rete delle strutture convenzionate, sui sinistri e sui servizi offerti.

Centro medico

Struttura dotata di direzione sanitaria, regolarmente autorizzata come da normativa vigente all'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e rieducativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata a trattamenti di natura estetica.

Coach del Benessere

Il medico generico che effettua il consulto di onboarding finalizzato alla predisposizione del Percorso di Prevenzione personalizzato.

Consulto di onboarding con Coach del Benessere

Consulto con un medico di medicina generale (Coach del Benessere), richiedibile tramite Portale Benessere, che ha l'obiettivo di spiegare e personalizzare ulteriormente il Percorso di Prevenzione tramite domande più approfondite fatte dal Coach del Benessere durante lo stesso.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio. Può trattarsi di persona fisica, persona giuridica o ente.

Costituzione di parte civile

L'azione civile di risarcimento, promossa nel processo penale, dal soggetto danneggiato da un reato.

Covid 19

La malattia respiratoria causata dal coronavirus denominato SARS-CoV-2.

D

Danno liquidabile

Il danno il cui ammontare viene determinato in base alle condizioni di assicurazione e applicando limiti e sottolimiti massimi di indennizzo/risarcimento, ma che non tiene ancora conto di franchigie e scoperti eventualmente previsti.

Day hospital

La degenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche non comportante intervento chirurgico, documentata da Cartella Clinica, completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera). Non è considerato day hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

Day surgery

La permanenza diurna in un istituto di cura (senza pernottamento) comportante intervento chirurgico, documentata da Cartella Clinica, completa di S.D.O. (scheda dimissione ospedaliera).

D.A.S.

Abbreviazione della denominazione sociale: D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in Verona, Via Enrico Fermi 9/B – 37135 VERONA – sito internet www.das.it, alla quale la Società affida la gestione dei sinistri riguardanti le garanzie di Tutela Legale previste dalla presente polizza.

Decisione passata in giudicato

La sentenza divenuta definitiva sulla quale nessun giudice può nuovamente decidere.

Delitto colposo

Il delitto è colposo quando anche se preveduto non è voluto e si verifica a causa di negligenza, imprudenza, imperizia o per inosservanza di leggi.

Delitto doloso

Il delitto è doloso quando è preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione.

Difetto fisico

La mancanza di un organo o l'imperfezione di un organo o di un apparato per condizioni morbose o traumatiche acquisite, anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.

Documentazione Sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

Durata

Periodo di validità della Polizza, determinato concordemente tra le parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla Scheda di Polizza.

E

Emergenza

Una situazione patologica insorta improvvisamente, per malattia o infortunio che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

Europa (relativamente alla sezione Assistenza)

Tutti i paesi del continente europeo sino agli Urali.

F

Fase giudiziale

La fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase stragiudiziale

La fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti senza l'intervento dell'autorità giudiziaria come ad esempio la mediazione e la negoziazione assistita.

Fatto illecito

L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge che cagiona ad altri un danno ingiusto.

Foundation Medicine

Azienda facente parte del gruppo Hoffmann-La Roche per la quale Roche distribuisce i servizi di Profilazione genomica descritti di seguito al di fuori degli Stati Uniti d'America.

FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx

Test di profilazione genomica finalizzati alla caratterizzazione delle malattie oncologiche, che applicano soluzioni innovative nel campo della medicina onco-ematologica per individuare le mutazioni del DNA responsabili della crescita dei tumori, con l'obiettivo di ottenere informazioni che possono aiutare i medici a selezionare opzioni e strategie di trattamento mirate e personalizzate per ciascun paziente in base alle mutazioni eventualmente presenti nel suo tumore.



FoundationOneCDx (l'analisi viene eseguita su un campione di tessuto) e FoundationOne Liquid CDx (l'analisi viene eseguita su un campione di sangue intero) offrono un'analisi ampia di profilazione genomica tumorale, utilizzando tecnologie NGS (Next Generation Sequencing), dall'estrazione del DNA dal campione, all'analisi dei risultati, fornendo al medico richiedente un referto, contenente le informazioni sulle mutazioni genomiche rilevate associate alle possibili terapie disponibili ed in studio supportate da un dettagliato elenco bibliografico di pubblicazioni scientifiche.

In quanto servizio di test a fronte di una patologia già diagnosticata, la garanzia si offre come supporto specialistico per la cura del cliente e non implica alcuna conseguente diretta prestazione di cura, che dovrà invece essere successivamente definita e concordata tra il cliente ed i medici che lo hanno in cura.

Franchigia

La parte di danno liquidabile, espressa in cifra fissa o in numero di giorni, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

G

Generali Welion S.c.a.r.l.

GENERALI WELION S.C.A.R.L., con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale 10.000,00 euro, interamente versato, iscritta al registro imprese Venezia Giulia con partita iva no. 01202150320, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A..

Grande intervento chirurgico

Interventi chirurgici elencati alla tabella "Grandi interventi chirurgici".

I

Imaging (esami di)

Generico processo attraverso il quale è possibile osservare un'area di un organismo non visibile dall'esterno; sono tecniche di imaging, ad esempio, ecografia, radiografia, angiografia, mammografia e scintigrafia.

Immobilizzo

Ogni mezzo di contenzione rigido costituito da gesso o altro apparecchio immobilizzante prescritto dal medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento di fratture radiologicamente accertate.

Inabilità temporanea

La perdita, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie assicurate.

Indennità/Indennizzo

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

Infortunio

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

Insorgenza



L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Intervento Chirurgico

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante – mediante cruentazione dei tessuti avvenuta con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni;
- i punti di sutura;
- le biopsie.

Intramoenia

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale della Repubblica Italiana, l'attività cosiddetta "intramoenia" si riferisce alle prestazioni erogate al di fuori del normale orario di lavoro dai medici di un ospedale, i quali utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale stesso a fronte del pagamento da parte del paziente di una tariffa.

Invalidità permanente

La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza (RSA), per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Italia

Il territorio della Repubblica Italiana comprensivo di Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

IVASS

L'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni è un ente dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, che opera per garantire la stabilità del mercato assicurativo e la tutela del consumatore. L'ente ha lo scopo di vigilare sull'operato delle imprese e dei soggetti, agenti e mediatori, che rientrano nel settore assicurativo privato italiano. Svolge la sua attività di controllo basandosi sulle direttive che il Governo ha disposto in materia di politica assicurativa e che sono riunite nel Codice delle Assicurazioni (DL 7 settembre 2005 n. 209).

M

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza al momento della decorrenza dell'assicurazione e che comunque non sia una manifestazione, se pur improvvisa, di una malattia preesistente nota all'Assicurato.



Malattia Rara

Una malattia si definisce "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di casi presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone.

Ai fini del presente contratto si prende a riferimento l'elenco contenuto nel testo integrale del DPCM 12/1/2017, allegato 7 e successive modifiche.

Manifestazione

Sintomatologia oggettiva della malattia.

Massimale/sottomassimale

La somma, stabilita nel contratto, fino alla quale la Società presta le garanzie in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Massimale per anno

La somma massima liquidabile dalla Società per i sinistri insorti nello stesso anno assicurativo, anche se denunciati in momenti diversi.

Mediazione

L'istituto giuridico introdotto con il D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010, per la composizione dei conflitti tra soggetti privati relativi a diritti disponibili.

Mondo

Tutti i Paesi del mondo, salvo quanto eventualmente specificatamente escluso e normato nelle sezioni specifiche.

O

Organismo di mediazione

Organismi pubblici e privati iscritti in un apposito Registro presso il Ministero della giustizia preposti alla gestione della procedura di mediazione.

P

Parentela di primo grado

La parentela è il vincolo che unisce le persone che discendono dalla stessa persona o, come il codice civile afferma, dallo stesso stipite (art. 74 codice civile). La parentela di primo grado è quella che lega tra loro un genitore con un figlio/a.

Parti

Il Contraente e la Società.

Perito

L'esperto incaricato da una delle parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Polizza



L'insieme dei documenti che provano l'esistenza del contratto di assicurazione.

Portale Benessere

Portale web per la fruizione dei servizi digitali associati alla Polizza TUA Benessere.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Procedimento penale

Il procedimento che inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente mediante informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo – doloso - preterintenzionale) del reato ascritto.

Protezione legale del paziente

La garanzia di Tutela Legale ai sensi del D. Lgs. n° 209 del 2005, articoli 163, 164, 173, 174 e correlati.

Q

Querela

L'azione per mezzo della quale una persona che si ritiene offesa o danneggiata da reati non perseguibili d'ufficio chiede agli organi giudiziari di procedere contro il colpevole.

Questionario anamnestico

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate e che forma parte integrante della Polizza.

Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio e determinazione del premio.

Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

Questionario digitale

Questionario digitale da effettuare sul Portale Benessere per ottenere un'indicazione sullo stato di salute e il Percorso di Prevenzione.

R

Reati

I reati si distinguono in delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o della multa, e in contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per le quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

Recupero del carico

A seguito di un evento traumatico, si intende la fase che intercorre tra il divieto di concedere il carico, cioè l'appoggio del peso del corpo sull'arto lesso (l'appoggio dell'arto a terra con conseguente stimolo gravitazionale), a prescindere dalla presenza o meno di un apparecchio immobilizzante, a una seconda fase di carico in cui si può appoggiare a terra l'arto, per facilitare la formazione del callo osseo.

Responsabilità contrattuale



La responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte in favore dell'altra parte contrattuale.

Responsabilità extracontrattuale

La responsabilità in capo al soggetto che, commettendo un fatto illecito, provoca ad altri un danno ingiusto.

Rete internazionale

La rete di strutture sanitarie convenzionate con Europe Assistance S.p.A. ed operanti sul territorio internazionale presso le quali l'Assicurato, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società, può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla polizza ed il cui costo viene liquidato, in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente dalla Società.

L'elenco delle strutture mediche convenzionate è visibile sul sito istituzionale della Società.

Retta di Degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero

La permanenza in un istituto di cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital o il day surgery.

Rimborso

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

S

Scoperto

La parte di danno liquidabile, espressa in misura percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato per ogni sinistro.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

Nelle garanzie "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici", "Alta diagnostica", "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", "Grandi interventi chirurgici", "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche e malattie rare", "Dental", "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi", "Prestazioni organizzative di servizio", il termine sinistro indica il sorgere di un debito in capo all'Assicurato per spese sanitarie relative a prestazioni rese necessarie successivamente alla conclusione del contratto e conseguenti a malattia, infortunio o parto.

Nella garanzia "Diaria da ricovero" il termine sinistro indica il ricovero dell'Assicurato in un istituto di cura resosi necessario successivamente alla conclusione del contratto e conseguente a malattia, infortunio o parto.

Nella garanzia "Diaria da immobilizzo da infortunio o malattia", il termine sinistro indica il verificarsi di un infortunio con immobilizzazione a seguito di un intervento chirurgico o di una malattia con conseguente recupero del carico e/o immobilizzo.

Nella garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)", il termine sinistro indica il verificarsi di una patologia o stato di coma indennizzabile ai sensi della garanzia.

Nella garanzia "Diaria da convalescenza", il termine sinistro indica i giorni di convalescenza prescritti dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato, successivi ad un ricovero in copertura.



Nella garanzia “Tutela Legale”, per sinistro si intende il caso assicurativo, ovvero il verificarsi del fatto dannoso, cioè la controversia, per cui è prestata la garanzia.

Nella garanzia “Assistenza”, il termine sinistro indica l'evento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Società

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Tua Assicurazioni S.p.A.

Spese arbitrali

Le spese sostenute per attivare la procedura arbitrale e per gli onorari dell'arbitro prescelto.

Spese di domiciliazione

Le spese dell'avvocato che ha il domicilio nella circoscrizione del Tribunale competente per il giudizio qualora l'avvocato incaricato dall'Assicurato risieda fuori da tale distretto.

Spese di giustizia

Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002 e successive modifiche.

Spese di resistenza

Le spese per resistere in giudizio alla richiesta avanzata dal terzo nei confronti dell'Assicurato per il risarcimento dei danni extracontrattuali.

Spese di soccombenza

Le spese che il giudice con la sentenza che chiude il processo pone a carico della parte soccombente per rimborsare le spese processuali alla parte vittoriosa.

Spese legali

Gli onorari e diritti del patrocinatore sensi di legge.

Spese liquidate

Le spese spettanti all'avvocato definite dal giudice in sede di sentenza.

Struttura Organizzativa

La struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Strutture mediche convenzionate (in Italia)

Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Benessere di Generali Welion S.c.a.r.l., che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Compagnia, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali. All'interno della rete convenzionata con l'Italia possono rientrare anche i centri medici odontoiatrici convenzionati con Prontocare, società specializzata nella fornitura di servizi odontoiatrici.

L'elenco delle strutture mediche convenzionate è visibile sul sito istituzionale della Società.

T

Teleconsulto medico

Consulto telefonico con un medico di medicina generale richiedibile e usufruibile tramite Welion App.

Terapia intensiva

Si intende il reparto ospedaliero dove vengono garantite cure intense a pazienti con particolari stati di salute di media o alta gravità per i quali si rende necessario un supporto per mantenere l'equilibrio delle funzioni vitali.

Transazione

L'accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Trattamenti fisioterapici

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

U

Ubbriachezza

Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcoolemico superiore alla limitazione della Legge vigente.

Unico caso assicurativo

Il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più Assicurati.

Urgenza

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia che comporta un ricovero o un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

Urgenza sanitaria all'estero

Situazione improvvisa conseguente a infortunio o malattia, non prevedibile prima del viaggio all'estero che richieda, nella località straniera dove si manifesta, un intervento di Pronto Soccorso ospedaliero immediato e non differibile.

V

Vertenza

Il conflitto di pretese tra Assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

Videoconsulto medico

Videoconsulto medico online con un medico di medicina generale richiedibile e usufruibile tramite Welion App.

Visita specialistica

Visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono inoltre considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.



W

Welion App

Applicazione per la fruizione dei servizi digitali erogati da Generali Welion S.c.a.r.l.

TERMINI PRESENTI NELLA GARANZIA MALATTIE GRAVI (CRITICAL ILLNESS)

MALATTIE GRAVI O STATO DI COMA

Sono considerate malattie gravi i seguenti stati o malattie:

- Cancro (esclusi i casi meno avanzati);
- Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca);
- Ictus (con deficit neurologico permanente);
- Insufficienza renale cronica;
- Trapianto di organi;
- Coma (di durata non inferiore a 4 giorni);
- Malattia del motoneurone (di determinata gravità);
- Sclerosi multipla (di determinata gravità);
- Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
- Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer).

Ai fini della garanzia di cui all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)", le definizioni di **malattie gravi** sono le seguenti:

Cancro (esclusi i casi meno avanzati)

1. Si tratta di patologia caratterizzata da crescita incontrollata di cellule maligne, con invasione e distruzione del tessuto circostante. La diagnosi deve essere confermata con esami istologici o citologici (in caso di tumori sistemici).
2. **Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse le seguenti forme di tumore maligno:**
 - a. **Carcinoma in situ;**
 - b. **Tumori maligni della pelle, eccetto il melanoma maligno con infiltrazione oltre l'epidermide;**
 - c. **Tumori maligni della prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC;**
 - d. **Carcinomi papillari della tiroide di dimensioni inferiori a 2 cm, a meno che non presentino infiltrazioni nei linfonodi o metastasi a distanza;**
 - e. **Ogni patologia maligna del sangue, del midollo osseo, dei linfonodi che non richieda trasfusioni ematiche ricorrenti, chemioterapia sistemica, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo, trapianto di cellule staminali, altre rilevanti terapie d'intervento.**
3. **Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di cancro le seguenti patologie o condizioni cliniche:**
 - a. **Pre-maligne;**
 - b. **Non-invasive;**
 - c. **Con potenziale maligno di basso livello;**
 - d. **Displasie cervicali CIN-1, CIN-2, CIN-3.**

Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca)

1. Si intende la necrosi (perdita di ogni funzione vitale) di una porzione del muscolo cardiaco quale risultato di una inadeguata irrorazione sanguigna a causa della occlusione delle arterie coronarie. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
 - a. Dolore tipico suggestivo di infarto miocardico;
 - b. ECG con alterazioni del tracciato indicative di infarto miocardico in atto;
 - c. Riscontro di incremento di Troponina cardiaca T o I, oppure degli enzimi cardiaci, incluso CKMB, oltre ai parametri di laboratorio generalmente accettati suggestivi di infarto miocardico;
 - d. Comprovata riduzione permanente della frazione di eiezione ventricolare sinistra al di sotto del 50%, a causa di infarto miocardico, misurata non prima di un mese dopo l'infarto.
2. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di infarto del miocardio le seguenti condizioni:
 - a. Eventi che non sono stati confermati come infarto del miocardio da un cardiologo o da un medico;
 - b. Infarti del miocardio di epoca indeterminata;
 - c. Rialzi dei biomarcatori causati direttamente da procedure cliniche intra-arteriose inclusa, ma non limitata a, l'angiografia coronarica e l'angioplastica coronarica.

Ictus (con deficit neurologico permanente)

1. Si intende la necrosi di tessuto cerebrale o spinale, in un'area limitata, causata da emorragia non traumatica o ischemia all'interno dell'encefalo o del midollo spinale, che comporti un deficit neurologico grave, permanente, irreversibile;
2. La diagnosi deve essere supportata da referti strumentali di imaging (ad esempio: TAC, RMN o altri analoghi) che comprovi la relazione tra la nuova menomazione neurologica e la nuova lesione cerebrale o midollare;
3. La valutazione del deficit neurologico permanente ed irreversibile deve essere effettuata non prima di 3 mesi dalla data dell'evento;
4. Ai fini di questa copertura assicurativa, sono escluse dalla definizione di ictus le seguenti condizioni:
 - a. Attacchi ischemici transitori (TIA);
 - b. Ictus di epoca indeterminata;
 - c. Diagnosi di ictus basata solo su biomarcatori;
 - d. Ictus che colpisce solo la funzione olfattiva o vestibolare oppure l'occhio.

Insufficienza renale cronica

1. Si intende l'insufficienza cronica ed irreversibile di entrambi i reni in cui è stata iniziata una dialisi regolare che si è protratta nel tempo o è stato effettuato un trapianto di reni;
2. La diagnosi deve essere confermata da un nefrologo;
3. Il sinistro è indennizzabile una volta iniziata la dialisi che si è protratta nel tempo o effettuato il trapianto di rene.

Trapianto di organi

1. Si intende il trapianto da essere umano a essere umano di cuore, polmone, pancreas o almeno un intero lobo del fegato, da un donatore all'Assicurato;
2. E' escluso dalla copertura assicurativa il trapianto autologo e quello di ogni altro organo non elencato sopra, di parti di organi (con l'eccezione del lobo del fegato), di tessuti o cellule;
3. È escluso il trapianto di reni (vedi Insufficienza renale cronica).

Coma (di durata non inferiore a 4 giorni)

1. Si intende lo stato di perdita di coscienza con assenza di reazione a stimoli esterni o bisogni interni, che perdura in modo continuativo per almeno 96 ore e che richiede l'utilizzo del sistema di supporto vitale;
2. La prescrizione per il coma artificiale deve essere confermata da un medico specialista qualificato;



3. La prestazione è pagabile anche nel caso di coma senza sistema di supporto vitale della durata di almeno due mesi.

Malattia del motoneurone (di determinata gravità)

1. Si intende un gruppo di patologie caratterizzato dalla degenerazione progressiva delle cellule cerebrali che controllano l'attività della muscolatura. Sono incluse la atrofia muscolare spinale, la paralisi bulbare progressiva, la sclerosi laterale amiotrofica, la paralisi pseudobulbare, la sclerosi laterale primaria;
2. Le suddette patologie devono risultare in un deficit neurologico che causa l'inabilità permanente e irreversibile per l'Assicurato di adempiere almeno una delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living" ADL) come descritte in coda al Glossario.

Sclerosi multipla (di determinata gravità)

1. Si intende la malattia cronica infiammatoria del sistema nervoso centrale con almeno un'area di demielinizzazione (placca o lesione) nel cervello o nel midollo spinale, evidenziata tramite esami strumentali di imaging, come TAC oppure RM;
2. La sclerosi multipla deve aver causato una menomazione neurologica permanente ed irreversibile che corrisponda al valore di 5 della "Expanded Disability Status Scale" EDSS (anno 2016);
3. La diagnosi di sclerosi multipla deve essere confermata da un neurologo.

Morbo di Parkinson (di determinata gravità);

1. Si intende la malattia lentamente progressiva e degenerativa del sistema nervoso centrale implicante la degenerazione dei neuroni in una regione del cervello che causa la riduzione del livello di dopamina in alcune parti del cervello stesso.
2. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
 - a. La malattia è in progressione.
 - b. La malattia risulta in un deficit neurologico che causa l'inabilità permanente e irreversibile per l'Assicurato di adempiere almeno una delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living" ADL) come descritte in coda al Glossario.
 - c. La diagnosi di morbo di Parkinson idiopatico deve venir confermata da un neurologo, con esclusione esplicita di ogni altra diagnosi differenziale.
3. Sono esclusi il parkinsonismo o la sintomatologia tipo Parkinson secondari ad abuso di droghe o alcol.

Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer)

1. Deterioramento o perdita della capacità intellettiva e/o comportamento anormale, come da diagnosi formulata ed accertata dallo specialista neurologo. La diagnosi di Morbo di Alzheimer deve essere evidenziata dallo stato clinico, dalle risposte dei questionari e dai tests relativi al Morbo di Alzheimer o disturbi neurologici organici degenerativi irreversibili. La malattia deve risultare da una significativa riduzione delle funzioni sia mentali che sociali, richiedendo così continua supervisione ed assistenza dell'Assicurato. La diagnosi deve essere effettuata prima del compimento del 60° anno di età dell'Assicurato.
Sono escluse le nevrosi ed i disturbi psichiatrici.
2. Tutte le condizioni seguenti devono essere soddisfatte:
 - a. L'Assicurato, a seguito della patologia, non è più abile, in modo permanente e irreversibile:
 - di eseguire almeno tre delle sei attività della vita quotidiana ("activities of daily living", ADL) quali descritte in coda al Glossario, oppure
 - di ottenere un punteggio superiore a 9 nel "Mini-Mental State Examination" (MMSE) oppure un risultato equivalente in un altro test riconosciuto per misurare la gravità del deficit cognitivo, oppure
 - di vivere senza il controllo continuativo di un terzo, al fine di evitare di recare danni significativi a sé stesso o ad altri tramite le sue azioni o mancanza di reazioni appropriate.



- b. La valutazione del sinistro deve essere supportata da documentazione comprovante lo stato di demenza e deve includere le procedure e misurazioni considerate standard al momento della diagnosi del deficit cognitivo;
 - c. La diagnosi deve essere posta da un esperto di deficit cognitivo.
3. Sono esclusi dalla copertura gli altri disturbi della salute mentale (ad esempio: disturbo affettivo) o patologie secondarie ad abuso di droghe o alcol.

ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (“ACTIVITIES OF DAILY LIVING – ADL)

Si assumono altresì per Attività della Vita Quotidiana (“activities of daily living – ADL) le seguenti definizioni:

- **Muoversi**
L’abilità di muoversi da stanza a stanza su superficie piana all’interno della propria abitazione, se necessario con ausili appropriati, quali un deambulatore, un bastone, eccetera.
- **Lavarsi**
L’abilità di lavarsi con qualsiasi mezzo, mantenendo un ragionevole livello di pulizia personale, se necessario con ausili appropriati, quali corrimani o dispositivi di aiuto per fare il bagno.
- **Vestirsi**
L’abilità di indossare, togliere, allacciare, slacciare ogni indumento necessario ed eventualmente ogni arto artificiale o dispositivo medico necessario.
- **Alimentarsi**
L’abilità di assumere cibo o bevande già preparati e resi disponibili, se necessario con ausili appropriati.
- **Trasferirsi**
L’abilità di mettersi o alzarsi da letto, dalla sedia o da una sedia a rotelle.
- **Continenza**
L’abilità di controllare la funzionalità dell’intestino o della vescica, se necessario con l’utilizzo di indumenti protettivi o dispositivi medici (inclusi il catetere o la sacca per la colostomia), in modo da mantenere un ragionevole livello di igiene personale.

PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Periodo di inoperatività della copertura assicurativa che decorre dalla diagnosi della malattia grave o stato di coma, di durata pari a 6 mesi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

LE NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

In questa prima parte vengono indicati norme e punti fermi comuni a tutte le sezioni e garanzie proposte.

NORME COMUNI CHE REGOLANO IL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

ART. CG1 DURATA DEL CONTRATTO

Il contratto ha la durata indicata nella Scheda di Polizza.

ART. CG2 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE



DA QUANDO HA EFFETTO L'ASSICURAZIONE?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene pagato il premio, a meno che all'interno delle Sezioni e singole garanzie acquistate non sia prevista una diversa decorrenza.

Si precisa che:

- per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Anamnestico ed eccezionalmente accettate dalla Società, in deroga a quanto previsto dall'art. ES1 "Esclusioni", l'assicurazione ha effetto dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;
- **relativamente alla malattia COVID 19 insorta dopo la sottoscrizione del contratto, l'assicurazione ha effetto dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;**



- relativamente alla garanzia di cui all'art. SC16 "Dental", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;
- relativamente alla garanzia di cui all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento effettivo del premio;

Se il contratto viene emesso in sostituzione di altra Polizza, senza soluzione di continuità, i termini sopraindicati decorrono esclusivamente per eventuali nuovi Assicurati e/o nuove prestazioni.

Il premio è normalmente determinato per un periodo di assicurazione di un anno. In caso sia prevista una durata del contratto inferiore o superiore, il premio dovuto coincide comunque con quello indicato in Polizza.

Il Premio è interamente dovuto anche in caso di frazionamento in più rate.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza insoluta e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento del premio scaduto ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.



COME EFFETTUI I PAGAMENTI?

Il pagamento del premio può essere effettuato scegliendo fra:

- a) assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- b) ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società; mezzi di pagamento elettronico;
- c) contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Società alle scadenze pattuite.

ART. CG3 INDICIZZAZIONE

Salvo che non sia stato diversamente pattuito tra le parti il contratto deve intendersi indicizzato.

Pertanto, se in Polizza è stato indicato "SI" alla voce "Indicizzazione", le somme assicurate, i massimali e i premi indicati sono collegati ai valori dell'indice "Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute" pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica.



COME SI CALCOLA LA VARIAZIONE?

- Nel corso di ogni anno solare, sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di settembre dell'anno precedente;
- Alla scadenza di ogni rata annuale si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo aggiornamento) con l'indice del mese di settembre dell'anno solare che precede quello della scadenza. Se si verifica una variazione in più o in meno, le somme assicurate, i massimali e il premio sono aumentati o ridotti in proporzione. L'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annuale e saranno indicati sulla quietanza aggiornata.



Se gli importi inizialmente indicati in Polizza sono aumentati almeno del 75% per effetto dell'indicizzazione, la clausola cessa automaticamente di avere valore e restano ferme le somme assicurate, i massimali e i premi dell'ultima variazione effettuata.

Resta fermo che i sottolimiti, le franchigie espresse in valore assoluto, i minimi e i massimi di scoperto, i valori espressi in percentuale non sono oggetto di indicizzazione.

In ogni caso non possono essere oggetto di indicizzazione le garanzie di TUTELA LEGALE e ASSISTENZA.

ART. CG4 PROROGA DEL CONTRATTO – DISDETTA DEL CONTRATTO POLIENNALE

SCADENZA DEL CONTRATTO, TACITO RINNOVO E DISDETTA

Su richiesta del Contraente, il contratto può essere stipulato con clausola di tacito rinnovo, indicando “SI” alla voce “Tacito Rinnovo” contenuta nella Polizza.

Con il tacito rinnovo, alla scadenza il contratto viene rinnovato automaticamente per un altro anno, a prescindere dalla durata originaria del contratto.

Il Contraente o la Società possono evitare il rinnovo inviando all'altra parte una comunicazione di disdetta.



Se non viene pattuito il tacito rinnovo, il contratto perde efficacia alla sua scadenza naturale, senza bisogno di alcuna formalità.

NOTA BENE:

In caso di tacito rinnovo, in occasione del rinnovo automatico del contratto per le garanzie “Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici”, “Alta diagnostica”, “Ricoveri, interventi chirurgici, day surgery e day hospital”, “Grandi interventi chirurgici”, “Malattie gravi (critical illness)”, “Diaria da ricovero”, “Diaria da immobilizzo”, “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare (Modulo CURA)”, “Riposo terapeutico domiciliare”, “Diaria da convalescenza”, “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare (Modulo CONVALESCENZA)”, “Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa”, “Prestazioni organizzative di servizio” **il premio viene ricalcolato alla tariffa vigente in funzione dell'avanzamento dell'età di ciascun Assicurato.**

RECESSO DAL CONTRATTO POLIENNALE CON DURATA SUPERIORE A 5 ANNI

Se il contratto è stato stipulato per una durata superiore a 5 anni (più eventuale rateo), ed è stato applicato lo sconto così come previsto dall'art. 1899 del codice civile, il Contraente può recedere dal contratto **alla scadenza annuale**, purché siano state pagate almeno 5 annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.



LA DISDETTA E IL RECESSO DEVONO ESSERE COMUNICATE ALL'ALTRA PARTE:

- mediante Raccomandata o posta elettronica certificata PEC, come indicato all'art.CG21 “Comunicazioni”;
- inviata almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale.

ART. CG5 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE E/O DI TARIFFA E RINNOVO DEL CONTRATTO

La Società ha la facoltà di modificare le Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa al momento del rinnovo del contratto.

COMUNICAZIONI DOVUTE

Entro 60 giorni dalla scadenza contrattuale, la Società comunicherà al Contraente tramite raccomandata A.R. o posta elettronica certificata PEC la possibilità di prendere visione delle nuove condizioni presso l'Agenzia alla quale è stato assegnato il contratto.

MODALITÀ DI RINNOVO

Il Contraente, **dopo aver preso visione** delle nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa, può accettarle con comunicazione scritta entro la scadenza contrattuale. In tal caso il contratto si rinnova alle nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa e il premio dovrà essere pagato **entro 15 giorni** dalla scadenza contrattuale.

Se il Contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà disdettato e quindi risolto a detta scadenza.

NOTA BENE:

Qualora detto pagamento fosse eseguito dopo 15 giorni dalla scadenza contrattuale, la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 del 15° giorno fino alle ore 24 del giorno del pagamento del premio.

ART. CG6 VALIDITA' TERRITORIALE

La copertura presenta la seguente validità territoriale:

- **le prestazioni del Modulo PREVENZIONE**, inclusa la prevenzione presente all'interno della garanzia "Dental" di cui all'art. SC16 (se acquistato), possono essere effettuate **solo in Italia e presso i centri convenzionati della rete Generali Welion S.c.a.r.l.**;
- **per il Modulo DIAGNOSI** è valida in **Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. Per i casi di urgenza sanitaria che si verificano durante la permanenza dell'Assicurato all'estero, la copertura è operante in tutto il mondo;**
- **per i Moduli CURA e CONVALESCENZA** è valida **in tutto il mondo.**

La validità della copertura all'estero è prevista nei seguenti casi:

a) **Ricorso alle cliniche estere per interventi programmati**

Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura purché:

- gli istituti di cura siano convenzionati con la Società, e
- previo contatto con la Centrale Operativa Benessere e **autorizzazione a procedere** da quest'ultima rilasciata.

La copertura non è quindi operante se l'istituto di cura non è convenzionato o, seppur convenzionato, se l'Assicurato non ha preventivamente ricevuto autorizzazione dalla Centrale Operativa Benessere .

Se l'istituto di cura è convenzionato, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non sono coperti dalla presente Polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'ASL di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'Assicurato anche se l'istituto di cura non dovesse essere con essa convenzionato.

Di seguito, schema riepilogativo di validità della copertura suddetta e delle modalità di pagamento del sinistro:

Modalità di attivazione delle garanzie all'estero		Interventi programmati all'estero
Preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere	Istituto di cura e/o equipe convenzionati.	Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%).
	Istituto di cura convenzionato + equipe non convenzionata.	- Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%) per l'Istituto di cura convenzionato. - Nessun rimborso per l'equipe non convenzionata.
	Istituto di cura e/o equipe non convenzionati.	Nessun rimborso.
NO preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere	Istituto di cura e/o equipe convenzionati o non convenzionati.	- Nessun rimborso. - Nel caso in cui il ricovero all'estero avvenga con l'autorizzazione e la partecipazione al costo da parte del SSN, rimborso del 100% della parte non pagata dal SSN.

b) Necessità di cure se l'Assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza

Se l'Assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno di una delle prestazioni di cui ai Moduli operanti anche all'estero, la Società offrirà la copertura:

- presso gli istituti di cura che siano convenzionati con la Società, e
- previo contatto con la Centrale Operativa Benessere e **autorizzazione a procedere** da quest'ultima rilasciata.

Se non viene preventivamente attivata la Centrale Operativa Benessere e/o si utilizza un istituto di cura non convenzionato con la Società, **verrà applicato uno scoperto del 20% sui costi sostenuti**.

Se l'istituto di cura è convenzionato, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Tuttavia, se il contatto con la Centrale Operativa Benessere per ricorrere all'istituto di cura convenzionato non è possibile per motivi di emergenza medica, non verrà applicato tale scoperto.

Per le sole prestazioni di cui all'art. "SC16 Dental" CURA lettera a), se acquistate e indicate nella Scheda di Polizza, si applicherà uno scoperto pari al 30%.



La copertura è operativa **fino a 30 giorni di permanenza continuativa all'estero**. Oltre tale termine, la copertura non è in ogni caso operante all'estero.

Di seguito, schema riepilogativo di validità della copertura suddetta e delle modalità di pagamento del sinistro:

Modalità di attivazione delle garanzie all'estero		Necessità di cure
Preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere	Istituto di cura e/o equipe convenzionati.	Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto da parte delle Società al 100%).
	Istituto di cura convenzionato + equipe non convenzionata.	- Nessun esborso per l'Assicurato (pagamento diretto dell'istituto di cura da parte della Società al 100%). - Rimborso con applicazione dello scoperto solo per l'equipe non convenzionata.



	Istituto di cura e/o equipe non convenzionati.	Rimborso con applicazione dello scoperto.	
NO preventivo contatto con Centrale Operativa Benessere	Istituto di cura e/o equipe convenzionati o non convenzionati.	Non Urgente	Urgente
		Rimborso con scoperto.	Rimborso 100%.

Si precisa che i centri convenzionati all'estero sono quelli della Rete Internazionale.

ART. CG7 ESTENSIONE ESTERO

Nel caso in cui la presente estensione risulti richiamata sulla Scheda di Polizza, a fronte del pagamento di un sovrappremio, la copertura presenta la seguente validità all'estero:

- **per il Modulo PREVENZIONE**, inclusa la prevenzione presente all'interno della garanzia "Dental", **vale quanto indicato all'art. CG6 "Validità territoriale"**;
- **il Modulo DIAGNOSI** è operante in tutto il mondo per i casi di urgenza che si verificano durante la permanenza dell'Assicurato all'estero e in caso di necessità dietro prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa;
- **per i Moduli CURA e CONVALESCENZA** vale quanto indicato all'art. CG6 "Validità territoriale".



La validità della copertura all'estero prevista alla lettera b) dell'art. CG6 "Validità territoriale" è estesa ad un periodo di permanenza all'estero **continuativo ed ininterrotto pari a 360 giorni**.

Le coperture all'estero cessano quando viene superato il limite indicato.

Ai fini del conteggio dell'operatività all'estero, non deve intendersi interruzione il rientro temporaneo in Italia per un **periodo inferiore a 5 mesi**.

ESEMPI

- Polizza stipulata in data 15/7/2020, con tacito rinnovo annuale, ed acquisto dell'estensione di "Estensione estero";
- Permanenza dell'Assicurato all'estero a partire da 1/9/2020;
- Periodo validità copertura all'estero (360 giorni): da 1/9/2020 a 27/8/2021 (fermo in ogni caso il rinnovo della Polizza in data 15/7/2021);

Esempio 1

Rientro in Italia: dal 15/12/2020 al 15/1/2021 (31 gg.)

Essendo il periodo di rientro in Italia inferiore al minimo previsto per potersi configurare come "interruzione" (5 mesi), il periodo di copertura all'estero rimane invariato, fino alla data del 27/8/2021; trascorsa tale data la copertura all'estero cessa.

Esempio 2

Rientro in Italia: dal 15/12/2020 al 15/6/2021 (6 mesi).



Essendo il periodo di rientro in Italia superiore al minimo previsto per potersi configurare come "interruzione" (5 mesi), il periodo di copertura all'estero riparte per ulteriori 360 giorni a partire dalla data del 15/6/2021 e fino al 10/6/2022 (fatti sempre fermi i rinnovi della Polizza).

Esempio 3

Permanenza continuativa all'estero: da 1/9/2020 a 1/12/2021 (più di 360 gg.)

Validità copertura all'estero: da 1/9/2020 a 27/8/2021 (360 gg.)

Rientro in Italia: da 1/12/2021 a 15/6/2022.

Il Contraente rinnova la Polizza alla scadenza annuale del 15/7/2021.

La copertura all'estero cessa a partire dal 28/8/2021.

In virtù del periodo di permanenza in Italia da 1/12/2021 a 15/6/2022 (maggiore di 5 mesi), la copertura all'estero riprende a partire dal 15/6/2022, per ulteriori 360 giorni (sempre nell'ipotesi che il Contraente rinnovi il contratto alla successiva scadenza del 15/7/2022).

ART. CG8 CESSAZIONE DELLA COPERTURA PER L'ASSICURATO

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle seguenti affezioni:

- dipendenza da sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- infezioni da HIV;

determina la immediata ed automatica cessazione dell'operatività delle prestazioni oggetto del contratto per il soggetto colpito. L'Assicurato è obbligato a comunicare tale sopravvenienza alla Società ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, l'operatività delle garanzie rimane inalterata per gli altri soggetti così come il premio pattuito.

ART. CG9 LIMITI DI ETÀ

Ciascun Assicurato può rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al **compimento dell'80° anno di età**.

Per le garanzie di cui all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)" l'Assicurato dovrà in ogni caso aver compiuto il 18° anno di età al momento della sottoscrizione del Contratto e potrà rimanere in copertura fino alla scadenza annuale successiva al **compimento del 70° anno di età**.

Oltre tale limite di età la garanzia "Malattie Gravi" non è più operante ed in occasione del primo rinnovo contrattuale successivo al compimento del 70° anno di età la Società provvederà ad emettere un'Appendice di Variazione contrattuale che rimuova la copertura e ricalcoli il nuovo premio sulla base delle prestazioni che rimangono operanti. Per la sola Malattia Grave "Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer)", la diagnosi deve essere effettuata prima del compimento del 60° anno di età dell'Assicurato.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, nel momento in cui uno di essi dovesse superare il limite di età previsto, le garanzie di Polizza per questo Assicurato cessano di efficacia a partire dalla prima successiva scadenza annuale di contratto; la Società provvede ad emettere un'Appendice di Variazione contrattuale che escluda l'Assicurato dalla copertura e ricalcoli il nuovo premio per gli Assicurati che mantengono le prestazioni previste dal contratto.



ART. CG10 CLAUSOLA “NON-STOP”

Su richiesta del Contraente, il contratto può essere stipulato con clausola “Non-Stop”, selezionando l’opzione “clausola Non-Stop” come forma di copertura.

La clausola è acquistabile solamente se l’Assicurato al momento della stipula della Polizza ha un’età non superiore a 45 anni.

Se il contratto viene emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza TUA BENESSERE con clausola “Non-Stop” e l’Assicurato ha un’età superiore a 45 anni, la clausola potrà essere selezionata a parità di garanzie in copertura nel precedente contratto.

Con l’attivazione di tale clausola la Società si impegna a rinnovare l’assicurazione ad ogni scadenza annuale fino al compimento del 90° anno di età del singolo Assicurato, alle condizioni di tariffa derivanti dal contratto che tengono conto di quanto previsto dall’art. CG3 “Indicizzazione”, salvo quanto previsto dall’articolo CG5 “Modifica delle Condizioni di Assicurazione e/o di tariffa e rinnovo del contratto” e di quanto indicato di seguito e/o negli articoli specifici di ogni singola garanzia.

Il Contraente ha facoltà di recedere dall’assicurazione ad ogni scadenza annuale inviando comunicazione di disdetta mediante lettera raccomandata A.R. o tramite posta elettronica certificata (PEC) almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

In assenza di tale comunicazione l’assicurazione è prorogata per 1 anno e così successivamente.

La clausola “Non-Stop” non vale in ogni caso per la garanzia di cui all’art. SC7 “Oggetto della garanzia” per la garanzia “c) Malattie gravi (critical illness)”, per la quale rimangono validi i limiti di età previsti all’art. CG9 “Limiti di età”.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, nel momento in cui uno di essi dovesse superare il limite di età previsto, le garanzie di Polizza per questo Assicurato cessano di efficacia a partire dalla prima successiva scadenza annuale di contratto; la Società provvede ad emettere un’Appendice di Variazione contrattuale che escluda l’Assicurato dalla copertura e ricalcoli il nuovo premio per gli Assicurati che mantengono le prestazioni previste dal contratto.

ART. CG11 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro:

- la Società rinuncia alla facoltà di recesso;
- il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto **entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell’indennizzo.**

RECESSO DAL CONTRATTO

Il recesso deve essere comunicato alla Società con raccomandata A.R. o posta elettronica certificata PEC, come indicato all’art. CG21 “Comunicazioni”, e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di cessazione degli effetti del contratto, la parte di premio non goduta, calcolata sulla base di quanto previsto all’art. CG12 “Premio pagato e non goduto”.



ART. CG12 PREMIO PAGATO E NON GODUTO



COME SI CALCOLA LA RESTITUZIONE?

Nelle circostanze previste dal contratto, potrebbe verificarsi il caso che la Società debba restituire al Contraente o all'Assicurato una parte del premio, quando risulti pagato ma non goduto per la durata totale della copertura.

L'importo da rimborsare verrà determinato secondo la formula:

$$R = P \cdot GR / D$$

Dove:

R = premio da rimborsare.

P = premio imponibile (al netto delle imposte).

GR = giorni residui di copertura.

D = durata totale (in giorni) della copertura.



ESEMPIO

Polizza stipulata con durata annuale e tacito rinnovo con decorrenza dalle ore 24 del 31 dicembre 2018. Scadenza della prossima rata di premio alle ore 24 del 31 dicembre 2019.

Premio finito pagato al momento della sottoscrizione della Polizza: 2.050 euro.

Aliquota di imposta applicata: 2,50%.

A seguito di recesso per sinistro da parte del Contraente la Società annulla il contratto a decorrere dalle ore 24 del 31 luglio 2019.

Al Contraente verrà rimborsata la parte del premio pagato e non goduto di 838,36 euro così calcolato:

$$P = \text{Premio finito} / 1,025 = 2.050 \text{ euro} / 1,025 = 2.000 \text{ euro.}$$

$$GR = \text{Numero di giorni dalle ore 24 del 31 luglio 2019 alle ore 24 del 31 dicembre 2019} = 153.$$

$$D = 365 \text{ giorni.}$$

$$R = P \cdot GR / D = 2.000 \text{ euro} \cdot 153 / 365 = 838,36 \text{ euro.}$$



ART. CG13 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato **deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio e dare avviso dei sinistri a tutti gli assicuratori**, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai fini della ripartizione proporzionale dell'indennizzo.

ART. CG14 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. CG15 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto devono essere provate per iscritto.

ART. CG16 ONERI FISCALI

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendente, restano a carico del Contraente.

ART. CG17 FORO COMPETENTE

Foro competente a scelta della parte attrice (cioè di chi promuove il contenzioso) è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, oppure quello del luogo ove ha sede l'Agenzia cui è assegnata la Polizza. Qualora l'Assicurato sia un consumatore ex art. 3 comma 1 lettera a) D. Lgs. 206/2005, è competente il foro di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

ART. CG18 MODIFICHE DEI FORNITORI DELLE PRESTAZIONI PREVISTE NEL PRODOTTO

I cambiamenti delle Società che forniscono i servizi di convenzionamento, Assistenza e Tutela Legale e altre presenti nel contratto in oggetto non influiscono sulla validità ed efficacia della presente Polizza.

ART. CG19 RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

Per le prestazioni conseguenti a malattia e/o infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del codice civile.

ART. CG20 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quello che non è regolato dal contratto, si applicano le norme di legge vigenti in Italia

ART. CG21 COMUNICAZIONI

Le comunicazioni dell'Assicurato alla Società possono essere fatte tramite raccomandata a:

TUA ASSICURAZIONI S.P.A.
PIAZZA TRE TORRI, 3 – 20145 MILANO (ITALIA)

o inviando una mail all'indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

tuaassicurazioni@pec.it

ART. CG22 MISURE RESTRITTIVE - SANCTIONS CLAUSE

Fatta salva l'osservanza delle disposizioni di legge in materia di assicurazione, TUA Assicurazioni non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone TUA Assicurazioni a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

ART. CG23 CYBER WAR

Si intendono esclusi tutti i danni direttamente o indirettamente causati, nel contesto di un conflitto tra Stati o di una guerra civile, dall'uso di sistemi informatici da parte di uno Stato (o fazione di una guerra civile) o di chi agisce per conto di uno Stato (o fazione di una guerra civile), che sia volto ad accedere, danneggiare, manipolare, distruggere i sistemi informatici – appartenenti a uno Stato nemico (o fazione nemica in una guerra civile), o a soggetti privati – localizzati in tale Stato o in uno Stato terzo, o, comunque, a impedirne l'uso, con la finalità di compromettere le difese, il funzionamento o la stabilità economica o socio-politica del nemico. Rientra nella presente esclusione anche l'impiego da parte di uno Stato (o fazione di una guerra civile) o di chi agisce per conto di uno Stato (o fazione di una guerra civile), nel contesto di un conflitto tra Stati o di una guerra civile, di tecniche di intrusione, sabotaggio o danneggiamento delle infrastrutture e componenti fisiche di un sistema informatico appartenente a uno Stato nemico (o fazione nemica in una guerra civile) ovvero a soggetti privati, localizzato in tale Stato o in uno Stato terzo.

SEZIONE SALUTE

PER LA SALUTE

In questa sezione vengono descritte le prestazioni presenti nei Moduli acquistati. Per ogni Modulo acquistato, vengono inoltre indicate le garanzie aggiuntive opzionabili con aumento del premio (ove presenti)

Negli articoli seguenti sono descritte le garanzie presenti nei Moduli acquistati ed indicati nella Scheda di Polizza. Per ciascun Modulo acquistato, le garanzie operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

MODULO PREVENZIONE

1 – COSA È ASSICURATO

a) SERVIZI DIGITALI LEGATI AL MODULO PREVENZIONE TUA BENESSERE

L'Assicurato Tua Benessere può usufruire dei servizi digitali relativi legati alla prevenzione e al benessere a lui dedicati tramite il **Portale Benessere** e la **Welion App**.

ART. SPR1 PORTALE BENESSERE

Tramite l'accesso al Portale Benessere, l'Assicurato potrà usufruire ed accedere ai seguenti servizi digitali:

QUESTIONARIO DIGITALE

L'Assicurato ha la possibilità di compilare un questionario digitale con l'obiettivo di ottenere una proposta di Percorso di Prevenzione realizzato sulla base delle proprie caratteristiche personali.

Al momento dell'attivazione del Portale Benessere, o in un momento successivo, sarà quindi possibile accedere ad alcune domande basate sui seguenti ambiti:

- Chi sei

- Il tuo corpo
- Alimentazione
- Attività fisica
- Dipendenza dal fumo
- Controlli base
- Screening e prevenzione
- Altre patologie
- Benessere generale

Rispondendo alle domande l'Assicurato otterrà un'indicazione circa il suo stato di benessere ("Personas di riferimento"), un Indice di valutazione ("Score") del Benessere e un Percorso di Prevenzione dedicato come meglio descritto nel successivo paragrafo "Percorso di Prevenzione".

Per una corretta fruizione dei servizi digitali del Portale Benessere si consiglia di ricompilare il Questionario Digitale con cadenza annuale al fine di ottenere un'indicazione aggiornata circa lo stato di benessere, tramite l'Indice di valutazione del Benessere e Percorso di Prevenzione dedicato.

PERCORSO DI PREVENZIONE

Ogni Assicurato, rispondendo alle domande del Questionario Digitale, otterrà un Percorso di Prevenzione dedicato, che si pone l'obiettivo di indicare all'Assicurato come mantenere uno stile di vita sano ed effettuare una corretta prevenzione. Il Percorso di Prevenzione è costituito da una serie di azioni di prevenzione suddivise in 4 macro-categorie:

- **Stile di vita:** suggerimenti per il miglioramento del benessere attraverso lo stile di vita (es. attività fisica, nutrizione);
- **Screening:** azioni di prevenzione garantite dalle aziende sanitarie locali, sulla base dei Livelli di Assistenza Essenziali (LEA) del Ministero della Salute;
- **Visite ed Esami:** suggerimento di azioni di prevenzione per sesso e per fascia di età;
- **Terapie e Farmaci:** azioni di monitoraggio e gestione proattiva di cronicità non complesse, al fine di evitare l'insorgere di complicanze.

Il Percorso di Prevenzione è inteso come uno strumento di supporto all'Assicurato e al suo medico di medicina generale alla corretta gestione del benessere e della prevenzione, ma non fornisce di per sé un consulto medico e non sostituisce in ogni caso una idonea valutazione del medico.

In base alle azioni previste dal Percorso di Prevenzione l'Assicurato sarà invitato ad aggiornare il Calendario Salute a lui riservato sul Portale inserendo le attività da svolgere e indicando successivamente il loro completamento. Il Portale invierà dei pro-memoria in concomitanza con le scadenze indicate per lo svolgimento delle attività previste.

All'Assicurato sarà assegnato un "Indice di valutazione del Benessere", ovvero un indicatore di sintesi visualizzabile attraverso il Portale Benessere, che indicherà durante l'Annualità assicurativa lo stato di completamento del Percorso di Prevenzione.

Completando infatti tutte le azioni previste dal Percorso di Prevenzione, sarà possibile raggiungere il punteggio massimo di 100, indice del fatto di aver seguito correttamente i consigli di benessere e di prevenzione per l'annualità di competenza.

Il Percorso di Prevenzione ha validità 1 anno. Allo scadere dell'annualità l'Assicurato dovrà effettuare nuovamente il Questionario Digitale al fine di ottenere un nuovo Percorso di Prevenzione.

CONSULTO DI ONBOARDING CON COACH DEL BENESSERE

L'Assicurato ha a disposizione un consulto di onboarding con il Coach del Benessere per annualità contrattuale, cioè una consulenza con un medico di medicina generale. Il consulto, richiedibile tramite Portale Benessere, ha l'obiettivo di spiegare e personalizzare ulteriormente il Percorso di Prevenzione tramite domande più approfondite fatte dal Coach del Benessere durante lo stesso. Al termine del consulto,



L'Assicurato potrà ricevere un Percorso di Prevenzione aggiornato, consultabile tramite apposita funzionalità del Portale Benessere.

Il servizio è fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.

Erogabilità	1 volta per annualità contrattuale
-------------	------------------------------------

CARTELLA MEDICA

L'Assicurato ha a disposizione all'interno del Portale Benessere una Cartella Medica dove potrà visualizzare:

- una sintesi dei suoi dati medici raccolti tramite Questionario Digitale;
- altri dati raccolti tramite interazioni con il Portale Benessere in base alle azioni previste dal Percorso di Prevenzione (es. trend valori attività e benessere fisico, misurazione parametri principali);
- storico delle attività svolte inserite autonomamente dall'Assicurato nel Calendario Salute;
- eventuali referti e/o ricette digitali caricate autonomamente dall'Assicurato;
- eventuali referti e/o ricette bianche digitali ricevute via mail post teleconsulto / videoconsulto e caricate autonomamente dall'Assicurato.

CALENDARIO SALUTE

L'Assicurato ha a disposizione all'interno del Portale Benessere un Calendario Salute per la visualizzazione e la gestione di tutti gli eventi legati al suo benessere, dove potrà visualizzare:

- gli eventi derivati dal Percorso di Prevenzione;
- gli eventi autonomamente inseriti dall'Assicurato.

L'Assicurato in vista di un evento riceverà una notifica.

CONVENZIONE SUL DELIVERY FARMACI

L'Assicurato Tua Benessere può beneficiare di una convenzione esclusiva sul servizio di delivery farmaci.

Il servizio è fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.

Per usufruire della convenzione, l'Assicurato troverà nella sezione dedicata del Portale Benessere il link di accesso all'e-commerce e il codice sconto da inserire in fase di acquisto.



FORM SINISTRI

All'interno del Portale Benessere è presente il form necessario per l'inserimento di richieste di sinistro in forma diretta e/o a rimborso per tutte le garanzie di Polizza, ad eccezione della sezione Tutela Legale e Assistenza. L'Assicurato per richiedere l'apertura del sinistro dovrà inserire i dati richiesti (a seconda della modalità: diretta o rimborso) e inviare la richiesta per la presa in carico da parte della Centrale Operativa Benessere. Per conoscere le modalità di denuncia sinistri si rimanda alla sezione OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO.

ART. SPR2 WELION APP

Tramite l'accesso alla Welion App, l'Assicurato potrà usufruire e accedere ai seguenti servizi digitali:

TELECONSULTO/VIDEOCONSULTO MEDICO

L'Assicurato accedendo alla Welion App, previa registrazione, può richiedere un consulto con un medico di medicina generale, specificando la modalità di fruizione preferita tra teleconsulto o videoconsulto. Al termine del consulto l'Assicurato potrà visualizzare nella Welion App e/o ricevere via e-mail eventuali ricette bianche e/o referti che l'Assicurato potrà scaricare e autonomamente caricare nella sezione Cartella Medica del Portale Benessere. Sempre nella Welion App sarà possibile visualizzare lo storico dei consulti effettuati.

Erogabilità	<p>In Polizza sono inclusi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 consulto medico nel caso in cui la Polizza preveda un solo Assicurato; • 3 consulti medici nel caso in cui la Polizza preveda più di un Assicurato; <p>da consumare nel corso di ciascuna annualità contrattuale.</p>
-------------	--

Il servizio è fornito da Generali Welion S.c.a.r.l., anche per il tramite di società terze sue partner.

NOTA BENE:

La funzionalità di tele/videoconsulto non è disponibile nel caso in cui il Contraente sia persona giuridica.

WELION CARD

L'Assicurato accedendo alla Welion App, previa registrazione, può ricercare le strutture convenzionate del network di Generali Welion S.c.a.r.l. e visualizzare la Welion Card in formato digitale. La Welion Card dovrà essere mostrata presso la struttura convenzionata al momento della visita/prestazione così da beneficiare della tariffa convenzionata riservata ai clienti Tua Benessere

b) CHECK-UP

ART. SPR3 CHECK-UP

In aggiunta ai servizi digitali offerti tramite il Portale Benessere, con particolare riferimento all'indicazione degli screening garantiti dalle aziende sanitarie locali e alle azioni di prevenzione suggerite in funzione dell'età e sesso dell'Assicurato, è compreso in Polizza un programma di prevenzione che consente all'Assicurato di effettuare le prestazioni sanitarie di check-up di seguito indicate.

Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami o visite mediche previste dalla tabella sotto riportata effettuate e pagate dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione della Centrale Operativa Benessere.

Il check-up potrà essere richiesto:

- a partire dalla data di decorrenza della Polizza;
- una volta per annualità contrattuale e senza alcun costo aggiuntivo, secondo le modalità indicate all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro – modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistri". Se nel corso di un'annualità l'Assicurato non usufruisce del check-up, non ne potrà essere richiesto il recupero nel corso delle annualità successive;

Erogabilità	1 volta per annualità contrattuale
-------------	------------------------------------



Nel caso in cui, previa verifica con la Centrale Operativa Benessere, l'Assicurato accerti che non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla residenza dell'Assicurato, le prestazioni potranno essere effettuate presso qualsiasi struttura a scelta dell'Assicurato, che potrà chiedere il rimborso della spesa sostenuta fino ad un massimo di 100 euro in caso di "Check-up" Base e di 160 euro in caso di "Check-up" Top, secondo le modalità indicate all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro – modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro".

La Società non sarà informata degli esiti del check-up, ma la relativa documentazione sanitaria potrà essere richiesta solo in caso di denuncia di sinistro, secondo le modalità previste all'art. SS1 "Obblighi in caso di sinistro – modalità di accesso alle prestazioni, denuncia e gestione del sinistro".

Sono disponibili due opzioni, e vale quella riportata nella Scheda di Polizza che il cliente è obbligato ad indicare al momento della stipula del contratto:

1) CHECK-UP BASE

Prevede prestazioni differenziate in base al sesso, presso le strutture convenzionate, al fine di diagnosticare precocemente la presenza di eventuali fattori di rischio, legati all'insorgere di una malattia.

Per uno dei pacchetti di esami di seguito illustrati: Uomo (unisex o uomo), Donna (unisex o donna); l'Assicurato ha possibilità di scegliere ogni volta il pacchetto che preferisce.

CHECK-UP Unisex	CHECK-UP Uomo	CHECK-UP Donna
Prevenzione otorinolaringoiatrica (cod. C3356): <ul style="list-style-type: none"> visita otorinolaringoiatrica esame audiometrico 	Prevenzione urologica "young man" under 35 (cod. C3353): <ul style="list-style-type: none"> visita specialistica urologica ecografia scrotale 	Prevenzione senologica "young woman" (cod. C3357): <ul style="list-style-type: none"> ecografia mammaria con valutazione senologica
Prevenzione vascolare (cod. C3351): <ul style="list-style-type: none"> visita angiologica / chirurgia vascolare doppler venoso arti superiori o inferiori 	Prevenzione urologica (cod. C3354): <ul style="list-style-type: none"> visita specialistica urologica ecografia prostatica 	Prevenzione mammella (cod. C3358): <ul style="list-style-type: none"> mammografia bilaterale con valutazione senologica
Prevenzione patologie vie respiratorie (cod. C3352): <ul style="list-style-type: none"> visita pneumologica saturimetria 		Prevenzione ginecologica (cod. C3359): <ul style="list-style-type: none"> visita ginecologica pap test
Prevenzione dermatologica (cod. C3360): <ul style="list-style-type: none"> visita dermatologica mappatura nevi 		Prevenzione osteoporosi (cod. C3350): <ul style="list-style-type: none"> visita fisiatrica mineralometria ossea computerizzata (MOC)
Prevenzione cardiologica (cod. C3355): <ul style="list-style-type: none"> visita cardiologica elettrocardiogramma (ecg) 		



ESEMPIO

Nel corso della prima annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione Vascolare"; nel corso della seconda annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione mammella".

2) CHECK-UP TOP

L'Assicurato ha possibilità di scegliere ogni volta il pacchetto che preferisce tra quelli di seguito indicati:



Pacchetti di CHECK-UP
Prevenzione otorinolaringoiatrica (cod. C3356): <ul style="list-style-type: none">• visita otorinolaringoiatrica• esame audiometrico
Prevenzione osteoporosi (cod. C3366): <ul style="list-style-type: none">• visita fisiatrica• MOC total body• emocromocitometrico completo• calcio totale• calcio urinario• creatinina• esame completo delle urine• vitamina D• elettroforesi proteine seriche
Prevenzione vascolare (cod. C3367): <ul style="list-style-type: none">• visita angiologica / chirurgia vascolare• ecocolordoppler arterioso e venoso arti inferiori
Prevenzione gastroenterologica (cod. C2918): <ul style="list-style-type: none">• visita gastroenterologica / internistica• ecografia addome completo• emocromo completo• AST (got)• ALT (gpt)• GGT• glicemia• trigliceridemia• colesterolo totale• colesterolo HDL• colesterolo LDL• CPK• PCR• microalbuminuria• ricerca sangue occulto nelle feci (1 campione)
Prevenzione urologica (cod. C3368): <ul style="list-style-type: none">• visita urologica• eco addome inferiore uomo (studio prostata)• PSA totale• PSA libero• azotemia (urea)• creatininemia• glicemia basale• ricerca sangue occulto nelle feci (1 campione)
Prevenzione patologie vie respiratorie (cod. C3369): <ul style="list-style-type: none">• visita pneumologica• spirometria completa• saturimetria• emocromo completo• ves
Prevenzione oftalmologica (cod. C3370):



<ul style="list-style-type: none">• visita oculistica<ul style="list-style-type: none">○ studio fundus oculi○ tono oculare○ misurazione visus• pachimetria• test di Schirmer (test lacrimale)• topografia corneale
Prevenzione senologica “young woman” (cod. C3357): <ul style="list-style-type: none">• ecografia mammaria con valutazione senologica
Prevenzione mammella (cod. C3358): <ul style="list-style-type: none">• mammografia bilaterale con valutazione senologica
Prevenzione ginecologica (cod. C3371): <ul style="list-style-type: none">• visita ginecologica• ecografia pelvica (con eventuale TV su richiesta del medico)• pap test• HPV ricerca papilloma virus
Prevenzione tiroide (cod. C2923): <ul style="list-style-type: none">• visita endocrinologica• ecografia tiroidea• free T3• free T4• TSH
Prevenzione dermatologica (cod. C3372): <ul style="list-style-type: none">• visita dermatologica• mappatura nevi• studio del biotipo e del fototipo cutaneo• vitamina A• vitamina B12• vitamina C• vitamina E• acido folico
Prevenzione nefrologica: (C3374) <ul style="list-style-type: none">• visita nefrologica• ecografia addome completo• esame urine completo• azotemia (urea)• creatininemia• uricemia• glicemia basale• quadro elettrolitico• vitamina D• elettroforesi sieroproteica• sideremia• clearance della creatinina
Prevenzione cardiologica (cod. C3375): <ul style="list-style-type: none">• visita cardiologica• elettrocardiogramma• esame urine



TUA BENESSERE

FORMULA PERSONA

SEZIONE SALUTE

- trigliceridi
- AST (got)
- ALT (gpt)
- colesterolemia totale
- colesterolemia HDL/LDL
- emocromo completo
- PT
- PTT
- glicemia
- omocisteina
- quadro elettrolitico (sodio, potassio, calcio)



ESEMPIO

Nel corso della prima annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione dermatologica"; nel corso della seconda annualità contrattuale l'Assicurato sceglie il pacchetto "Prevenzione cardiologica".

MODULO DIAGNOSI

1 – COSA È ASSICURATO

ART. SD1 VISITE SPECIALISTICHE, ESAMI ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura e/o studi professionali e/o laboratori di analisi non convenzionati;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche e/o studi professionali e/o laboratori di analisi convenzionati e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere;

in caso di visite specialistiche, prelievi, esami di imaging (ad eccezione delle prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione di cui all'art. SD2 "Alta diagnostica") eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per:

- malattia;
- infortunio;
- gravidanza a rischio;

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimale indicato nella Scheda di Polizza.
Scoperto (in caso di rimborso)	Valore percentuale e importo minimo indicati sulla scheda di Polizza.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto agli art. CG6 "Validità territoriale" e CG7 "Estensione estero" (se acquistato).

Sono in copertura esclusivamente **le prestazioni di seguito elencate anche se eseguite in regime di day hospital:**

- onorari medici per visite specialistiche o per consulti;
- analisi ed esami e accertamenti diagnostici e di laboratorio (inclusi prelievi ed esami di imaging);

Si intendono qui compresi anche i seguenti esami diagnostici:

- elettrocardiogramma (ECG);
- elettroencefalografia (EEG);
- ecodoppler e ecocolordoppler;
- ricerca del sangue occulto nelle feci.



ESEMPI

ESEMPIO 1

Importo spese a rimborso 200 euro.

Limite di indennizzo di 3.000 euro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 50 euro.



Scoperto 20% su 200 euro sarebbe 40 euro.
Poiché 40 euro < 50 euro, si applica l'importo di minimo scoperto (50 euro).
Rimborsato 150 euro (danno 200 euro al netto del minimo di 50 euro).

ESEMPIO 2

Importo spese a rimborso 2.500 euro.
Limite di indennizzo di 3.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo 50 euro.

Lo scoperto su 2.500 euro è pari a 500 euro.
Poiché 500 euro > 50 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.

Rimborsato 2.000 euro (danno 2.500 euro al netto dello scoperto di 500 euro).

ESEMPIO 3

Importo spese a rimborso 5.000 euro.
Limite di indennizzo di 3.000 euro.
Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 50 euro.

Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 600 euro (20% su 3.000 euro). Poiché 600 euro > 50 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.
Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 600 euro.

Rimborsato 2.400 euro (limite indennizzo 3.000 euro al netto dello scoperto di 600 euro).

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



CONTROLLI SUPPLEMENTARI

Per le seguenti patologie:

- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni sopra indicate e gli ulteriori controlli che dovessero aver luogo **entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto**, possono essere effettuati anche senza la **prescrizione medica relativa alla visita specialistica o alla prestazione diagnostica**.

2 – OPZIONI AGGIUNTIVE CON AUMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può scegliere di acquistare la garanzia aggiuntiva illustrata di seguito, che è operante se indicata nella Scheda di Polizza.

ART. SD2 ALTA DIAGNOSTICA

La Società **provvede:**

- **al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura e/o studi professionali e/o laboratori di analisi non convenzionati;**
- **al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche e/o studi professionali e/o laboratori di analisi convenzionati e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere ;**

delle seguenti prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per malattia o infortunio:

- Amniocentesi
- Angiografia
- Cistografia
- Colecistografia
- Coronarografia e cateterismo cardiaco
- Diagnostica istologica e citologica (biopsia)
- Ecocardiografia
- Elettromiografia
- Elettroencefalografia (ENG)
- Endoscopie diagnostiche (apparato cardiocircolatorio, respiratorio, urogenitale, esofago gastro duodeno scopia EGDS, retto-colon scopia)
- Potenziali evocati motori (PEM)
- Potenziali evocati somatosensoriali (PESS)
- PEA (potenziali evocati acustici)
- PEV (potenziali evocati visivi)
- Esame urodinamico completo
- Fluorangiografia oculare
- Isterosalpingografia
- Holter
- MOC - mineralometria ossea computerizzata
- Polisonnografia
- Risonanza Magnetica Computerizzata
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) e Angio-Tac
- Tomografia ad emissione di positroni (PET)
- Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET)
- Tomografia Ottica Computerizzata (OTC)
- Urografia

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimale indicato nella scheda di Polizza.
Scoperto (in caso di rimborso)	Valore percentuale e importo minimo indicati sulla Scheda di Polizza.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto agli art. CG6 "Validità territoriale" e CG7 "Estensione estero" (se acquistato).



ESEMPI

ESEMPIO 1

Importo spese a rimborso 200 euro.

Limite di indennizzo di 4.000 euro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 100 euro.



Scoperto 20% su 200 euro sarebbe 40 euro.

Poiché 40 euro < 100 euro, per conteggiare lo scoperto si applica l'importo di minimo scoperto (100 euro).

Rimborsato 100 euro (danno 200 euro al netto del minimo di 100 euro).

ESEMPIO 2

Importo spese a rimborso 2.500 euro.

Limite di indennizzo di 4.000 euro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo 100 euro.

Lo scoperto su 2.500 euro è pari a 500 euro.

Poiché 500 euro > 100 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.

Rimborsato 2.000 euro (danno 2.500 euro al netto dello scoperto di 500 euro).

ESEMPIO 3

Importo spese a rimborso 5.000 euro.

Limite di indennizzo di 4.000 euro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%, con il minimo di 100 euro.

Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 800 euro (20% su 4.000 euro). Poiché 800 euro > 100 euro, si applica l'importo di scoperto conteggiato.

Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 800 euro.

Rimborsato 3.200 euro (limite indennizzo 4.000 euro al netto dello scoperto di 800 euro).



Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica che contenga regolare diagnosi o sospetto diagnostico.

CONTROLLI SUPPLEMENTARI

Per le seguenti patologie:

- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni sopra indicate e gli ulteriori controlli che dovessero aver luogo **entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto**, possono essere effettuati anche senza la **prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica**.

MODULO CURA

1 – COSA È ASSICURATO

a) RICOVERI, INTERVENTI CHIRURGICI, DAY HOSPITAL E DAY SURGERY

ART. SC1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società provvede:

- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere, secondo quanto indicato all'art. SS2 "Pagamento diretto";
- al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati;

in seguito a ricovero, con o senza intervento chirurgico, o intervento chirurgico anche ambulatoriale, per:

- malattia;
- infortunio;
- parto;

fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimale indicato nella Scheda di Polizza.
Franchigia	Valore indicato nella Scheda di Polizza.
Scoperto (in caso di rimborso)	Valore percentuale indicato sulla Scheda di Polizza.
Sottolimiti:	
• parto cesareo.	Sottomassimale indicato nella Scheda di Polizza.
• parto naturale, interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta.	Sottomassimale indicato nella Scheda di Polizza.
• rette di degenza (rimborso se fuori convenzionamento).	Sottolimito indicato nella Scheda di Polizza.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto agli art. CG6 "Validità territoriale" e CG7 "Estensione estero" (se acquistato).

Le spese in copertura sono:

PRIMA DEL RICOVERO (con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale)

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici (effettuati anche in regime di day hospital / day surgery), esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici **sostenuti nei 120 giorni precedenti** al ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale o il day surgery. Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".



DURANTE IL RICOVERO

- rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- assistenza medica e infermieristica;
- cure, trattamenti fisioterapici rieducativi;
- medicinali ed esami;

sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

DOPO IL RICOVERO (con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale)

La Società offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici (effettuati anche in regime di day hospital / day surgery), onorari dei medici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 120 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che li ha determinati.

Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene **elevato a 240 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".



ESEMPI

ESEMPIO 1

Importo spese a rimborso 2.000 euro.

Franchigia prescelta dal cliente 1.500 euro per sinistro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto su 2.000 euro corrisponde a 400 euro.

Rimborso sarebbe pari a 2.000 euro - 400 euro = 1.600 euro.

Al rimborso si applica franchigia 1.500 euro, e quindi importo rimborsato sarà 100 euro (1.600 euro - 1.500 euro).

ESEMPIO 2

Importo spese a rimborso 1.000 euro.

Franchigia prescelta dal cliente 1.500 euro per sinistro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto su 1.000 euro corrisponde a 200 euro.

Rimborso sarebbe pari a 1.000 euro - 200 euro = 800 euro .

Applicando franchigia 1.500 euro, nulla sarà rimborsato.

ESEMPIO 3

Importo spese a rimborso 10.000 euro per parto naturale.

Limite di indennizzo 6.000 euro.

Franchigia prescelta dal cliente 1.500 euro.



Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto da applicare sul danno liquidabile: 1.200 euro (20% su 6.000 euro).

Poiché il danno > limite di indennizzo, il limite di indennizzo diventa il danno liquidabile, su cui applico lo scoperto di 1.200 euro.

L'indennizzo sarebbe quindi 4.800 euro (6.000 euro - 1.200 euro), a cui si deduce la franchigia di 1.500 euro, rimborsando alla fine 3.300 euro.

ESEMPIO 4

Importo spese a rimborso 5.000 euro per parto naturale.

Limite di indennizzo 6.000 euro.

Franchigia prescelta dal cliente 1.500 euro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto 1.000 euro (20% su 5.000 euro)

Indennizzo sarebbe quindi 4.000 euro (5.000 euro - 1.000 euro), a cui si deduce la franchigia di 1.500 euro, rimborsando alla fine 2.500 euro.

ART. SC2 ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI - BASE

DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in occasione di ricovero con o senza intervento chirurgico o intervento chirurgico ambulatoriale, né alcuna spesa prima del ricovero o dopo il ricovero, come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", la Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero in un istituto di cura.

NOTA BENE:

Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, la lungodegenza (RSA) per le cure di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Diaria giornaliera	150 euro al giorno
Durata	Massimo 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Per tale estensione non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

SPESE PER IL TRAPIANTO D'ORGANI

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'Assicurato.

Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery"

Per questa estensione di garanzia opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".



DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato, che abbiano in comune:

- figli minori; o
- figli portatori di handicap; o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi.

La Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero.

Diaria giornaliera	100 euro al giorno.
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

NOTA BENE:

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:

- "Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery";
- "Diaria da ricovero"

la presente estensione di garanzia non è cumulabile ed è quindi applicabile una sola volta.

BIMBO IN ARRIVO

Per tutte le donne Assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia di cui all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" anche agli interventi chirurgici sul figlio in arrivo.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

Per questa estensione di garanzia opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

ART. SC3 ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI – EXTRA

MEDICINA ALTERNATIVA

A deroga dell'art. ES1 "Esclusioni", la Società offre la copertura delle spese sostenute dall'Assicurato per farmaci, visite e prestazioni inerenti l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente:

- all'agopuntura;
- all'osteopatia;
- alla chiropratica;
- alla medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da specializzato nella medicina alternativa interessata.



Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia o parto coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 70 euro per visita o prestazione.
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo.

SPESE PER APPARECCHI ED AUSILII

La Società offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un intervento chirurgico o un ricovero per:

- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio, di carrozzelle ortopediche, di apparecchi terapeutici e/o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap.

La copertura è riconosciuta sempreché le spese risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

Limiti	Limite di indennizzo 3.000 euro per anno assicurativo.
--------	--

Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

SPESE PER CURE PSICOTERAPICHE

La Società offre la copertura delle spese sostenute per le cure di assistenza psicologica rese necessarie al verificarsi di **almeno una delle seguenti circostanze**:

- incapacità dell'Assicurato di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 80 giorni;
- una malattia certamente o probabilmente insanabile dell'Assicurato o di un suo familiare, purché assicurato con la presente Polizza;
- la perdita totale di un senso;
- la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo, o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della facoltà di parlare (favella);
- l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto dopo il terzo mese dal concepimento dell'Assicurata;
- la deformazione, o l'alterazione dell'aspetto fisico;

a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di Polizza.

La garanzia è prestata per le spese sostenute presso uno psicologo o psicoterapeuta dall'Assicurato.

Limiti	Limite di indennizzo 2.000 euro per anno assicurativo.
	Massimo 15 sedute per anno assicurativo.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

NEONATO

Per tutte le donne Assicurate, in caso di gravidanze che hanno avuto inizio dopo la conclusione del contratto, la Società estende la garanzia di cui all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" anche al figlio neonato.

Limiti	Limite di indennizzo 30.000 euro per anno assicurativo.
	Sono in copertura tutti gli interventi chirurgici e i ricoveri effettuati nel primo anno di vita del neonato.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

Per questa estensione di garanzia opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

SOSTEGNO ALLE VITTIME DI VIOLENZE FISICHE

La Società offre la copertura delle spese per le cure psicoterapiche sostenute dall'Assicurato che ha subito violenze da terzi. Tali violenze devono aver comportato:

- un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;
- la denuncia alle autorità competenti.

Limiti	Limite di indennizzo 3.500 euro per anno assicurativo. Sono comprese le spese sostenute entro 180 giorni dalla denuncia del sinistro.
Scoperto	Come indicato all'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Ricovero, interventi chirurgici, day hospital e day surgery".

PRESTAZIONE ORGANIZZATIVA DI INVIO DI UN'AMBULANZA

Su richiesta dell'Assicurato la Società organizza ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino e viceversa, o per il trasferimento in altro centro medico.

Il costo della prestazione è a carico della Società.

Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia o parto coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 250 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali.

ELISOCORSO

La Società rimborsa, in eccedenza a quanto sostenuto dal servizio pubblico, le spese sostenute dall'Assicurato a fronte della presentazione di regolari giustificativi di spesa, in caso di richiesta di intervento di soccorso speciale o del soccorso alpino tramite elicottero a causa di:

- infortunio o malore, in località non raggiungibile dai normali mezzi di locomozione;
- smarrimento per perdita dell'orientamento.

Limiti	Limite di indennizzo 1.500 euro per anno assicurativo.
--------	--

SPESE PER L'ACCOMPAGNATORE

La Società offre la copertura per le spese documentate di vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura, ove non sussista disponibilità ospedaliera. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore.

Per gli interventi chirurgici relativi a:

- interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta;
- parto cesareo;
- parto naturale;

la garanzia è prestata solamente se l'Assicurato è minore di 18 anni.

Limiti	Massimo 100 euro al giorno.
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

INDENNITA' PER SOPRAVVENIENZA DI AFFEZIONI

Nel caso di sopravvenienza nel corso della copertura assicurativa **di un'infezione da HIV**, descritta all'art. CG8 "Cessazione della copertura per l'Assicurato", la Società riconoscerà comunque all'Assicurato un importo una tantum per consentirgli di poter effettuare le cure richieste dalla patologia.

Indennità	5.000 euro
-----------	------------

b) GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

ART. SC4 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società provvede:

- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere, secondo quanto indicato all'art. SS2 "Pagamento diretto";
- al rimborso delle spese sanitarie di seguito indicate, sostenute in istituti di cura non convenzionati;

in seguito a grande intervento chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco allegato per:

- malattia;
- infortunio;

fino alla concorrenza del massimale indicato nella scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Massimale indicato nella Scheda di Polizza.
Franchigia	Valore indicato nella Scheda di Polizza.
Scoperto (in caso di rimborso)	Valore percentuale indicato sulla Scheda di Polizza.
Sottolimiti:	
<ul style="list-style-type: none"> • rette di degenza (rimborso se fuori convenzionamento) 	Sottolimito indicato nella Scheda di Polizza.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

Per la copertura all'estero vale quanto previsto agli art. CG6 "Validità territoriale" e CG7 "Estensione estero" (se acquistato).

Le spese in copertura sono:

PRIMA DEL RICOVERO

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici **sostenuti nei 120 giorni precedenti** al grande intervento chirurgico purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico. Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Grandi interventi chirurgici".

DURANTE IL RICOVERO

- rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);



- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- assistenza medica e infermieristica;
- cure, trattamenti fisioterapici rieducativi;
- medicinali ed esami;

sostenute presso l'istituto di cura durante il ricovero.

DOPO IL RICOVERO

La Società offre la copertura delle spese per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 120 giorni successivi** al grande intervento chirurgico, purché direttamente connesse con la patologia o l'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico.

Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene **elevato a 240 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Grandi interventi chirurgici".



ESEMPI

ESEMPIO 1

Importo spese a rimborso 7.000 euro.

Franchigia prescelta dal cliente 3.000 euro per sinistro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%.

Scoperto su 7.000 euro corrisponde a 1.400 euro.

Rimborso sarebbe pari a 7.000 euro - 1.400 euro = 5.600 euro.

Al rimborso si applica franchigia 3.000 euro, e quindi importo rimborsato sarà 2.600 euro (5.600 euro - 3.000 euro).

ESEMPIO 2

Importo spese a rimborso 2.000 euro.

Franchigia prescelta dal cliente 3.000 euro per sinistro.

Scoperto previsto per istituti di cura non convenzionati 20%

Scoperto su 2.000 euro corrisponde a 400 euro.

Rimborso sarebbe pari a 2.000 euro - 400 euro = 1.600 euro.

Applicando franchigia 3.000 euro, nulla sarà rimborsato.

ART. SC5 ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI - BASE

DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in occasione di un grande intervento chirurgico, né alcuna spesa prima del ricovero o dopo il ricovero, come indicato all'art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici", la Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero in un istituto di cura.

NOTA BENE:

Sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, la lungodegenza (RSA) per le cure di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Diaria giornaliera	150 euro al giorno.
Durata	Massimo 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.
Per tale estensione non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Grandi interventi chirurgici".

SPESE PER IL TRAPIANTO D'ORGANI

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto d'organi sull'Assicurato. Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente.

Limiti	Massimale della garanzia principale, come indicato nella Scheda di Polizza.
Scoperto	Come indicato all'art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici".

Per questa estensione di garanzia opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Grandi interventi chirurgici".

DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi comunque in copertura, a seguito di un grande intervento chirurgico, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato e che abbiano in comune:

- figli minori; o
- figli portatori di handicap; o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi;

la Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero.

Diaria giornaliera	100 euro al giorno.
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Grandi interventi chirurgici".

NOTA BENE:

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:

- "Grandi interventi chirurgici";
- "Diaria da ricovero";

la presente estensione di garanzia non è cumulabile ed è quindi applicabile una sola volta.

ART. SC6 ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI – EXTRA

MEDICINA ALTERNATIVA

A deroga dell'art. ES1 "Esclusioni", la Società offre la copertura delle spese sostenute dall'Assicurato per farmaci, visite e prestazioni inerenti l'esercizio di medicine e pratiche non convenzionali, limitatamente:

- all'agopuntura;
- all'osteopatia;
- alla chiropratica;
- alla medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da specializzato nella medicina alternativa interessata.

Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 70 euro per visita o prestazione.
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo.

SPESE PER APPARECCHI ED AUSILII

La Società offre la copertura delle spese sostenute a seguito di un grande intervento chirurgico per:

- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e il noleggio, di carrozzelle ortopediche, di apparecchi terapeutici e/o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap.

La copertura è riconosciuta sempreché le spese risultino previste nella lettera o documentazione di dimissione.

Limiti	Limite di indennizzo 3.000 euro per anno assicurativo.
--------	--

Per questa estensione di garanzia non opera l'eventuale franchigia scelta per la garanzia "Grandi interventi chirurgici".

SPESE PER CURE PSICOTERAPICHE

La Società offre la copertura delle spese sostenute per le cure di assistenza psicologica rese necessarie al verificarsi di almeno una delle seguenti circostanze:

- incapacità dell'Assicurato di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore a 80 giorni;
- una malattia certamente o probabilmente insanabile dell'Assicurato o di un suo familiare, purchè assicurato con la presente Polizza;
- la perdita totale di un senso;
- la perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo, o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della facoltà di parlare (favella);
- l'aborto spontaneo o terapeutico avvenuto dopo il terzo mese dal concepimento;
- la deformazione o l'alterazione dell'aspetto fisico;

a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di Polizza.

La garanzia è prestata per le spese sostenute presso uno psicologo o psicoterapeuta dall'Assicurato.

Limiti	Limite di indennizzo 2.000 euro per anno assicurativo.
	Massimo 15 sedute per anno assicurativo.
Scoperto	Come indicato all'art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici"

PRESTAZIONE ORGANIZZATIVA DI INVIO DI UN'AMBULANZA

Su richiesta dell'Assicurato la Società organizza ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino e viceversa, o per il trasferimento in altro centro medico.

Il costo della prestazione è a carico della Società.



Le prestazioni sono operative **solo a fronte di infortunio o malattia coperti a termini di Polizza.**

Limiti	Massimo 250 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali.

ELISOCCORSO

La Società rimborsa, in eccedenza a quanto sostenuto dal servizio pubblico, le spese sostenute dall'Assicurato a fronte della presentazione di regolari giustificativi di spesa, in caso di richiesta di intervento di soccorso speciale o del soccorso alpino tramite elicottero a causa di:

- infortunio o malore, in località non raggiungibile dai normali mezzi di locomozione;
- smarrimento per perdita dell'orientamento.

Limiti	Massimo 1.500 euro per anno assicurativo.
--------	---

SPESE PER L'ACCOMPAGNATORE

La Società offre una copertura per le spese documentate di vitto e pernottamento per un accompagnatore dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura per un grande intervento chirurgico, ove non sussista disponibilità ospedaliera. L'istituto di cura deve essere situato ad oltre 50 km dalla residenza dell'accompagnatore.

La presente copertura è estesa agli interventi chirurgici relativi a:

- interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta;
- parto cesareo;
- parto naturale;

pur non trattandosi di grandi interventi chirurgici, nel caso in cui l'Assicurato sia minore di 18 anni.

Limiti	Massimo 100 euro al giorno.
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

INDENNITA' PER SOPRAVVIVENZA DI AFFEZIONI

Nel caso di sopravvenienza nel corso della copertura assicurativa **di un'infezione da HIV**, descritta all'art. CG8 "Cessazione della copertura per l'Assicurato", la Società riconoscerà comunque all'Assicurato un importo una tantum per consentirgli di poter effettuare le cure richieste dalla patologia.

Indennità	5.000 euro.
-----------	-------------

c) MALATTIE GRAVI (CRITICAL ILLNESS)

ART. SC7 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società corrisponde il capitale assicurato per "Malattie gravi (critical illness)" se, durante il periodo di operatività del contratto, all'Assicurato viene diagnosticata una delle malattie gravi o stato di coma elencati di seguito, e se l'Assicurato stesso è in vita nei 30 giorni successivi alla diagnosi.



Le malattie gravi o stato di coma che garantiscono la corresponsione del capitale assicurato per "Malattie gravi (critical illness)" sono raggruppati in tre classi:

CLASSE PRIMA

- Infarto del miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca);
- Ictus (con deficit neurologico permanente);
- Insufficienza renale cronica;

CLASSE SECONDA

- Cancro (esclusi i casi meno avanzati);
- Trapianto di organi;

CLASSE TERZA

- Sclerosi multipla (di determinata gravità);
- Demenza avanzata (inclusa la malattia di Alzheimer);
- Morbo di Parkinson (di determinata gravità);
- Malattia del motoneurone (di determinata gravità);
- Coma (di durata non inferiore a 4 giorni).

ART. SC8 CARENZA

È previsto un periodo di carenza di 90 giorni per le malattie gravi o stato di coma indicati all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)".

ART. SC9 PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE E LIMITAZIONE DI GARANZIA DOPO IL PRIMO SINISTRO

Dopo la diagnosi della prima malattia grave o stato di coma indennizzabile a termini di Polizza, **la copertura non sarà più operante per un periodo di 6 mesi (cd. "periodo di riqualificazione") a decorrere dalla data della prima diagnosi.**

NOTA BENE:

In ogni caso non saranno più in copertura le malattie gravi o gli stati di coma:

- appartenenti alla stessa classe della prima malattia grave o stato diagnosticato;
e/o
- che siano conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.

Trascorso il periodo di riqualificazione **la copertura sarà nuovamente operante con un capitale assicurato ridotto all'80% del capitale inizialmente assicurato ed esclusivamente per le malattie gravi o stato di coma che:**

- non appartengano alla stessa classe della prima malattia grave o stato diagnosticato;
e/o
- non siano conseguenza degli stati patologici che hanno causato il primo sinistro.

Si terrà conto del periodo di riqualificazione anche nel caso in cui il contratto sia emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia "Malattie gravi (critical illness)".



ART. SC10 LIMITAZIONE DI GARANZIA DOPO IL SECONDO SINISTRO



La garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del secondo sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

Il premio complessivo di Polizza dovuto dal Contraente per le eventuali annualità successive sarà diminuito della parte di premio indicata per la garanzia "Malattie gravi (critical illness)".

Se il contratto è emesso in sostituzione di altro contratto malattie contenente la garanzia "Malattie gravi (critical illness)" e il contratto sostituito è già stato colpito da un sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la garanzia cessa di avere efficacia dopo la denuncia del primo sinistro indennizzabile a termini del presente contratto.

d) DIARIA DA RICOVERO

ART. SC11 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società corrisponde all'Assicurato una diaria giornaliera in caso di ricovero per:

- malattia;
- infortunio;
- parto.

La diaria verrà corrisposta per ciascun giorno di degenza.

Nel conteggio dei giorni sono compresi eventuali permessi medici.

Diaria giornaliera	Importo come indicato nella scheda di Polizza.
Durata	Massimo 365 giorni per sinistro.

Si conviene che qualora l'Assicurato sia soggetto ad un **ricovero in terapia intensiva per almeno 3 giorni, con necessità di assistenza ventilatoria**, in aggiunta alla diaria, sarà liquidata un'**indennità forfettaria pari a 1.000 euro** per testa assicurata.

Si precisa che l'indennità:

- sarà liquidata una sola volta per annualità assicurativa;
- è aggiuntiva, e non sostitutiva, a quanto altro sia dovuto contrattualmente.

Indennità	1.000 euro.
-----------	-------------

Si precisa altresì che il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno.

La diaria viene raddoppiata in caso di ricovero a seguito di:

- uno dei grandi interventi chirurgici indicati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici";
- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ricovero in terapia intensiva.

Diaria giornaliera (per grande intervento chirurgico, neoplasie maligne, infarto miocardico acuto)	200% dell'importo "Diaria da ricovero" indicato nella Scheda di Polizza.
Numero giorni	Massimo 365 giorni per sinistro.



NOTA BENE:

La diaria viene corrisposta per al massimo 5 giorni in caso di ricovero per:

- interventi su tonsille e adenoidi;
- parto naturale;
- parto cesareo;
- aborto a seguito di infortunio.

Numero giorni (per ricovero a seguito di interventi su tonsille e adenoidi, parto naturale, aborto a seguito di infortunio)	Max. 5 giorni per sinistro.
--	-----------------------------

La diaria viene corrisposta in misura pari al 150% in caso di day hospital o day surgery.

L'indennità è dovuta solo per day hospital/day surgery di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital/day surgery, fatta eccezione per le festività, è avvenuto ininterrottamente.

Diaria giornaliera in caso di day hospital o day surgery	150% dell'importo "Diaria da ricovero" indicato nella Scheda di Polizza.
Numero giorni	Massimo 365 giorni per sinistro.

L'indennità per ricovero è corrisposta:

a) con le seguenti maggiorazioni, **non cumulabili tra di loro**, rispetto all'importo di "Diaria da ricovero" indicato nella Scheda di Polizza:

- 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva.

b) aumentata del 50% in più rispetto all'importo "Diaria da ricovero" indicato nella scheda di Polizza, se l'istituto di cura è situato all'estero.

NOTA BENE:

Si precisa che le maggiorazioni di cui alla lettera a) sono erogabili solo se l'Istituto di cura è situato in Italia, e non sono cumulabili con la maggiorazione prevista alla lettera b).

ART. SC12 ESTENSIONI DI GARANZIA SEMPRE OPERANTI

DIARIA PER RICOVERO CONTEMPORANEO DEI CONIUGI

In caso di ricovero contemporaneo con almeno un pernottamento, anche per eventi diversi comunque in copertura, dei coniugi o conviventi, di cui almeno uno assicurato e che abbiano in comune:

- figli minori; o
- figli portatori di handicap; o
- familiari anziani che richiedono cure e assistenza giornaliera da parte di uno dei coniugi;

la Società provvede al pagamento di una diaria per ogni giorno di ricovero.

Diaria giornaliera	100 euro al giorno.
Durata	Massimo 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

NOTA BENE:

Nel caso in cui l'Assicurato acquisti congiuntamente le garanzie:

- Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery;

- Diaria da ricovero;
la presente estensione di garanzia non è cumulabile.

2 – OPZIONI AGGIUNTIVE CON AUMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive illustrate di seguito. Le garanzie aggiuntive operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.

ART. SC13 DIARIA DA IMMOBILIZZO DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Società:

- in caso di infortunio che richieda o meno il ricorso ad intervento chirurgico e che comporti successiva immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo;
- in caso di recupero del carico o di immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo, conseguente a malattia / evento morboso (a titolo solo esemplificativo: sindrome del tunnel carpale trattata chirurgicamente, intervento di coxartrosi per necrosi della testa del femore o malattia reumatica);

corrisponde all'Assicurato una diaria giornaliera per ogni giorno di immobilizzo come di seguito indicato:

Diaria giornaliera	Importo come indicato nella Scheda di Polizza.
Durata	Fino alla rimozione del presidio e comunque massimo 120 giorni per sinistro e per anno assicurativo.
Franchigia	Se vi è immobilizzo da infortunio di almeno 25 giorni, la diaria sarà corrisposta dal primo giorno di immobilizzo sino alla rimozione del presidio. In caso di recupero del carico o di immobilizzo da malattia di almeno 15 giorni, la diaria sarà corrisposta dal primo giorno di immobilizzo sino alla rimozione del presidio.

Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un **indennizzo forfettario pari a:**

- 60 giorni per la frattura del bacino o dell'anca;
- 60 giorni per la frattura del femore;
- 60 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- 60 giorni per frattura cranica;
- 60 giorni per frattura dello sterno.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

In particolare:

- per i mezzi di contenzione immobilizzanti inamovibili, l'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione);
- i mezzi di contenzione immobilizzanti potranno essere anche amovibili, purché applicati da Pronto Soccorso dipendente da presidio ospedaliero, ente ospedaliero riconosciuto dal SNN o da medico ortopedico specialista; nel certificato di applicazione deve essere indicato il periodo di immobilizzazione.



ESCLUSIONI: QUALI MEZZI DI IMMOBILIZZAZIONE?

Non sono considerati mezzi di immobilizzazione i collari a strappo, come i collari di Shantz, di Camp e simili e, in ogni caso, i collari ortopedici applicati a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale.

ART. SC14 RIPOSO TERAPEUTICO DOMICILIARE

Per le patologie di seguito elencate:

- gravidanza a rischio non dovuta a c.d. "lavoro pericoloso" secondo decreto legislativo 151 del 2001;
- lombosciatalgia acuta dovuta ad una riacutizzazione dolorosa ed invalidante di una forma lombalgica da artrosi o discopatia o da ernia del disco;
- rettocolite ulcerosa cronica o il morbo di Crohn (patologie infiammatorie intestinali con fasi di recrudescenza dolorosa con scariche diarroiche profuse, frequentissime e debilitanti);
- sclerosi multipla nelle fasi di riacutizzazione della malattia;
- altre patologie che, a valutazione del medico curante e della Società, abbiano caratteristiche tali da richiedere riposo terapeutico assoluto analogamente a quelle indicate sopra;

per le quali:

- non ci sia stato un ricovero o un intervento chirurgico, anche di tipo ambulatoriale;
- sia prescritto dal medico che ha in cura l'Assicurato un riposo terapeutico domiciliare per non compromettere la guarigione clinica;
- siano insorte dopo la stipula del contratto;



la Società provvede a corrispondere il **seguente indennizzo, se il riposo prescritto rientra nei termini sotto riportati:**

Indennizzo	Importo come indicato nella scheda di Polizza.
Limiti	Massimo 2 volte per anno assicurativo.
Riposo terapeutico domiciliare per gravidanza a rischio	Prescrizione del medico di almeno 30 giorni.
Riposo terapeutico domiciliare per lombosciatalgia acuta	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni.
Riposo terapeutico domiciliare per rettocolite ulcerosa o morbo di Chron	Prescrizione del medico di almeno 10 giorni.
Riposo terapeutico domiciliare per sclerosi multipla	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni.
Altre patologie	Prescrizione del medico di almeno 15 giorni.

ART. SC15 COMA, ICTUS, INFARTO, MALATTIE ONCOLOGICHE, MALATTIE RARE

In aggiunta a quanto indicato nelle garanzie acquistate all'interno del Modulo CURA:

- art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery";
- art. SC4 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici";
- art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)";

- art. SC11 “Oggetto della garanzia” per la garanzia “d) Diaria da ricovero”;

nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

- ictus;
- infarto;
- malattia oncologica;
- malattie rare;
- oppure versi in uno stato di coma;

la Società riconosce le prestazioni di seguito elencate:

RIMBORSO SPESE

È previsto il rimborso delle spese sostenute, e certificate, dall'Assicurato, non strettamente di natura sanitaria (ad esempio: operatore sociale, baby sitter, taxi, farmaci non coperti dal SSN....) che l'Assicurato deve sostenere in conseguenza di una delle patologie o stato di coma sopra indicate;

Limiti	Massimo 5.000 euro per anno assicurativo.
--------	---

PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI TRASFERIMENTI E SOGGIORNI

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di sottoporsi a cicli di terapie per le patologie o stati sopra indicati, la Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione delle seguenti prestazioni per l'Assicurato ed anche per l'eventuale accompagnatore:

- trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di cura scelto, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- pernottamento in zona limitrofa all'Istituto di cura;
- trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di cura e viceversa, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

La Società rimborsa i costi di trasferimento e soggiorno, fino alla concorrenza del massimale sotto indicato, a fronte di regolare documentazione.

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, nei casi in cui l'Istituto di Cura sia situato al di fuori del Comune di residenza dell'Assicurato.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

TEST “FOUNDATIONONE CDX E FOUNDATIONONE LIQUID CDX” PER LA PROFILAZIONE GENOMICA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

Per le sole malattie oncologiche di natura non benigna già diagnosticate che versino in fase localmente avanzata o metastatica, la Società offre la copertura delle spese relative ai test di FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx per la ricerca di eventuali mutazioni somatiche sul DNA tumorale, effettuato su un campione di tessuto tumorale (FoundationOne CDx) o tramite prelievo di sangue (FoundationOne Liquid CDx).



La prestazione è riconosciuta solamente a fronte di prescrizione dei medici che hanno in cura l'Assicurato o del medico curante, che certifichi la natura non benigna, già diagnosticata, dello stato localmente avanzato o metastatico della malattia oncologica.

L'Assicurato può effettuare il test (campione di tessuto o prelievo del sangue) presso gli Ospedali e le case di cura ed i laboratori convenzionati.



La prestazione è ripetibile, a distanza di tempo, una seconda volta solo nel caso in cui risultino rilevate tramite certificazione medica sostanziali progressioni della patologia.

ART. SC16 DENTAL



L'Assicurato potrà beneficiare delle prestazioni odontoiatriche di seguito indicate, esclusivamente presso le strutture convenzionate **Generali Welion S.c.a.r.l.**

Non è prevista alcuna forma di rimborso per prestazioni effettuate presso strutture non convenzionate.

La Società si fa carico del pagamento diretto completo delle prestazioni, secondo le condizioni previste.

Per i soli casi di cui alla successiva "CURA" lettera a), qualora l'Assicurato si trovi all'estero la prestazione sarà erogabile con applicazione dello scoperto come indicato all'art. CG6 "Validità territoriale".

A parziale deroga dell'art CG2 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione", l'assicurazione ha effetto dal 90° giorno successivo a quello del pagamento del premio.

Sono comprese le seguenti prestazioni:

PREVENZIONE



- una visita orale/visita specialistica, e;
 - una seduta di profilassi/ablazione semplice del tartaro;
- per ciascun Assicurato, **n. 1 volta per anno assicurativo**, con prestazioni erogabili in un'unica seduta.

CURA

a) **Visita di emergenza con intervento d'urgenza (per effetto di un problema odontoiatrico che provochi dolore, gonfiore o sanguinamento)**

b) **Radiologia**

La Società provvede al pagamento del costo per l'effettuazione dell'esame:

- radiografia RX endorale (per n. 2 elementi).

Ogni Assicurato può usufruirne **nella misura di massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo**; tale limitazione non vale per le radiografie previste dalle prestazioni di endodonzia e chirurgia di seguito indicate.

c) **Endodonzia**

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di endodonzia:

- terapia endodontica di n. 1, n. 2 o n. 3 canali radicolari, inclusa radiografia;
- amputazione coronale della polpa e otturazione del cavo pulpale (decidui).

Ogni Assicurato può usufruire **al massimo di una cura canalare o di una amputazione coronale della polpa per anno assicurativo, non ripetibile prima di 1 anno**; la prestazione non è mai ripetibile sullo stesso elemento.

d) **Chirurgia**

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni di chirurgia odontoiatrica:

- rimozione chirurgica di dente rotto (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione semplice di dente o radice (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione completa di dente o radice (o in inclusione ossea parziale) (con eventuale RX pre-intervento);
- estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale (con eventuale RX pre-intervento).



Ogni Assicurato può usufruire di massimo **n. 2 prestazioni in totale tra quelle sopra elencate per anno assicurativo.**

Prevenzione	n. 1 volta per anno assicurativo, con prestazioni erogabili in un'unica seduta.
Cura <ul style="list-style-type: none"> • Visita di emergenza • Radiologia • Endodonzia • Chirurgia 	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun limite. • Massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo. • Massimo n. 1 prestazione per anno assicurativo. • Massimo n. 2 prestazioni per anno assicurativo.

ART. SC17 INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO GRAVE O MALATTIA

Se l'infortunio grave o la malattia ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Società liquida una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate in Polizza.

Se l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria è pari al 50% di quella indicata in Polizza.

Tuttavia se l'infortunio ha comportato un ricovero, l'indennizzo verrà riconosciuto sempre al 100%.

Diaria giornaliera	100% dell'importo indicato nella Scheda di Polizza per i giorni di inabilità totale. 50% dell'importo indicato nella Scheda di Polizza per i giorni di inabilità parziale. 100% dell'importo indicato nella Scheda di Polizza se l'infortunio ha comportato un ricovero.
Durata	Fino ad un massimo di 180 giorni per sinistro e per anno assicurativo. Fino ad un massimo di 15 giorni per sinistro e per anno assicurativo nel caso di ernie addominali da sforzo operabili.
Franchigia	25 giorni.

NOTA BENE:

La garanzia è operante all'estero per un periodo massimo di 40 giorni per ogni sinistro, se l'Assicurato non si sottopone alla visita e agli accertamenti medici in Italia.

LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI AL DI FUORI DELL'EUROPA

Qualora l'infortunio sia accaduto al di fuori dell'Europa, la garanzia opererà solo qualora ci sia stato ricovero.



ESEMPI

ESEMPIO 1

Accertati 80 giorni di inabilità totale.

Franchigia 25 giorni.

Diaria 100 euro.

Giorni da liquidare per inabilità totale : $80 - 25 = 55$ giorni.



ESEMPIO 2

Accertati 100 giorni di inabilità di cui 60 totale e 40 parziale.

Franchigia 25 giorni.

Diaria 100 euro.

Giorni da liquidare per inabilità: $100 - 25 = 75$, di cui 35 totale liquidabili al 100% e 40 parziale liquidabili al 50%

Indennizzo 3.500 euro + 2.000 euro = 5.500 euro

ESEMPIO 3

Accertati 20 giorni di inabilità totale.

Franchigia 25 giorni.

Nessun indennizzo è dovuto.

NOTA BENE:

Non viene corrisposto alcun indennizzo qualora, per lo stesso evento, sia stata corrisposta:

- la "Diaria da immobilizzo da infortunio o malattia"; oppure
- la "Diaria da convalescenza".

MODULO CONVALESCENZA

1 – COSA È ASSICURATO

ART. SP1 DIARIA DA CONVALESCENZA

In caso di ricovero reso necessario da:

- infortunio;
- malattia;
- parto cesareo;
- aborto terapeutico;
- donazione di organi;

seguito da convalida prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante, la Società corrisponde una indennità per ogni giorno di convalida nel quale l'Assicurato non abbia potuto svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

L'indennità sarà corrisposta **fino alla concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con i limiti di seguito indicati:**

Diaria giornaliera	Importo come indicato nella Scheda di Polizza.
Sottolimiti: <ul style="list-style-type: none"> • durata pari a 1/3 del periodo della convalida; • per i restanti 2/3 del periodo di convalida. 	<ul style="list-style-type: none"> • 100% dell'importo della diaria indicata nella Scheda di Polizza; • 50% dell'importo della diaria indicata nella Scheda di Polizza.
Durata	Massimo 60 giorni per anno assicurativo. In caso di day surgery la diaria è riconosciuta con il massimo di 5 giorni.



Il periodo di convalida decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del ricovero in istituto di cura o in day surgery.

La garanzia non è operante qualora la degenza sia avvenuta in regime di day hospital.

NOTA BENE:

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione dei certificati medici (alla dimissione ed eventuali successivi) in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari o del medico curante. La Società si riserva di sottoporre a visita medica l'Assicurato allo scopo di verificare diagnosi e prognosi di guarigione.

Il pagamento avviene al termine della convalida prescritta.



ESCLUSIONI: QUALI PATOLOGIE?

La diaria da convalida post ricovero **non opera per i casi di interventi a:**

- tonsille;
- vegetazioni adenoidi;
- parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza.



ESCLUSIONI: QUALI COMBINAZIONI DI GARANZIE?

Non viene corrisposto alcun indennizzo qualora, per lo stesso evento, sia stata corrisposta la garanzia di cui all'art SC13 "Diaria da immobilizzo da infortunio o malattia".

ART. SP2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, RIABILITATIVI E MEDICINA ALTERNATIVA

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI, RIABILITATIVI

La Società provvede:

- al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura non convenzionati;
- al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate e previo accordo con la Centrale Operativa Benessere;

in caso di trattamenti fisioterapici e riabilitativi eseguiti ambulatorialmente e indipendenti da regime di ricovero o intervento chirurgico, per:

- malattia;
- infortunio;

coperti ai termini di Polizza e fino alla concorrenza del massimale annuo indicato nella Scheda di Polizza, con i limiti di seguito indicati:

Limiti	Limite di indennizzo annuo come indicato nella Scheda di Polizza.
Franchigia	100 euro per sinistro.
Limite temporale	I costi di fisioterapia sono rimborsati se sostenuti entro 180 gg. dall'evento scatenante.
Scoperto (in caso di rimborso)	Valore percentuale indicato sulla Scheda di Polizza.

Si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia e sui ticket sanitari relativi a prestazioni fornite dal servizio pubblico.

MEDICINA ALTERNATIVA

A deroga dell'art. ES1 "Esclusioni", con la presente garanzia è in copertura l'utilizzo di farmaci e l'esercizio di pratiche non convenzionali, limitatamente:

- all'agopuntura;
- all'osteopatia;
- alla chiropratica;
- alla medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da specializzato nella medicina alternativa interessata.

Limiti	Massimo 100 euro per visita o prestazione.
	Fino a 10 visite o prestazioni per anno assicurativo.

2 – OPZIONI AGGIUNTIVE CON AUMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le garanzie aggiuntive illustrate di seguito. Le garanzie aggiuntive operanti sono quelle indicate nella Scheda di Polizza.



ART. SP3 COMA, ICTUS, INFARTO, MALATTIE ONCOLOGICHE, MALATTIE RARE

In aggiunta a quanto indicato nelle garanzie acquistate all'interno del Modulo CONVALESCENZA:

- art. SP1 "Diaria da convalescenza";
- art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa";

nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:

- ictus;
- infarto;
- malattia oncologica;
- malattie rare;
- oppure versi in uno stato di coma;

la Società riconosce le prestazioni di seguito elencate:

RIMBORSO SPESE

È previsto il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, anche di natura non sanitaria (ad esempio spese organizzative, logistiche), conseguenti alla patologia o stato sopra indicato;

Limiti	Massimo 5.000 euro per anno assicurativo.
--------	---

PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI TRASFERIMENTI E SOGGIORNI

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di sottoporsi, durante la fase della convalescenza, a cicli di terapie per le patologie o stati sopra indicate, la Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, provvede all'organizzazione delle seguenti prestazioni per l'Assicurato ed anche per l'eventuale accompagnatore:

- trasferimento presso la città dove è situato l'Istituto di cura e/o riabilitativo scelto, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- pernottamento in zona limitrofa all'Istituto di cura e/o riabilitativo;
- trasferimenti dal luogo di pernottamento all'Istituto di cura e/o riabilitativo e viceversa, con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

La Società rimborsa i costi di trasferimento e soggiorno, fino alla concorrenza del massimale sotto indicato, a fronte di regolare documentazione.

Limiti	Massimo 2.000 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA, nei casi in cui l'Istituto di Cura sia situato al di fuori del Comune di residenza dell'Assicurato.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. SP4 PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE DI SERVIZIO

INFERMIERE A DOMICILIO

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che è stato ricoverato per almeno 2 giorni continuativi, il reperimento e l'invio di un infermiere al domicilio dell'Assicurato.



Limiti	Massimo 700 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali.

SERVIZIO DI FISIOTERAPIA A DOMICILIO

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato, che abbia riportato traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia, il reperimento e l'invio al domicilio di un'assistente fisioterapico specializzato.

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali, con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto al momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato.

AUTISTA A DISPOSIZIONE

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, che a seguito di immobilizzo, certificato dal proprio medico curante, non sia in condizione di guidare e nessun familiare possa farlo per obiettive ragioni, provvede a mettergli a disposizione un taxi o un NCC (Noleggio Con Conducente) per il trasferimento alle visite di controllo o alle sedute di fisioterapia.

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali.

ACCOMPAGNAMENTO PER VISITE MEDICHE O CICLI DI TERAPIA

La Società, tramite la Struttura Organizzativa, garantisce, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che gli pregiudichi la possibilità di spostarsi in autonomia per recarsi presso un Istituto di cura al fine di sottoporsi a visite mediche o cicli di terapia prescritte dal medico curante, l'organizzazione e il trasferimento dal domicilio ed il rientro dall'Istituto di cura, con il mezzo di trasporto maggiormente idoneo al suo stato di salute.

Limiti	Massimo 500 euro per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 escluse le festività infrasettimanali.



COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA



Applicabili a tutte le garanzie della sezione comprese quelle aggiuntive, se presenti, prestabili con maggiorazione di premio.

ART. ES1 ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

1. infortuni, malattie (anche croniche e recidivanti) e stati patologici, noti e/o che abbiano dato origine a cure e/o a esami, e/o diagnosticati prima della stipula del contratto;
2. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici evidenti o diagnosticati prima della stipula del contratto. Si ritengono, in ogni caso in copertura, limitatamente alle garanzie acquistate in Polizza:
 - a) la deviazione del setto, o della piramide, nasale che sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, avvenuto dopo la sottoscrizione del contratto, e solo a seguito di presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;
 - b) gli interventi neonatali per la correzione di malformazioni congenite (nei primi 6 mesi di vita), se il neonato è assicurato dalla nascita o nato durante la vigenza della copertura della madre. Se acquistato l'art. SC1 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", vale quanto previsto all' art. SC3 "Estensioni sempre operanti - extra" alla voce NEONATO.
3. le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette, nonché i relativi postumi, di infortuni occorsi antecedentemente alla stipula del contratto.

Sono esclusi:

4. le spese sanitarie, gli interventi chirurgici e i ricoveri determinati da malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
5. l'aborto volontario non terapeutico;
6. il parto o le malattie da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio prima della conclusione del contratto;
7. le prestazioni e le terapie determinate da malattie trasmesse sessualmente;
8. la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza (salvo la cura dell'idrocele e del varicocele con un limite di 800 euro per sinistro, e per tutta la durata della copertura assicurativa, comprese eventuali sostituzioni), e le procedure per la fecondazione assistita;
9. i vaccini e/o i medicinali correlati a prestazioni di routine;
10. i trattamenti medici o chirurgici non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali), quelli non effettuati da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
11. i farmaci non compresi nella categoria "*medicinali*" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;
12. le spese relative a prestazioni di logopedia, salvo il caso in cui siano rese necessarie da ictus e/o siano conseguenza di traumi o interventi chirurgici all'encefalo e nervi cranici;
13. le prestazioni aventi finalità estetica, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze, salvo i casi di:
 - interventi di chirurgia bariatrica, nei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea superiore a 40) insorti in vigenza di Polizza;



- interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio (è esclusa in ogni caso la manutenzione delle protesi);

ferme le esclusioni di cui al punto 2).

14. check-up di medicina preventiva, salvo quanto previsto all'art. SPR3 "Check-up";
15. terapie e cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché del paradonto, con o senza intervento chirurgico, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio, effettuate in regime di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale, e salvo quanto indicato nell'art. SC16 "Dental", se acquistato;
16. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
17. le patologie e le intossicazioni causate da intossicazione cronico alcolica, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
18. gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi, legati ai disturbi d'identità sessuale;
19. le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari;
20. ricoveri in case di terapie termali, centri idroterapici, centri del benessere, dietologici, ricoveri in case di riposo, case di soggiorno e di convalescenza. Restano compresi i ricoveri nelle case di convalescenza, salvo quanto indicato all'art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa", se acquistato;
21. le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio per televisione, bar, e simili;
22. le protesi in genere nonché l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, salvo quanto espressamente indicato agli artt. SC3 e SC6 "Estensioni sempre operanti - extra" (rispettivamente per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" e per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici") alla voce "Spese per apparecchi ed ausili";
23. day hospital a finalità diagnostica, non direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, salvo se acquistate le garanzie di cui agli art. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici" e art. SD2 "Alta diagnostica";
24. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da:

25. guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanza allucinogene;
26. da azioni o comportamenti direttamente correlati a: epilessia e sintomi epilettoidi, AIDS, sieropositività da HIV, Parkinson, Alzheimer;
27. guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
28. azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
29. manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
30. pratica di sport pericolosi come: arti marziali, rugby, pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano; sport con autoveicoli, motoveicoli, natanti a motore o motonautici, a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura; sport aerei compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo compreso lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece se effettuati ai margini delle piste da sci battute), motoslitta, guidoslitta, bob (salvo piccole slitte carenate con fondo piatto per bambini), arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo; uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti con cascate, rafting (eccetto quando sia presente un istruttore); gli sport cosiddetti "estremi" (ad

esempio: canyoning, bungee jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed); body bulding/culturismo, intesi come ginnastica associata all'uso di integratori alimentari e farmacologici (non rientra in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche).

L'indicazione degli sport è esemplificativa e non limitativa.

31. pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, e/o relativi allenamenti, o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

e gli infortuni:

32. subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
33. accaduti ad Assicurati soggetti a malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
34. accaduti durante lo svolgimento del servizio militare volontario per mobilitazione.

L'assicurazione infine non è operante per:

35. le prestazioni successive alla data di scadenza, o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante il periodo di validità della garanzia;
36. le conseguenze di guerra o di guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, qualsiasi atto di terrorismo, se l'Assicurato ne ha preso parte attiva. L'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
37. inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
38. le conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
39. le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
40. le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana.

SEZIONE ASSISTENZA

UN SUPPORTO PER LE EMERGENZE

In questa sezione vengono descritte le prestazioni di assistenza presenti nel Modulo o nei Moduli acquistati. Vengono inoltre indicate le regole da seguire per poter usufruire di tali prestazioni.

La Società assicura l'erogazione delle prestazioni di assistenza di seguito elencate per il tramite della Struttura Organizzativa.

Negli articoli seguenti sono descritte le prestazioni relative al Modulo o ai Moduli acquistati ed indicati in polizza.

ART. AS1 COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, per poter usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve **preventivamente contattare la Struttura Organizzativa** – attiva 24 ore su 24 – che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'erogazione ai seguenti recapiti telefonici

**DALL'ITALIA:
800 833 800
(NUMERO VERDE)**

**DALL'ESTERO:
+39 02 24 128 693**

Qualora l'Assicurato fosse impossibilitato a contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa può mettersi in contatto tramite l'indirizzo di posta elettronica:

assistenza.tua@IMAItalia.it

In ogni caso l'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa i seguenti dati:

- codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;
- motivazione della richiesta / circostanza del rischio;
- tipo di servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le prestazioni sono erogate con costi a carico della Società ed entro i massimali eventualmente indicati in ogni singola prestazione. Qualora parte o tutto il costo della prestazione debba essere sostenuto dall'Assicurato, ciò viene esplicitato all'interno dell'articolo relativo a ciascuna singola prestazione.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificati delle spese effettivamente sostenute, a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo: rimborsi.tua@IMAItalia.it

La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.



MODULO PREVENZIONE

COSA È ASSICURATO

ART. AS2 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di una consulenza medica, predispone un consulto telefonico con i propri medici.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS3 CONSULENZA MEDICA SPECIALISTICA TELEFONICA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di consigli medici specialistici e non riesce a reperire il proprio medico di fiducia (cardiologo, pediatra, dermatologo, ginecologo, psicologo), predispone un consulto telefonico con un medico specialista convenzionato.

Qualora il medico specialista non fosse immediatamente reperibile, l'Assicurato viene ricontattato entro le successive 8 ore lavorative.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

La prestazione non si sostituisce ad una visita medica specialistica e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

ART. AS4 SEGNALAZIONE DI UN MEDICO SPECIALISTA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di una visita specialistica, segnala il professionista più vicino compatibilmente con le disponibilità territoriali locali.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.



Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.
-------------	---

ART. AS5 RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI SPECIALISTICI E DIAGNOSTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha necessità di sottoporsi a:

- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota la visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

Il costo della visita specialista o diagnostica rimane a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS6 INFORMAZIONI SANITARIE E FARMACEUTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce indicazioni e chiarimenti in merito a:

TEMATICHE SANITARIE

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicali e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- indirizzi di strutture sanitarie e nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni (es. pediatria);
- consigli sull'espletamento delle pratiche presso gli uffici competenti;
- diritti sui vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

MEDICINALI COMMERCIALIZZATI IN ITALIA

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.



MODULO DIAGNOSI

COSA È ASSICURATO

ART. AS7 RICERCA E PRENOTAZIONE DI CENTRI SPECIALISTICI E DIAGNOSTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che ha necessità di sottoporsi a:

- visite specialistiche; e/o
- accertamenti diagnostici; e/o
- analisi ematochimiche;

sentito il medico curante e tenuto conto delle disponibilità territoriali locali, individua e prenota una visita presso lo specialista e/o il centro diagnostico e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi della visita specialista, degli esami diagnostici o delle analisi ematochimiche.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS8 MEDICAL SECOND OPINION

1. ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce un *medical second opinion* (secondo parere medico) relativo ad un approfondimento o ad una rivalutazione dello stato di salute.

L'Assicurato, colpito da infortunio o malattia diagnosticati o trattati terapeuticamente può contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato o il medico curante devono:

- spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;
- compilare il questionario che viene fornito;
- mettere a disposizione la documentazione medica completa (biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica) che sia necessaria per valutare il caso.

La Struttura Organizzativa:

- procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica utile traducendola, ove necessario, in lingua inglese;
- effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nel quadro clinico o nella malattia dell'Assicurato.

Il servizio viene effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito che deve essere fornita alla Struttura Organizzativa dall'Assicurato o dal suo medico di fiducia.

La risposta del secondo parere medico, in forma scritta, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia normalmente in 15 giorni lavorativi, e comunque al massimo entro 40 giorni lavorativi.

2. TELE/VIDEO CONFERENZA CON CENTRO MEDICO INTERNAZIONALE

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento del secondo parere medico è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Struttura Organizzativa l'organizzazione di una tele/video conferenza alla presenza del Direttore Medico della Struttura Organizzativa, eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento che ha redatto il secondo parere medico.

La Società, qualora necessario, tiene a proprio carico il costo del trasferimento in:

- aereo (classe economica); o
- ferroviario (prima classe);

di andata e ritorno, per raggiungere la sede della Struttura Organizzativa a favore dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante, ...).

Massimale	800 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

3. CURE MEDICHE E/O OSPEDALIERE NEGLI U.S.A.

Qualora l'Assicurato decida di sottoporsi alle cure mediche e/o ospedaliere negli United States of America (U.S.A.) consigliate nel secondo parere medico, coerenti con il quadro clinico corrispondente alla patologia sofferta, la Struttura organizzativa presta i seguenti servizi:

- consulenza nella selezione delle strutture ospedaliere e dei medici in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso tra quelle comprese nella rete ospedaliera convenzionata con la Struttura Organizzativa;
- consulenza e supporto per le pratiche di ingresso ed accettazione nella struttura ospedaliera scelta dall'Assicurato;
- prenotazione di visite mediche con i medici operanti presso le strutture ospedaliere scelte dall'Assicurato in U.S.A.;
- prima della partenza per gli U.S.A. la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato i preventivi e la stima dei costi relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assicurato riceve durante il periodo di degenza/terapia in U.S.A.;
- qualora lo stato di salute dell'Assicurato lo richieda coordinamento del trasferimento con aereo sanitario fino agli U.S.A. o terrestre con autoambulanza negli U.S.A.;
- gestione della prenotazione dei viaggi aerei e del pernotto presso struttura alberghiera a favore dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano in U.S.A.;
- coordinamento dell'accoglienza dell'Assicurato e dei famigliari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e successivo trasferimento al luogo di pernotto, se il viaggio è finalizzato a ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri consigliati nel secondo parere medico fornito;
- a partire dall'ingresso dell'Assicurato nella struttura ospedaliera scelta, la Struttura Organizzativa fornisce, qualora ce ne sia la necessità, l'accesso ai servizi di interpreti qualificati per facilitare l'erogazione delle cure mediche negli U.S.A.;
- coordinamento delle cure nell'ospedale scelto dall'Assicurato e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento terapeutico a favore dell'Assicurato;



- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute
- dall'Assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri in virtù di convenzioni tra i centri specialistici in U.S.A. e la Struttura Organizzativa.

Tutte le spese mediche inerenti il periodo di ricovero/degenza, così come tutte le spese di trasporto e pernottamento rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS9 INVIO DI UN PEDIATRA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che ha beneficiato dell'erogazione della prestazione di cui al precedente art. AS2 "Consulenza medica telefonica" ed accertata l'oggettiva necessità, invia un pediatra per il figlio colpito da infortunio o malattia.

Qualora il pediatra fosse impossibilitato ad intervenire, la Struttura Organizzativa trasferisce il bambino in autoambulanza verso il più vicino centro medico idoneo alla gestione dell'urgenza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA..
Operatività	La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS10 INFORMAZIONI UTILI A FAVORE DI PARTORIENTI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce:

- informazioni mediche e paramediche durante l'intero periodo di gestazione;
- informazioni telefoniche su maternità, nidi, pratiche amministrative;
- supporto psicologico telefonico;
- informazioni sull'allattamento materno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.



ART. AS11 INFORMAZIONI BANCA CELLULE STAMINALI DEL CORDONE OMBELICALE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, fornisce informazioni durante il periodo di gravidanza, e non oltre il sessantesimo giorno dalla data del presunto parto, in merito alle strutture che offrono i seguenti servizi:

- donazione eterologa;
- crioconservazione privata delle cellule staminali del cordone ombelicale.

Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.
-------------	---

ART. AS12 CONSULENZA TELEFONICA PSICOLOGICA A SEGUITO DIAGNOSI SFAVOREVOLE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a cui venga diagnosticata:

- una malattia oncologica; o
- una malattia neurodegenerativa (SLA o sclerosi multipla); o
- la necessità di doversi sottoporre ad un grande intervento chirurgico;

provvede all'organizzazione di un consulto telefonico psicologico con un professionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS13 SEGNALAZIONE PSICOLOGO PER SOSPETTO MOBING

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che sospetta di essere vittima di mobbing, provvede alla segnalazione di uno psicologo per una consulenza telefonica.

Rimane a carico dell'Assicurato l'onorario dello psicologo.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.



MODULO CURA

COSA È ASSICURATO

ART. AS14 INVIO DI UN MEDICO GENERICO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un medico generico.

Qualora il medico fosse impossibilitato ad intervenire, la Struttura Organizzativa trasferisce l'Assicurato in autoambulanza verso il più vicino centro medico idoneo alla gestione dell'urgenza.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata nei giorni feriali dalle ore 20:00 alle ore 08:00 e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS15 ORGANIZZAZIONE VISITA PEDIATRICA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, reperisce un pediatra convenzionato per una visita domiciliare nel luogo indicato.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo della visita medica compreso il diritto di uscita del medico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS16 INVIO DI UN'AMBULANZA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia un'autoambulanza per il suo trasferimento dal luogo di domicilio sino al centro medico più vicino.

Massimale	250 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS17 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA DOPO IL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, dimesso dal ricovero di primo soccorso, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, ne predisporre il trasferimento verso il domicilio tramite autoambulanza.

Massimale	300 km per sinistro considerando il tragitto struttura di primo soccorso – domicilio dell'Assicurato andata e ritorno.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza gestito tramite il numero unico 112 (ex-118 per le emergenze sanitarie).

ART. AS18 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, si occupa di:

- 1) tenuto conto della disponibilità esistente, individuare e prenotare l'istituto di cura italiano o estero maggiormente attrezzato per la patologia di cui soffre l'Assicurato;
- 2) organizzare il trasporto dell'Assicurato, compatibilmente alle sue condizioni sanitarie, verso l'istituto di cura italiano o estero individuato con il mezzo più idoneo tra quelli di seguito elencati:
 - aereo sanitario limitatamente al trasferimento verso paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
 - aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
 - treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
 - autoambulanza senza limiti di chilometraggio;
- 3) ove necessario assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.



ART. AS19 ACCOMPAGNATORE IN CASO DI TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato, qualora venga erogata la prestazione di cui al precedente art. AS18 "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", provvede all'organizzazione del viaggio e del soggiorno di un accompagnatore scelto dall'Assicurato tra un familiare o una persona di sua fiducia.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di viaggio, di vitto ed alloggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS20 MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, prendono contatto con i medici curanti ove l'Assicurato è ricoverato per seguirne l'evoluzione clinica della patologia informando, qualora necessario, i famigliari sul decorso.

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

NOTA BENE:

La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

ART. AS21 ASSISTENZA PRESSO ISTITUTO DI CURA (VEGLIE)

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che necessita di assistenza durante la degenza, accertata l'oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, reperisce ed invia, nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni territoriali locali, un operatore sociosanitario.

Massimale	500 euro per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.



ART. AS22 ASSISTENZA PER FAMILIARI NON AUTOSUFFICIENTI

È attivo un servizio di assistenza grazie a quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia che necessita di assistenza per i familiari non autosufficienti con lui conviventi o residenti a 50 km dalla residenza dell'Assicurato rimasti soli, organizza i seguenti servizi a loro necessari:

- invio di un operatore-sociosanitario;
- invio di un infermiere;
- spesa a casa.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati a seguito dell'erogazione del servizio "SPESA A CASA".

Massimale	500 euro per sinistro. SPESA A CASA: massimo 2 buste e massimo 3 volte a settimana.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	I servizi sono erogati con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovati con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura. INVIO DI UN OPERATORE SOCIO SANITARIO ed INVIO DI UN INFERMIERE: i servizi sono erogati 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno. SPESA A CASA: il servizio è erogato dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS23 INVIO DI UN AUTISTA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, impossibilitato a guidare in autonomia, reperisce ed invia un autista convenzionato (taxi o NCC: noleggio con conducente in Italia) per gli spostamenti necessari.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo dell'autista, compreso l'eventuale diritto di uscita.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali

ART. AS24 INVIO BABY SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.



Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.

ART. AS25 ACCOMPAGNAMENTO A SCUOLA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi, che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura

ART. AS26 ACCOMPAGNAMENTO ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi, che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.



ART. AS27 CUSTODIA ANIMALI DOMESTICI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia da più di 2 giorni consecutivi o immobilizzato che si trovi impossibilitato ad affidare il suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata), ne predispone la custodia in un'ideale struttura di accoglienza.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in EUROPA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di ricovero emesso dall'istituto di cura.

ART. AS28 SEGNALAZIONE INSEGNANTE ON-LINE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura colpito a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di seguire i propri figli minori studenti regolarmente iscritti alle scuole Primarie e Secondarie di primo grado nello svolgimento dei compiti scolastici, reperisce un'insegnante on-line.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo orario dell'insegnante on-line.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS29 CUSTODIA DEL VEICOLO A SEGUITO RICOVERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato d'urgenza in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, organizza il traino e la custodia del veicolo con il quale si è recato in autonomia all'istituto di cura presso un deposito vicino alla sua abitazione per un periodo corrispondente ai giorni di degenza.

Il ritiro del veicolo potrà avvenire solo in presenza di persona delegata dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di traino e custodia del veicolo.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 su 24 365 giorni all'anno.



ART. AS30 PROTEZIONE ABITAZIONE A SEGUITO RICOVERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, invia una guardia giurata per la sorveglianza dell'abitazione ove risiede se i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso durante il periodo di degenza.

Massimale	8 ore lavorative per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS31 ORGANIZZAZIONE TRASFERIMENTO E SOGGIORNO PER GRANDI INTERVENTI O TERAPIE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato al quale viene diagnosticata una:

- patologia che comporti il doversi sottoporre ad un grande intervento chirurgico; o
- malattia di natura oncologica e deve sottoporsi a cicli di terapie; o
- malattia neurodegenerativa (SLA, Sclerosi multipla) e deve sottoporsi a cicli di terapie/riabilitazione;

presso un istituto di cura situato fuori dalla provincia di residenza, organizza a tariffe convenzionate, anche per l'eventuale accompagnatore designato dall'Assicurato:

- il trasferimento presso la città dove è situato l'istituto di cura scelto con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il pernottamento in zona limitrofa all'istituto di cura;
- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'istituto di cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo in relazione allo stato di salute dell'Assicurato;
- il rientro presso il domicilio al termine del periodo di cura.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa entro 1 anno dalla diagnosi della patologia/malattia.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS32 ORGANIZZAZIONE TRASFERIMENTO E SOGGIORNO IN CASO DI RICOVERO DEL FIGLIO NEONATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato il cui figlio nato con gravi problematiche non curabili negli istituti di cura della provincia di residenza viene trasferito in urgenza su indicazione del medico curante in un istituto di cura fuori dalla provincia di residenza, provvede ad organizzare a tariffe convenzionale:

- il trasferimento nella città dove è situato l'istituto di cura;
- il pernottamento in zona limitrofa all'istituto di cura;



- i trasferimenti dal luogo di pernottamento all'istituto di cura e viceversa con il mezzo che la Struttura Organizzativa ritiene maggiormente idoneo per tutto il periodo di degenza del figlio; a favore dell'Assicurato e della sua famiglia.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di trasporto e soggiorno.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa entro 1 anno dalla nascita del figlio.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS33 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio che non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro verso il domicilio nella data programmata a seguito di infortunio o malattia improvvisa, prenota un albergo o un residence.

La Società tiene a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione.

Al suo rientro, l'Assicurato deve presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

Massimale	750 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato.

ART. AS34 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia ed in assenza di un congiunto sul posto che lo possa seguire, mette a disposizione di familiare un biglietto di viaggio andata e ritorno:

- in treno in prima classe;
 - in aereo in classe economica se il viaggio dovesse superare le sei ore;
- per raggiungerlo.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi di vitto ed alloggio e tutte le spese diverse dai titoli di viaggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.



ART. AS35 ASSISTENZA AI MINORI DI ANNI 14

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio colpito da infortunio o malattia improvvisa o altra causa di forza maggiore che gli pregiudica la possibilità di occuparsi dei figli minori o portatori di handicap con lui in viaggio, mette a disposizione di un familiare o dell'accompagnatore designato dall'Assicurato un biglietto:

- aereo in classe economica;
- ferroviario in prima classe;
- per il traghetto;

per raggiungere i figli minori o portatori di handicap.

Successivamente la Struttura Organizzativa mette a disposizione all'accompagnatore ed ai figli minori o portatori di handicap un biglietto:

- aereo in classe economica;
- ferroviario in prima classe;
- per il traghetto;

per ritornare alla propria residenza in Italia.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS36 RIENTRO ANTICIPATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio obbligato a rientrare improvvisamente alla propria residenza a causa del decesso di:

- coniuge / convivente more uxorio;
- figlio/a;
- fratello / sorella;
- genitore;
- suocero/a;
- genero / nuora;

fornisce un biglietto:

- aereo in classe economica;
- ferroviario di prima classe;

per raggiungere il luogo in Italia dove è deceduto o dove viene sepolto il familiare.

La Struttura Organizzativa provvedere a far rientrare con l'Assicurato anche un minore purché facente parte del medesimo nucleo familiare e con lui in viaggio.

La Struttura Organizzativa mette a disposizione dell'Assicurato un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare il proprio veicolo qualora si trovasse impossibilitato ad utilizzarlo per rientrare anticipatamente.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno.



ART. AS37 RIENTRO SANITARIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia durante un viaggio, le cui condizioni sanitarie siano tali che i medici della Struttura Organizzativa d'intesa:

- con i medici curanti sul posto; o
- in assenza di questi ultimi, con il medico inviato sul posto dalla Struttura Organizzativa;

ritengano necessario un trasferimento in un istituto di cura prossimo alla residenza in Italia per garantire le cure più adeguate alle condizioni dell'Assicurato, ne organizza il rientro con il mezzo di trasporto più idoneo tra quelli di seguito elencati:

- aereo sanitario limitatamente al trasferimento dai paesi dell'Europa e del bacino del Mediterraneo che non si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dagli altri paesi del mondo con aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato (se necessario con l'accompagnamento di personale medico e/o infermieristico);
- treno di prima classe e qualora ce ne siano le necessità tramite vagone letto;
- autoambulanza.

ESCLUSIONI

Il trasferimento non è previsto per:

- **malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;**
- **infortuni e malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto;**
- **se l'Assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.**

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa e quando il sinistro si verifica oltre 100 km dal comune in cui l'Assicurato è domiciliato.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS38 RIENTRO SANITARIO CON UN FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale sia stata erogata la prestazione al precedente art. AS37 "Rientro sanitario" e qualora i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio di rientro, provvedono all'organizzazione del rientro dell'Assicurato accompagnato da un familiare, utilizzando lo stesso mezzo, fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza.

Qualora la Struttura Organizzativa abbia provveduto al rientro del familiare a proprie spese, la stessa ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto (aereo, ferroviario, ecc.) non utilizzato per il rientro programmato alla residenza.

Rimangono a carico dell'Assicurato le spese di soggiorno del familiare.

Massimale	750 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno.

ART. AS39 RIENTRO DELL'ASSICURATO CONVALESCENTE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato convalescente dopo un ricovero ospedaliero avvenuto durante il viaggio, provvede al suo rientro, ed eventualmente a quello di un suo compagno di viaggio, verso la residenza, purché il rientro avvenga in data e con un mezzo di trasporto diversi da quelli inizialmente previsti mettendo a disposizione un biglietto:

- aereo in classe economica;
- ferroviario ordinario di prima classe;
- per un traghetto.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno.

ART. AS40 RIENTRO DEI FAMILIARI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale venga erogata la prestazione di cui all'art. AS39 "Rientro dell'Assicurato convalescente", fornisce i biglietti di rientro (biglietto aereo in classe economica oppure biglietto ferroviario in prima classe) verso la residenza in Italia anche ai familiari in viaggio con l'Assicurato purché facenti parte dello stesso nucleo familiare, che non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo di trasporto previsto.

La Struttura Organizzativa ha la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggi non utilizzati per il rientro.

Massimale	350 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dall'Italia. 500 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro non avviene dall'Italia.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno.

ART. AS41 RIENTRO FAMILIARI VIAGGIATORI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato a favore del quale sia stata erogata la prestazione al precedente art. AS36 "Rientro sanitario", fornisce ai componenti del suo nucleo familiare che siano con lui in viaggio:

- un biglietto aereo in classe economica; o
- un biglietto ferroviario, prima classe;

per rientrare alla propria residenza in Italia qualora non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato.

La Società ha la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.



Massimale	350 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dall'Italia. 500 euro per persona assicurata se il viaggio di rientro non avviene dall'Italia.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS42 TELEFARMACOLOGIA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale i medici della Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che si trova all'estero e necessita di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, forniscono le informazioni sanitarie richieste.

NOTA BENE:

La Struttura Organizzativa non si sostituisce né al servizio di guardia medica né al servizio nazionale di emergenza.

Il servizio è attualmente disponibile in 18 differenti lingue (italiano, inglese, francese, turco, russo, cinese, thailandese, olandese, ebraico, polacco, portoghese, tedesco, ceco, greco, rumeno, spagnolo, arabo, giapponese).

Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS43 INTERPRETE ALL'ESTERO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato ricoverato presso un istituto di cura per infortunio o malattia e che non abbia familiarità con la lingua del luogo in cui si trova, reperisce ed invia un interprete.

Massimale	8 ore lavorative per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione dell'ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno.

ART. AS44 INVIO MEDICINALI, PROTESI E OCCHIALI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio che abbia bisogno di

- protesi; o
- occhiali; o
- medicinali regolarmente prescritti da un medico;

e che siano introvabili sul posto purché commercializzati in Italia, li reperisce e li invia con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto.

In alternativa la Struttura Organizzativa può fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di quanto acquistato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS45 ANTICIPO SPESE DI PRIMA NECESSITÀ

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato in viaggio colpito da infortunio o malattia, gli anticipa delle spese improvvise di prima necessità che deve sostenere e non può provvedere direttamente ed immediatamente.

L'Assicurato deve restituire la somma anticipata entro un mese dalla data di erogazione. In caso di ritardo, verranno addebitati gli interessi al tasso legale corrente.

COSA FARE IN QUESTO CASO

L'Assicurato deve:

1. comunicarne la causa e l'ammontare della cifra necessaria;
2. fornire le adeguate garanzie bancarie scritte per la restituzione di quanto anticipato;
3. comunicare il suo recapito e quello dei referenti necessari a verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

NOTA BENE:

La prestazione non è operante se il trasferimento di denaro all'estero comporta la violazione delle norme vigenti in materia in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.



CONVALESCENZA

COSA È ASSICURATO

ART. AS46 ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

I servizi di seguito elencati sono attivabili qualora l'Assicurato abbia subito un ricovero in istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico.**

Le modalità per usufruirne delle prestazioni vengono definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e il medico curante.

1. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

La Struttura Organizzativa gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico.

2. PRESTAZIONI PROFESSIONALI

In caso di necessità la Struttura Organizzativa invia al domicilio dell'Assicurato del personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale).

3. SERVIZI SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di eseguire presso il proprio domicilio prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e altri accertamenti diagnostici eseguibili a domicilio e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

4. SERVIZI NON SANITARI

Se l'Assicurato ha bisogno di sbrigare faccende relative alla vita familiare quotidiana quali ad esempio: pagamento di bollettini postali, acquisto di generi di prima necessità, disbrigo di incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori; la Struttura Organizzativa predispone i servizi richiesti.

VALIDO PER I SERVIZI INDICATI AI PUNTI 1. 2. 3. 4.	
Massimale	30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.
Erogabilità	Ogni singolo servizio è erogabile 1 volta per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS47 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia beneficiato della prestazione di cui al precedente art. AS18 "Trasferimento in un centro ospedaliero



attrezzato”, in dimissione dall’istituto di cura a seguito di 2 giorni continuativi di degenza, accertata l’oggettiva necessità da parte dei medici della Struttura Organizzativa, provvede all’organizzazione del suo rientro utilizzando il mezzo di trasporto maggiormente idoneo allo stato di salute dell’Assicurato tra quelli di seguito elencati:

- aereo di linea in classe economica eventualmente in barella;
- treno in prima classe e qualora ce ne sia necessità in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all’anno e comprovata con l’invio del certificato di dimissione emesso dall’istituto di cura.

ART. AS48 ACCOMPAGNATORE IN CASO DI RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell’Assicurato che abbia beneficiato della prestazione di cui al precedente art. AS47 “Rientro dal centro ospedaliero attrezzato”, organizza il viaggio di ritorno di un familiare o di una persona di fiducia designata che accompagna l’Assicurato nel viaggio di rientro.

Rimane a carico dell’Assicurato il costo del viaggio di ritorno dell’accompagnatore.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all’anno.

ART. AS49 INVIO INFERMIERE A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell’Assicurato che necessita di essere assistito da un infermiere nelle due settimane successive alla dimissione da un istituto di cura a seguito di ricovero di durata superiore a 2 giorni continuativi, provvede al suo reperimento e all’invio.

Massimale	500 euro per assicurato e per annualità assicurativa.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all’anno con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l’invio del certificato di dimissione emesso dall’istituto di cura.

ART. AS50 RICERCA FISIOTERAPISTA CONVENZIONATO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che deve sottoporsi a sedute di fisioterapia a seguito di infortunio, reperisce un professionista convenzionato per le sedute necessarie e lo invia al domicilio dell'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi delle sedute di fisioterapia, compreso l'eventuale diritto di uscita.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS51 SERVIZIO DI FISIOTERAPIA A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che abbia riportato traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia improvvisa e dopo averne accertata l'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, invia al domicilio un'assistenza fisioterapica specializzata.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato medico che attesti lo stato di salute dell'Assicurato.

ART. AS52 SERVIZI SANITARI A DOMICILIO

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa a seguito di gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, organizza presso il suo domicilio:

- l'esecuzione di accertamenti diagnostici quali prelievi di sangue, ecografie, esami radiografici e quant'altro necessario purché possa essere eseguito a domicilio;
- il ritiro e la consegna gli esiti degli esami.

Massimale	4 volte per sinistro.
Erogabilità	3 volte per anno assicurativo.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.



Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'operatore sanitario con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.
-------------	---

ART. AS53 CONSEGNA FARMACI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia, ricerca e consegna farmaci commercializzati in Italia presso il domicilio dell'Assicurato per le cure del caso secondo quanto indicato da prescrizione medica.

I costi di acquisto dei medicinali rimangono a carico dell'Assicurato.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS54 FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia necessita di una o più tra le seguenti attrezzature mediche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito;

le fornisce in comodato d'uso per il periodo necessario.

Massimale	90 giorni per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

Nel caso in cui, per cause indipendenti dalla Struttura Organizzativa, non fosse possibile reperire e/o fornire le attrezzature indicate, l'Assicurato avrà diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute per il noleggio dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Massimale	500 euro per sinistro.
-----------	------------------------

ART. AS55 CONCIERGERIE PER VISITE MEDICHE O CICLI DI TERAPIA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che gli pregiudichi la possibilità di spostarsi in autonomia per recarsi presso un istituto di cura al fine di sottoporsi a visite mediche o cicli di terapia prescritte dal medico curante, ne organizza il



trasferimento dal domicilio ed il rientro dall'istituto di cura con il mezzo di trasporto maggiormente idoneo al suo stato di salute.

Qualora necessario, la Struttura Organizzativa assiste l'Assicurato con l'ausilio di un operatore socio-sanitario nelle varie attività che caratterizzano la giornata di:

- visite mediche (meramente a titolo di esempio non esaustivo: orientamento presso l'istituto di cura, accettazione all'arrivo presso l'istituto di cura, compilazione di formulari e richieste, ricerca e fornitura di una carrozzina, recepimento con chiarezza delle indicazioni dei medici, ritiro dei referti, acquisto di farmaci prescritti ed ogni altra necessità collegata, ...);
- cicli di terapia (meramente a titolo di esempio non esaustivo: controlli pre terapia, esami diagnostici, infusioni, periodi di attesa e stasi, rientro al domicilio, ed ogni altra necessità collegata, ...).

Qualora la Struttura Organizzativa venga autorizzata dall'Assicurato e previa sua espressa indicazione con sottoscrizione della relativa liberatoria, tiene costantemente aggiornati i familiari in merito al regolare svolgimento di quanto calendarizzato nella giornata di cura o terapia.

Il calendario dei cicli di terapia viene condiviso con l'Assicurato sin dall'attivazione della prestazione e, qualora ci fossero cambiamenti nella programmazione, la Struttura Organizzativa ne prende atto avvisando tempestivamente i fornitori coinvolti al fine di consentire la corretta erogazione della prestazione all'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi per i trasferimenti e ogni altro onere legato all'erogazione della prestazione.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS56 CONSULENZA PER ADEGUAMENTO ABITAZIONE A SEGUITO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che comporti un'invalidità permanente pari o superiore al 65%, reperisce e commissiona ad un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione.

Massimale	1.000 euro per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS57 TRASPORTO DELLA SALMA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa effettua il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto a seguito di infortunio o malattia dal luogo in cui è avvenuto il decesso fino al luogo di sepoltura in Italia facendo fede la residenza dell'Assicurato.

La Società tiene a proprio carico:

- le spese del feretro sufficienti per il trasporto;
- il costo del trasporto della salma;

- le eventuali spese di recupero della salma con le limitazioni indicate.

ESCLUSIONI

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre.

Massimale	10.000 euro per sinistro anche se coinvolti più assicurati. SPESE DI RECUPERO DELLA SALMA: sotto-massimale di 2.000 euro per sinistro anche se coinvolti più assicurati.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in tutto il MONDO con esclusione dell'ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS58 AUTISTA A DISPOSIZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato che a seguito di immobilizzo, certificato dal proprio medico curante, non sia in grado di guidare e nessun familiare possa farlo per obiettive ragioni, provvede a mettergli a disposizione un taxi o un NCC (Noleggio Con Conducente) per il trasferimento alle visite di controllo o alle sedute di fisioterapia.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno.

ART. AS59 INVIO BABY SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia e che non abbia la possibilità di occuparsi dei propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità, una baby sitter per accudirli.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la baby sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissione emesso dall'istituto di cura.



ART. AS60 INVIO DOG SITTER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di occuparsi del suo animale domestico (cane o gatto di proprietà documentata dell'assicurato), reperisce ed invia, salvo disponibilità, un dog sitter per accudirlo.

Massimale	10 uscite per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con il dog sitter con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

Nel caso in cui, per cause indipendenti dalla Struttura Organizzativa, non fosse possibile reperire il dog sitter entro le 6 ore successive alla richiesta, l'Assicurato avrà diritto al rimborso delle spese effettivamente sostenute e documentabili entro il limite massimo di 300 euro per sinistro.

ART. AS61 ACCOMPAGNAMENTO A SCUOLA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di portare a scuola i propri figli di età inferiore di anni 12, reperisce ed invia, salvo disponibilità e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria, un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS62 ACCOMPAGNAMENTO ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato per almeno 5 giorni consecutivi a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di accompagnare nelle attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore di anni 12, invia, salvo disponibilità, e previa sottoscrizione dell'idonea liberatoria un taxi per accompagnarli.

Massimale	200 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.



Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con l'autista con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS63 SEGNALAZIONE INSEGNANTE ON-LINE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato dimesso dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, che non abbia la possibilità di seguire i propri figli minori studenti regolarmente iscritti alle scuole Primarie e Secondarie di primo grado nello svolgimento dei compiti scolastici, reperisce un'insegnante on-line.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo orario dell'insegnante on-line.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e l'attivazione.

ART. AS64 COLLABORATRICE FAMILIARE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che:

- comporti l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni; o
- in caso di frattura del bacino, femore, della colonna vertebrale; o
- per frattura delle costole purché radiologicamente accertata; o
- in caso di ricovero che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura con o senza intervento chirurgico;

necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per sbrigare le normali attività di conduzione dell'abitazione, reperisce ed invia una collaboratrice familiare.

La Società tiene a proprio carico il costo della collaboratrice familiare.

L'Assicurato può segnalare una collaboratrice di propria fiducia e la Struttura Organizzativa la contatterà per verificare la compatibilità tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e quanto praticato in convenzione. Qualora ci sia compatibilità la Struttura Organizzativa invierà la collaboratrice familiare segnalata dall'Assicurato; qualora invece ci sia eccedenza tariffaria tra la collaboratrice segnalata dall'Assicurato e la tariffa convenzionata, è facoltà dell'Assicurato scegliere la collaboratrice familiare segnalata tenendo a proprio carico l'eccedenza economica rispetto alla tariffa convenzionata.

Massimale	20 giorni per sinistro e 50 euro al giorno e 350 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.



Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata 24 ore su 24 365 giorni all'anno ad orari concordati con la collaboratrice familiare con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS65 SPESA A CASA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia certificati dal medico curante che sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa, organizza la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità.

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi ai beni acquistati.

Massimale	3 volta a settimana massimo 2 buste per richiesta.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa 4 volte per sinistro.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali.

ART. AS66 PAGAMENTO UTENZE DOMICILIARI

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia certificati dal proprio medico curante che si trovi impossibilitato ad uscire autonomamente dal domicilio, provvede per conto dello stesso al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo delle utenze domiciliari.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

In caso di impossibilità da parte della Struttura Organizzativa a provvedere al pagamento entro il termine indicato, si provvederà al rimborso della spesa sostenuta dall'assicurato per l'organizzazione del servizio entro il massimale di 100 euro per sinistro.



ART. AS67 CONSULENZA TELEFONICA CON NUTRIZIONISTA

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato:

- l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni per un periodo superiore a 7 giorni; o
- un periodo di degenza in istituto di cura (compresivi eventuali periodi di ospedalizzazione domiciliare) superiori a 7 giorni;

organizza una consulenza telefonica con un medico nutrizionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.

ART. AS68 SEGNALAZIONE PERSONAL TRAINER

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato:

- l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni per un periodo superiore a 7 giorni oppure;
- un periodo di degenza in istituto di cura (compresivi eventuali periodi di ospedalizzazione domiciliare) superiori a 7 giorni;

provvede a reperire un personal trainer.

Rimane a carico dell'Assicurato l'eventuale costo del professionista.

Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione.

ART. AS69 PULIZIA E RIASSETTO DELL'ABITAZIONE

È attivo un servizio di assistenza grazie al quale la Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato colpito da infortunio o malattia che abbia comportato un periodo di degenza in istituto di cura superiore a 10 giorni, organizza un servizio di pulizia e di riassetto dell'abitazione dell'Assicurato prima del suo ritorno.

Massimale	300 euro per sinistro.
Erogabilità	3 volte per annualità assicurativa.
Estensione territoriale	La prestazione è operante in ITALIA.
Operatività	La prestazione è erogata dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 18:00 esclusi i festivi infrasettimanali



TUA BENESSERE

FORMULA PERSONA

SEZIONE ASSISTENZA

	con un preavviso di almeno 2 giorni rispetto il momento di reale fruizione e comprovata con l'invio del certificato di dimissioni emesso dall'istituto di cura.
--	---

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. AS70 EFFETTI GIURIDICI

1. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative a titolo di compensazione.
2. La Struttura Organizzativa non si assume responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.
3. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di 2 anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del codice civile.
4. In presenza di altre assicurazioni con altra o altre Società di assicurazione o di servizi che prevedono prestazioni analoghe, e nel caso in cui l'altra o le altre Società si siano già attivate, le prestazioni qui garantite, fermi i limiti previsti, si intendono operanti per gli eventuali maggiori costi sostenuti dall'Assicurato e non corrisposti dall'altra Società.
5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa.
7. La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

ART. AS71 AMBITO DI VALIDITÀ TERRITORIALE

Per le prestazioni di Assistenza l'ambito di validità territoriale è riportato all'interno di ciascun articolo. Ove non indicato espressamente le prestazioni di assistenza si intendono operanti in Italia, nella Repubblica di San Marino o nella Città del Vaticano. Ove indicato che la prestazione è operante in Italia si intende sempre anche estesa alla Repubblica di San Marino ed alla Città del Vaticano.

COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

ART. AS72 ESCLUSIONI

SONO ESCLUSI DALLE PRESTAZIONI I SINISTRI CAUSATI O DIPENDENTI DAI CASI SOTTO INDICATI

1. **dolo dell'Assicurato;**
2. malattie e infortuni conseguenti e derivanti da **abuso di alcolici o psicofarmaci**, nonché dall'**uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni**;
3. **malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto;**
4. le **malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana** di gestazione e dal puerperio;
5. **suicidio o tentato suicidio;**
6. **infortuni avvenuti anteriormente** la data di decorrenza della copertura;
7. **infortuni** derivanti dallo svolgimento delle **seguenti attività**: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
8. **espianto e/o trapianto di organi;**
9. **ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;**
10. **guerra, terremoti, fenomeni atmosferici** aventi caratteristiche di **calamità naturale**, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
11. **scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari**, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
12. nei paesi in cui sia in vigore lo **stato di guerra, dichiarata o di fatto.**



SEZIONE TUTELA LEGALE

LA TUTELA LEGALE

Una malpractice medica o sanitaria a volte può avere gravi conseguenze, al punto da rendersi necessaria un'assistenza legale per tutelare i propri diritti ed interessi e per richiedere un equo risarcimento del danno subito.

In questa sezione vengono indicate le norme che regolano i casi per i quali è possibile tutelarsi a livello legale.

1 – COSA È ASSICURATO

ART. TL1 OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società assicura le spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine che non possono essere pretese nei confronti della controparte, che servano agli Assicurati, nell'ambito dei casi indicati al successivo art. TL2 "Casi assicurati".

SI GARANTISCONO:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza;
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia **solo se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da D.A.S.;**
- spese di soccombenza poste a carico dell'Assicurato;
- spese di esecuzione forzata **fino a due tentativi per sinistro;**
- spese dell'organismo di mediazione, **quando la mediazione è obbligatoria;**
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale;
- spese legali per l'intervento di **un solo avvocato per ogni grado di giudizio.**

L'Assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al sinistro, al premio e/o alla Polizza.

ART. TL2 CASI ASSICURATI



La Società assicura le spese di cui all'art. TL1 "Oggetto della garanzia", **sostenute dai soggetti assicurati, nominativamente indicati in Polizza**, a seguito di sinistri insorti per fatti connessi a richieste di risarcimento per danni subiti **a seguito di interventi chirurgici, diagnostici, terapeutici, o altre prestazioni mediche e sanitarie**, per casi anche non direttamente riconducibili alle prestazioni garantite dalla presente Polizza.

E' compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

La garanzia opera per vertenze **contrattuali ed extracontrattuali**, e copre le spese sostenute da tutti gli Assicurati.

La garanzia si intende prestata con un massimale per sinistro e un massimale per anno validi per ciascuno degli Assicurati nominativamente indicati in Polizza.

Massimale	20.000 euro per sinistro con il limite massimo di 100.000 euro per anno assicurativo
-----------	--

2 – CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

Quanto illustrato qui di seguito è valido ed applicabile a tutte le garanzie della presente sezione.

ART. TL3 QUANDO SONO IN COPERTURA I SINISTRI

Sono garantiti i sinistri, cioè gli eventi descritti nel successivo art. TL4 "Quando avviene il sinistro", verificatisi:

a. dalla data di efficacia della copertura assicurativa, per:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato;
- per la violazione o presunta violazione da parte di terzi di norme penali;

fermo in ogni caso quanto previsto all'art. CG2 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione".

b. dopo un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di effetto del contratto:

- in tutte le restanti ipotesi.

NOTA BENE:

Se il contratto è emesso senza interruzione della copertura per lo stesso rischio, dopo un precedente contratto, il periodo di carenza, se previsto, opera soltanto per le garanzie non presenti nel precedente contratto.

ART. TL4 QUANDO AVVIENE IL SINISTRO

La data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica l'evento a seguito del quale insorge la vertenza.

La data dell'evento, in base alla natura della vertenza, **è intesa:**

- per il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'Assicurato, **quella nella quale si è verificato il primo fatto che ha originato il diritto al risarcimento;**
- per tutte le restanti ipotesi, quella in cui la controparte o un terzo ha o avrebbe cominciato a **violare norme di legge o di contratto.**

ART. TL5 PLURALITÀ DI EVENTI



In presenza di più violazioni o eventi dannosi della stessa natura, per determinare il momento dell'evento si fa riferimento alla data della prima violazione o alla data in cui si verifica il primo evento dannoso.

Più violazioni o eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili allo stesso contesto, anche quando coinvolgono più soggetti sono trattati e considerati come un **unico sinistro**.

ART. TL6 PLURALITÀ DI ASSICURATI

Se più Assicurati sono coinvolti nello stesso sinistro, la garanzia opera **con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate**. Se al momento della definizione del sinistro il massimale non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli Assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

ART. TL7 AMBITO DI VALIDITÀ TERRITORIALE



DOVE OPERANO LE GARANZIE

A deroga dell'art. CG6 "Validità territoriale", le garanzie della presente sezione operano nell'Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, **se in questi paesi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario competente**.



3 – COSA NON È ASSICURATO E LIMITI DI COPERTURA

Quanto riportato in questo capitolo si intende valido e applicabile a tutte le garanzie della presente sezione.

ART. TL8 ESCLUSIONI

ESCLUSIONI DI RISCHIO

Sono esclusi i rischi relativi a:

- 1) materia fiscale o amministrativa;
- 2) attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dagli Assicurati, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici;
- 3) fatti dolosi commessi dalle persone assicurate;
- 4) esercizio da parte degli Assicurati della professione o attività medica o di operatore sanitario;
- 5) prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva.

ESCLUSIONI DI GARANZIA

SPESE

È escluso il rimborso di:

- 1) compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- 2) compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;
- 3) compensi dell'avvocato domiciliatario se non indicato da D.A.S.;
- 4) spese per l'indennità di trasferta;
- 5) spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro;
- 6) spese dell'organismo di mediazione quando la mediazione non è obbligatoria;
- 7) imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia;
- 8) multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;
- 9) spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali;
- 10) spese non concordate con D.A.S.;
- 11) in caso di domiciliazione ogni duplicazione di onorari.

VERTENZE

Sono escluse le vertenze relative a:

- 12) fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- 13) fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- 14) proprietà, guida o circolazione di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;
- 15) fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
- 16) adesione ad azioni di classe (class action).



SEZIONE OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

“COSA FARE IN CASO DI”

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In questa sezione vengono indicate le regole da seguire in caso di sinistro, per rendere più semplici l'accesso alle prestazioni, la denuncia e la presentazione delle pratiche per la liquidazione.

SEZIONE SALUTE: CHE OBBLIGHI HO?

ART. SS1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO – MODALITA' DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI, DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

MODULO PREVENZIONE

a) SERVIZI DIGITALI LEGATI AL MODULO PREVENZIONE TUA BENESSERE: PORTALE BENESSERE

Ciascun Assicurato può effettuare la registrazione e l'accesso ai servizi del Portale Benessere, tramite la creazione di un'utenza personale secondo le modalità sotto riportate.

Il Portale Benessere è raggiungibile <https://benessere.gruppocattolica.it/tua> e per usufruire dei servizi dedicati è necessario effettuare:

- la **login**, se l'Assicurato è già in possesso delle credenziali per accedere ad altri canali digitali Tua (quali Area Riservata Web e Tua App);



- o, una **nuova registrazione** tramite EGO (sistema di identità digitale) al fine di ottenere le credenziali di accesso (utilizzabili anche per tutti gli altri servizi digitali TUA: Area Riservata Web, App Tua).

CONSULTO DI ONBOARDING CON COACH DEL BENESSERE

L'Assicurato può richiedere il consulto telefonico con il Coach del Benessere tramite apposita funzionalità presente su Portale Benessere, indicando la fascia oraria preferita per il ricontatto da parte del Medico tra le 3 fasce proposte (9:00 - 12:00; 12:00 - 14:00; 14:00 - 18:00). Il Medico, a partire dal terzo giorno lavorativo successivo alla richiesta, ricontatterà l'Assicurato nella fascia oraria e al numero di telefono indicato per effettuare il consulto. In caso di mancata risposta da parte dell'Assicurato, il Medico effettuerà due ulteriori tentativi di contatto. In caso di mancata risposta, a fronte dei 3 tentativi, il Medico riterrà la richiesta di consulto annullata e l'Assicurato potrà richiedere nuovamente il consulto. Durante il consulto di onboarding, il Coach del Benessere farà delle domande integrative all'Assicurato sul suo stato di salute e potrà apportare delle modifiche al Percorso di Prevenzione (in termini di integrazione/modifiche/eliminazione di azioni di prevenzione). L'Assicurato al termine del consulto riceverà una notifica relativa all'aggiornamento del suo Percorso di Prevenzione che potrà visualizzare nella sezione dedicata del Portale Benessere.

Condizioni di utilizzo:

In polizza è incluso 1 consulto con il Coach del Benessere per ogni Assicurato da consumare nell'arco dell'annualità contrattuale; una volta effettuato il consulto non sarà più possibile richiedere il consulto per l'annualità in corso.

b) SERVIZI DIGITALI LEGATI AL MODULO PREVENZIONE TUA BENESSERE: WELION APP

Ciascun Assicurato può effettuare la registrazione e l'accesso ai servizi della Welion App.

Per usufruire dei servizi della Welion App (Tele/Videoconsulto con medico di medicina generale, Welion Card), l'Assicurato deve scaricare l'App Welion da store Apple o Android e seguire il processo di registrazione per ottenere le credenziali di accesso.

TELE/VIDEOCONSULTO MEDICO

L'Assicurato, una volta effettuato l'accesso alla Welion App, potrà richiedere un consulto con un medico di medicina generale accedendo all'apposita funzionalità e specificando la modalità di fruizione preferita tra teleconsulto o videoconsulto.

Al termine del consulto l'Assicurato potrà visualizzare nella Welion App e/o ricevere via mail eventuali ricette bianche e/o referti che l'Assicurato potrà scaricare e autonomamente caricare nella sezione Cartella Medica del Portale Benessere. Sempre nella Welion App sarà possibile visualizzare lo storico dei consulti effettuati.

Condizioni di utilizzo:

Il tele/videoconsulto medico può essere richiesto tramite Welion App senza necessità di prenotazione, 24 ore su 24, 7 giorni su 7. In Polizza sono inclusi:

- 1 consulto medico nel caso in cui la Polizza preveda un solo Assicurato;
- 3 consulti medici nel caso in cui la Polizza preveda più di un Assicurato;

da consumare nel corso di ciascuna annualità contrattuale.

NOTA BENE:

La funzionalità di tele/videoconsulto non è disponibile con Contraente Persona Giuridica.

WELION CARD

L'Assicurato, una volta effettuato l'accesso alla Welion App, potrà accedere alla funzionalità Welion Card tramite la quale:

- ricercare le strutture convenzionate sulla mappa tramite geolocalizzazione;
- visualizzare la Welion Card in formato digitale, da mostrare in Struttura al momento della visita/prestazione così da beneficiare della tariffa convenzionata riservata ai Clienti TUA Benessere.

I costi delle prestazioni saranno a carico dell'Assicurato.

c) CHECK-UP

Le prestazioni di check-up potranno essere effettuate sul territorio italiano esclusivamente presso le strutture convenzionate con Generali Welion S.c.a.r.l.

Per effettuare le prestazioni descritte nell'art. SPR3 "Check-up", l'Assicurato potrà prenotare direttamente presso la struttura prescelta, comunicando il pacchetto prescelto ed il relativo codice, e contattando successivamente la Centrale Operativa Benessere che dovrà autorizzare la prestazione inviando conferma di presa in carico diretta.

La Centrale Operativa Benessere è accessibile ai seguenti recapiti:

dall'Italia al numero verde 800 833 800
dall'estero al numero 02 24 128 693
(dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

In alternativa, l'Assicurato potrà accedere al Portale Benessere al link:

<https://benessere.gruppocattolica.it/tua>

per inserire la richiesta di prestazione. La Centrale Operativa Benessere procederà a verificare la presa in carico diretta e darà comunicazione all'Assicurato entro 3 giorni lavorativi in caso di prestazioni ambulatoriali, 5 giorni lavorativi in caso di prestazioni di ricovero.

NOTA BENE:

Solo ed esclusivamente nel caso in cui, seguito contatto con la Centrale Operativa Benessere, l'Assicurato appuri che non è presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla sua residenza, previa autorizzazione della stessa Centrale Operativa Benessere, potrà scegliere una struttura non convenzionata a sua scelta per effettuare solo gli esami indicati all'art SPR3 "Check-up" chiedendo poi il rimborso della spesa sostenuta con il massimo di 100 euro in caso di "Check-up" Base e di 160 euro in caso di "Check-up" Top.

MODULI DIAGNOSI, CURA, CONVALESCENZA

1) VISITE SPECIALISTICHE, RICOVERI, INTERVENTI CHIRURGICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

Per le seguenti garanzie presenti nei Moduli DIAGNOSI, CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:

- art. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici";
- art. SD2 "Alta diagnostica";



- art. SC1 “Oggetto della garanzia” per la garanzia “a) Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery” e relativo art. SC2 “Estensioni di garanzia sempre operanti - base”;
- art. SC4 “Oggetto della garanzia” per la garanzia “b) Grandi interventi chirurgici” e relativo art. SC5 “Estensioni di garanzia sempre operanti - base”;
- art. SP2 “Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa”;

l'Assicurato può scegliere se ricorrere:

- 1) **agli istituti di cura convenzionati.** In questo caso la Società paga le spese sostenute direttamente all'istituto convenzionato, al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali, secondo le modalità indicate all'art. SS2 “Pagamento diretto”;
- 2) **agli istituti di cura non convenzionati.** In questo caso la Società rimborsa le spese sostenute all'Assicurato, al netto delle eventuali franchigie e /o limitazioni contrattuali, secondo le modalità indicate all'art. SS3 “Rimborso”.

2) DIARIE ED INDENNITÀ' FISSE

Per le seguenti garanzie presenti nei Moduli CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:

- art. SC11 “Oggetto della garanzia” per la garanzia “a) Diaria da ricovero”;
- art. SC13 “Diaria da immobilizzo da infortunio o malattia”;
- art. SC14 “Riposo terapeutico domiciliare”;
- art. SP1 “Diaria da convalescenza”;
- art. SC17 “Inabilità temporanea da infortunio grave o malattia”

e per le diarie sostitutive presenti nelle garanzie:

- art. SC2 “Estensioni sempre operanti - base” relative alla garanzia “a) Ricoveri, Interventi chirurgici, day hospital e day surgery”;
- art. SC5 “Estensioni sempre operanti - base” relative alla garanzia “b) Grandi interventi chirurgici”;

l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto previa presentazione della documentazione medica attestante il sinistro (a titolo esemplificativo, ma non esaustivo: cartella clinica completa e documentazione medica) che dovrà eventualmente essere integrata in caso di richiesta della Centrale Operativa Benessere. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 “Rimborso”.

3) INDENNITÀ' A RIMBORSO

Per le seguenti garanzie presenti nel Modulo CURA:

- art. SC3 “Estensioni sempre operanti - extra” relative alla garanzia “a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery”;
- art. SC6 “Estensioni sempre operanti - extra” relative alla garanzia “b) Grandi interventi chirurgici”;

e per le seguenti garanzie dei Moduli CURA e CONVALESCENZA, se acquistate:

- art. SC15 “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare” per il Modulo CURA;
- art. SP3 “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare” per il Modulo CONVALESCENZA.

l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto previa presentazione della documentazione medica e delle spese sostenute. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 “Rimborso”.

4) DENTAL

Per usufruire delle prestazioni di cui all'art. SC16 "Dental", se acquistata, l'Assicurato potrà ricorrere esclusivamente agli istituti di cura convenzionati della rete di Generali Welion S.c.a.r.l.. La denuncia del sinistro e la relativa gestione dovranno avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS2 "Pagamento diretto".

5) MALATTIE GRAVI (CRITICAL ILLNESS)

Per beneficiare della garanzia di cui all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)" presente nel Modulo CURA, se acquistata, l'Assicurato potrà richiedere l'indennizzo previsto previa presentazione della documentazione medica attestante il sinistro, che dovrà eventualmente essere integrata in caso di richiesta della Centrale Operativa Benessere. La denuncia del sinistro dovrà avvenire entro 90 giorni dalla data della diagnosi della malattia grave.

La gestione del sinistro dovrà avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

Per la malattia grave "Ictus (con deficit neurologico permanente)" il termine di 90 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma del deficit neurologico permanente redatto da un neurologo trascorsi almeno 90 giorni dalla data di manifestazione dell'evento.

Per la malattia "Infarto del Miocardio (con menomazione della funzionalità cardiaca)" il termine di 90 giorni decorre dall'acquisizione da parte dell'Assicurato del certificato di conferma della riduzione permanente della frazione di eiezione ventricolare sinistra al di sotto del 50%, da misurarsi trascorsi almeno 30 giorni dalla data dell'evento.

La denuncia dovrà essere corredata dalla relativa documentazione medica (copia di parere medico rilasciato, cartella clinica integrale, esami medici eventualmente eseguiti) comprovante la diagnosi della malattia grave. Ulteriori dettagli sulla documentazione medica da fornire possono essere trovati nelle definizioni delle "Malattie gravi (critical illness)" coperte dalla Polizza.

La malattia grave si considera insorta nel momento in cui viene diagnosticata, e quindi, alla data indicata nella documentazione medica fornita dall'Assicurato al momento della denuncia.

6) TEST "FOUNDATIONONE CDX E FOUNDATIONONE LIQUID CDX" PER LA PROFILAZIONE GENOMICA DELLE MALATTIE ONCOLOGICHE

Per beneficiare della garanzia di cui all'art. SC15 "Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare", punto "Test "FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx" per la profilazione genomica delle malattie oncologiche", presente nel Modulo CURA, l'Assicurato, che ha ricevuto una diagnosi di una malattia oncologica non benigna in stato localmente avanzato o metastatica e previa specifica prescrizione dei test di Foundation Medicine da parte dei medici che lo hanno in cura o del proprio medico curante deve contattare la Centrale Operativa Benessere per verificare la validità dei requisiti di accesso alla prestazione.

Successivamente, l'Assicurato dovrà mettersi direttamente in contatto con uno dei centri convenzionati rilevabili dal portale istituzionale e concordare la modalità della prestazione:

- il prelievo del sangue o la preparazione del tessuto tumorale;
- presso il centro convenzionato o presso il domicilio dell'Assicurato stesso (per il servizio di prelievo a domicilio verificare gli specifici centri convenzionati che sono deputati ad erogarlo).

L'Assicurato dovrà infine aver cura di comunicare alla Centrale Operativa Benessere le modalità concordate di esecuzione della prestazione e la struttura convenzionata prescelta per l'apertura del sinistro.

I campioni verranno inviati, con spese a carico di Roche spa, al laboratorio specializzato per le analisi genomiche di Foundation Medicine.

NOTA BENE:

Al medico che ha fatto la richiesta del test per l'Assicurato verrà restituito un referto contenente, le informazioni sulle mutazioni genomiche rilevate, associate alle possibili terapie disponibili ed in studio supportate da un dettagliato elenco bibliografico di pubblicazioni scientifiche.

ART. SS2 PAGAMENTO DIRETTO

L'Assicurato, o i suoi familiari, dovranno preventivamente **contattare telefonicamente la Centrale Operativa Benessere:**

dall'Italia al numero verde 800 833 800

dall'estero al numero 02 24 128 693

(dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

indicando la prestazione di cui intende usufruire e tutte le altre informazioni inerenti la richiesta di attivazione del pagamento diretto.

In alternativa, l'Assicurato potrà accedere al Portale Benessere al link:

<https://benessere.gruppocattolica.it/tua>

per inserire la richiesta di prestazione.

La Centrale Operativa Benessere, verificata la regolarità amministrativa, la validità della garanzia ed eventuale documentazione medica, invia mail con conferma entro 3 giorni lavorativi in caso di prestazioni ambulatoriali e 5 giorni lavorativi in caso di prestazioni di ricovero, presa in carico e indicazione franchigia, se presente, oppure comunica all'Assicurato che la prestazione non è autorizzabile.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. **L'Assicurato, pena la decadenza della copertura assicurativa, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.**

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI:

Restano a carico dell'Assicurato le seguenti eventuali spese che dovrà pagare direttamente all'istituto di cura convenzionato:

- per prestazioni non garantite dal contratto;
- eccedenti il massimale assicurato;
- non autorizzate dalla Centrale Operativa Benessere.

NOTA BENE:

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'Assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso".

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa Benessere non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa

gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate all'art. SS3 "Rimborso" con successivo rimborso delle spese sostenute senza applicazione dell'eventuale scoperto previsto dalla garanzia.

Tuttavia se l'Assicurato in caso di emergenza fa ricorso ad un istituto di cura convenzionato e intende usufruire del pagamento diretto delle prestazioni, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari, telefonare alla Centrale Operativa Benessere entro il primo giorno lavorativo successivo al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale, impegnandosi ad inviare la documentazione richiesta atta ad attivare il pagamento diretto, entro 48 ore dal ricovero e comunque prima della dimissione.

Resta comunque inteso che il ricorso alle case di cura convenzionate in caso di emergenza non è da intendersi come automatica presa in carico del sinistro, dovendosi subordinare l'autorizzazione al ricovero all'esame della documentazione medica che l'Assicurato si impegna a fornire.

In tutti i casi, invece, in cui l'Assicurato non contatta la Centrale Operativa Benessere, sia in Italia che all'estero, il sinistro sarà liquidato a rimborso con l'applicazione dell'eventuale scoperto previsto dalla garanzia e nei limiti delle somme assicurate previste per le prestazioni senza attivazione del pagamento diretto.

NOTA BENE:

Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contraente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro è **facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.**

ART. SS3 RIMBORSO

L'Assicurato dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, **denunciare il sinistro non appena ne abbia avuto possibilità.**

Ai fini della denuncia l'Assicurato potrà accedere al Portale Benessere al link:

<https://benessere.gruppocattolica.it/tua>

per inserire la richiesta di rimborso spese e caricare la documentazione richiesta.

La richiesta di rimborso delle spese mediche deve essere fatta a cure ultimate e corredata dai seguenti documenti giustificativi:

- fatture, ricevute fiscali, notule di spesa o ricevute debitamente quietanzate in copia;
- esami medici eventualmente eseguiti o altra documentazione sanitaria in copia, tranne gli esami radiologici o altro che non possono essere trasmessi in copia;
- prescrizione medica in copia;
- cartella clinica e /o documento sostitutivo in copia;
- i documenti che comprovino il periodo di permanenza all'estero in copia.

La Società si riserva in ogni momento la possibilità di procedere a un accertamento medico diretto sull'Assicurato, o effettuare ulteriori indagini. **L'Assicurato, pena la decadenza della copertura assicurativa, si rende disponibile a fornire le dichiarazioni richieste dalla Società nonché a presentare le eventuali prove utili a stabilire cause ed effetti della patologia.**

La Centrale Operativa Benessere, verificata la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la documentazione ricevuta, invia comunicazione con conferma del rimborso, oppure richiede ulteriore documentazione ad integrazione di quanto già inviato, ovvero comunica all'Assicurato che la prestazione non è rimborsabile, secondo le tempistiche indicate all'art SS4 "Verifica dell'indennizzabilità e termini per la liquidazione del capitale".



Per informazioni sullo stato di avanzamento del sinistro **contattare telefonicamente la Centrale Operativa Benessere:**

dall'Italia al numero verde 800 833 800
dall'estero al numero 02 24 128 693
(dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì)

NOTA BENE:

Laddove sia stato aperto un **procedimento giudiziario** a carico del Contraente e/o dell'Assicurato relativamente al sinistro è **facoltà della Società posticipare il pagamento sino alla conclusione del procedimento stesso.**

ART. SS4 VERIFICA DELL'INDENNIZZABILITÀ E TERMINI PER LA LIQUIDAZIONE DEL CAPITALE

La Società, ricevuta tutta la documentazione richiesta, verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni lavorativi decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa.



Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 10 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dall'accertamento.

Con riferimento alle garanzie di cui all'art. SC7 "Oggetto della garanzia" per la garanzia "c) Malattie gravi (critical illness)", in cui ai fini dell'indennizzabilità è necessario valutare le condizioni generali di salute dell'Assicurato, è previsto un termine di 50 giorni che decorre dalla data di effettuazione dell'accertamento medico-legale o eventuale visita cui la Società sottopone l'Assicurato.

In caso di decesso dell'Assicurato il capitale verrà liquidato ai suoi eredi.



Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 30 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 30 giorni dall'accertamento.

Il pagamento a favore dell'Assicurato viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

ART. SS5 OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SPESE SANITARIE LIQUIDATE DALLA SOCIETÀ E NON DOVUTE

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della Polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la Centrale Operativa Benessere invierà all'Assicurato, mediante raccomandata o posta elettronica certificata PEC con ricevuta di ritorno, la richiesta di restituzione delle somme erogate.



L'Assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, alla Società, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate dalla Società, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi sopra previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

ART. SS6 CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.



Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta.

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

Resta fermo il diritto dell'Assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.

ART. SS7 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

SEZIONE ASSISTENZA, SEZIONE SALUTE (PRESTAZIONI ORGANIZZATIVE) – CHE OBBLIGHI HO?

ART. SS8 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Per poter usufruire delle prestazioni riportate:

- **nella sezione Assistenza**
- **nella sezione Salute, relativamente alle sole prestazioni organizzative indicate ai seguenti articoli:**
 - **art. SC15 e art. SP3 “Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare” presenti rispettivamente nei Moduli CURA e CONVALESCENZA.**





TUA BENESSERE

FORMULA PERSONA

SEZIONE OBBLIGHI E INTERVENTI NEI VARI CASI DI SINISTRO

- art. SC3 e art. SC6 “Estensioni sempre operanti - extra” per le prestazioni “Invio di un’ambulanza” presenti all’interno del Modulo CURA;
- art. SP4 “Prestazioni organizzative di servizio” presente all’interno del Modulo CONVALESCENZA;

L'Assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l’effettuazione.



Per le prestazioni organizzative previste nella sezione Salute:

- l’erogazione della prestazione avviene nella fascia oraria indicata all’interno di ciascun articolo;
- il rimborso delle spese sostenute, quando previsto, avviene secondo le modalità indicate all’art. SS3 “Rimborso”

Per le prestazioni previste nella sezione Assistenza:

- l’erogazione della prestazione avviene nella fascia oraria indicata all’interno di ciascun articolo;
- le richieste di rimborso delle spese sostenute, a condizione che siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa, devono essere inoltrate, insieme ai giustificativi in originale a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

oppure tramite posta elettronica all’indirizzo:

assistenza.tua@IMAItalia.it

INFORMAZIONI DA FORNIRE:



- codice fiscale dell'Assicurato o numero di contratto;
- tipo di servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa potrà contattarlo nel corso dell'erogazione della prestazione.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato di formalizzare per iscritto la richiesta di assistenza con l'integrazione di ulteriore documentazione da spedire a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione; **in ogni caso è sempre necessario inviare alla Struttura Organizzativa la documentazione in originale (non in fotocopia) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese effettivamente sostenute.**

Eventuali richieste di rimborso delle spese effettivamente sostenute, a condizione che:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa o
- siano state organizzate senza possibilità di preventivo contatto da parte dell'Assicurato con la Struttura Organizzativa a seguito di causa di forza maggiore;

devono essere inoltrate, corredate dai relativi giustificati delle spese effettivamente sostenute, a:

**IMA Servizi S.c.a.r.l.
Piazza Indro Montanelli, 20
20099 Sesto San Giovanni (MI)**

oppure tramite posta elettronica all'indirizzo: rimborsi.tua@IMAItalia.it

La Struttura Organizzativa liquida entro 60 giorni dalla data di ricezione della documentazione completa.



NOTA BENE:

Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto all'assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro e abbia provveduto in autonomia ad attivare le prestazioni senza previa autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa.

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa non saranno rimborsate.

SEZIONE TUTELA LEGALE

ART. ST1 PREMESSA DI AFFIDAMENTO DEI SINISTRI

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a:

D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.
Via Enrico Fermi 9/B – 37135 VERONA

in questa documentazione brevemente denominata **D.A.S.** alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

La Società si riserva la facoltà, a ogni scadenza annuale, di affidare ad altra impresa la gestione dei sinistri, dandone tempestiva comunicazione al Contraente.

Per tutte le prestazioni di Tutela Legale previste dalla Polizza è istituito un servizio di consulenza telefonica: alla quale l'Assicurato può rivolgersi chiamando il numero gratuito:

Servizio di Consulenza
Telefonica e Tutela Legale
D.A.S.

NUMERO VERDE:
800 533 533
DALL'ESTERO:
+39 045 83 92 723

Lunedì – venerdì 8.00 – 18.00



COSA OFFRE D.A.S. ALL'ASSICURATO?

- **una prima consulenza legale** in materia contrattualistica;
- **chiarimenti** su leggi, decreti e normative vigenti;
- **informazioni** sul contenuto e la portata delle garanzie previste nella presente Polizza;
- **informazione** sugli adempimenti previsti in caso di interventi dinanzi all'Autorità Giudiziaria.



COSA BISOGNA COMUNICARE SEMPRE?

- nome e cognome dell'Assicurato;
- numero di Polizza.

CHE OBBLIGHI HO?

ART. ST2 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO



COSA DEVE FARE L'ASSICURATO?

L'Assicurato deve:

1. **Denunciare immediatamente alla Società e/o D.A.S. qualsiasi sinistro** nel momento in cui ne ha conoscenza. La denuncia del sinistro deve pervenire alla Società e/o D.A.S. nel **termine massimo di 24 mesi dalla data di cessazione del contratto e, in ogni caso, nel rispetto del termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.**

Nel caso in cui la presente Polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una Polizza precedente della Società, il termine di denuncia dei sinistri decorre per tutte le polizze dalla data di scadenza della Polizza più recente;

2. **Informare immediatamente la Società e/o D.A.S. in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro** nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione. **In mancanza, D.A.S. non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire;**
3. **Fornire le prove e argomentazioni per permettere ad D.A.S. di valutare la copertura assicurativa delle spese della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni;**
4. **Restituire le spese che sono state anticipate da D.A.S. quando ha diritto di recuperarle dalla controparte.**

ART. ST3 COME DENUNCIARE IL SINISTRO



L'Assicurato può denunciare i nuovi sinistri utilizzando:

DENUNCIA SINISTRI E
SUCCESSIVA GESTIONE SINISTRI:

NUMERO VERDE:

800 833 800

DALL'ESTERO:

+39 02 24 12 86 93

Lunedì – venerdì 8.00 – 18.00

E – mail: sinistri@das.it



NOTA BENE:

L'Assicurato deve informare la Società e/o D.A.S., in modo completo e veritiero, di tutti i particolari del sinistro nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.

In mancanza, D.A.S. non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.



ART. ST4 GESTIONE DEL SINISTRO

CHI GESTISCE LA VERTENZA?

Ricevuta la denuncia, previa valutazione della copertura assicurativa, D.A.S. gestisce la vertenza al fine di realizzarne il bonario componimento, demandando ad avvocati di propria scelta la trattazione stragiudiziale, anche in sede di mediazione.

Ove il tentativo di definizione stragiudiziale o la mediazione non riescano, l'Assicurato comunica ad D.A.S. gli elementi probatori e/o le argomentazioni su cui fondare l'azione o la resistenza in giudizio al fine di permettere ad D.A.S. di valutare le possibilità di successo. Qualora tale valutazione abbia esito positivo, la gestione della vertenza viene affidata all'avvocato scelto nei termini dell'art. ST6 "Libera scelta del legale per la fase giudiziale".

In sede penale la difesa viene affidata direttamente all'avvocato scelto nei termini dell'art. ST6 "Libera scelta del legale per la fase giudiziale".

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado successivo di procedimento qualora l'impugnazione presenti possibilità di successo.

In ogni caso la copertura delle spese legali per la transazione della vertenza, per l'instaurazione o la costituzione in giudizio e per la copertura delle spese per il Consulente Tecnico di Parte devono essere preventivamente confermate da D.A.S..

La Società e/o D.A.S. non sono responsabili dell'operato dei Consulenti Tecnici.



ART. ST5 TERMINE PER IL PAGAMENTO DEL SINISTRO

COME E QUANDO VIENE PAGATO L'INDENNIZZO?

D.A.S. può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che D.A.S. assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, D.A.S. rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

Il pagamento delle spese garantite avviene entro il termine di 30 giorni dalla presentazione della documentazione prevista in Polizza, previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.



ART. ST6 LIBERA SCELTA DEL LEGALE PER LA FASE GIUDIZIALE

L'Assicurato, limitatamente alla fase giudiziale e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, ha il diritto di scegliere liberamente l'avvocato cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto all'Albo degli Avvocati dell'Ufficio Giudiziario competente per la vertenza oppure del proprio luogo di



residenza o della sede legale del Contraente / Assicurato. In quest'ultimo caso, se necessario, D.A.S. indica il nominativo del domiciliatario.

L'Assicurato deve in ogni caso conferire regolare mandato per la gestione della vertenza o per la difesa penale all'avvocato così individuato.

La Società e/o D.A.S. non sono responsabili dell'operato degli avvocati.

ART. ST7 DISACCORDO CON D.A.S. PER LA GESTIONE DEL SINISTRO E CONFLITTI DI INTERESSI

In caso di disaccordo tra l'Assicurato e D.A.S. in merito alla gestione del sinistro, la decisione può essere affidata a un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del codice di procedura civile.

Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con D.A.S..

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale;
- Interventi di cranioplastica;
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale;
- Asportazione tumori dell'orbita;
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari);
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore;
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mielopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica;
- Interventi sul plesso brachiale.

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare;
- Interventi di enucleazione del globo oculare.

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale;
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. di cordectomia);
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale);
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare;
- Ricostruzione della catena ossiculare;
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico;
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari.

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale;
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia.

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici;
- Interventi per fistole bronchiali;
- Interventi per echinococchi polmonare;
- Pneumectomia totale o parziale;
- Interventi per cisti o tumori del mediastino.

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna.

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica;
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica;
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica;
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale;
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario;
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi;
- Asportazione di tumore glomico carotideo.

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago;
- Interventi con esofagoplastica;
- Interventi per mega-esofago;
- Resezione gastrica totale;
- Resezione gastro-digiunale;
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica;
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia);
- Interventi di amputazione del retto-ano;
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale;
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale;
- Drenaggio di ascesso epatico;
- Interventi per echinococchi epatica;
- Resezione epatiche;
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari;
- Interventi chirurgici per ipertensione portale;
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica;
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica;
- Interventi per neoplasie pancreatiche.

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale;
- Surrenalectomia;
- Interventi di cistectomia totale;
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia;
- Cistoprostatovesicolectomia;
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale;
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare.

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia;
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica;
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale;

- Interventi di stabilizzazione vertebrale;
- Interventi di resezione di corpi vertebrali;
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni;
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei;
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio;

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti.