

Zurich MediCare

Contratto di Assicurazione per la protezione
della persona a copertura dei rischi:
Spese sanitarie, Prestazioni extraospedaliere,
Diaria da ricovero e Assistenza.

Glossario e Condizioni di Assicurazione

Condizioni Contrattuali redatte secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico
ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni intermediari per i Contratti Semplici e Chiari

Edizione 07.2021



Zurich MediCare

Condizioni Contrattuali redatte secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico
ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni intermediari per i Contratti Semplici e Chiari

Indice

Glossario

3 di 34

Sezione 1 - **Norme comuni a tutte le garanzie**

	Dove vale la copertura?	5 di 34
	Che obblighi ho?	5 di 34
	Quando e come devo pagare?	6 di 34
	Quando comincia e quando finisce la copertura?	6 di 34
	Come posso disdire la Polizza?	7 di 34
	Altre informazioni	7 di 34

Sezione 2 - **Assicurazione medica**

	Che cosa è assicurato e come?	8 di 34
	Che cosa non è assicurato?	11 di 34
	Cosa fare in caso di Sinistro?	13 di 34
	Come è gestito il Sinistro?	14 di 34

Sezione 3 - **Assistenza**

	Che cosa è assicurato e come?	17 di 34
	Dove vale la copertura?	22 di 34
	Che cosa non è assicurato?	23 di 34
	Cosa fare in caso di Sinistro?	23 di 34

Allegato 1 - Massimali, limiti di Indennizzo e Scoperto	24 di 34
---	----------

Allegato 2 - Adeguamento del Premio per età	27 di 34
---	----------

Allegato 3 - Modulo richiesta di presa in carico diretta	29 di 34
--	----------

Allegato 4 - Modulo per il rimborso indiretto	31 di 34
---	----------

Allegato 5 - Modulo per il rimborso spese nell'ambito di un Ricovero attivato in forma diretta presso il Network convenzionato	33 di 34
---	----------

Legenda



Che cosa è assicurato e come?

Descrive i contenuti e il funzionamento delle singole garanzie e delle eventuali limitazioni e declina le garanzie che sono sempre operative e quelle opzionali.

Le garanzie acquistate e le relative caratteristiche sono indicate in *Polizza*.



Che cosa non è assicurato?

Descrive le esclusioni ovvero danni, eventi o persone non assicurabili e che sono esclusi dalla copertura assicurativa.



Cosa fare in caso di Sinistro?

Fornisce le istruzioni dettagliate su come comportarsi in caso di *Sinistro* (ad esempio quando e come fare la denuncia, quali documenti servono, chi contattare e come farlo).



Come è gestito il Sinistro?

Fornisce le informazioni sulla procedura e sulle tempistiche di accertamento del *Sinistro* da parte della *Compagnia* ed i tempi e le modalità di liquidazione dell'*Indennizzo*.



Dove vale la copertura

Descrive l'ambito geografico di validità della copertura.



Che obblighi ho?

Contiene gli obblighi e gli adempimenti del *Contraente/Assicurato* all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.



Quando e come devo pagare?

Fornisce le informazioni sulle modalità e sulle tempistiche di pagamento dei *Premi*.



Quando comincia e quando finisce la copertura?

Contiene le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto ed anche le modalità di rinnovo.



Come posso disdire la Polizza?

Fornisce le informazioni sulle modalità di disdetta del contratto ed i tempi.



Fornisce ulteriori informazioni a supporto e a completamento di un determinato argomento.

Alcune *Parole* sono scritte sempre in ***corsivo*** e con la prima lettera maiuscola: sono quelle spiegate nel **Glossario**.

Glossario

Accesso non autorizzato - Accesso o utilizzo di un *Sistema informativo* o di un'infrastruttura di rete da parte di persone non autorizzate.

Apparecchio di contenzione inamovibile: mezzo di contenzione costituito da fasce gessate, rigide o altri apparecchi ortopedici immobilizzanti applicabili e rimovibili esclusivamente dal proprio medico curante oppure da personale medico o paramedico presso *Istituti di cura* pubblici o privati.

Assicurato/a - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'*Assicurazione*.

Assicurazione - Il contratto di *Assicurazione*.

Attacco Cyber - Azione di tipo informatico posta in essere da terzi allo scopo di arrecare danni a cose o persone.

Attacco DoS - Azione o istruzione concepita o generata allo scopo di danneggiare, interferire o colpire la disponibilità di reti, servizi di rete, connettività di rete o *Sistemi informativi*, ivi inclusa, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la creazione di traffico di rete eccessivo negli indirizzi di rete, lo sfruttamento delle debolezze dei sistemi o delle reti e la creazione di traffico eccessivo o non genuino tra reti.

Carenza – Termini di Carenza - Periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante. **Le Malattie che si manifestano nel periodo di Carenza non danno diritto ad alcun Indennizzo derivante dalla copertura assicurativa anche se la diagnosi viene certificata a periodo di Carenza compiuto. Anche il Ricovero iniziato durante il periodo di Carenza e proseguito oltre lo stesso non dà diritto alla prestazione prevista dall'Assicurazione.**

Centro medico - Il centro, anche non adibito al *Ricovero* dei malati, regolarmente autorizzato all'erogazione di prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*, cure termali.

Chirurgia bariatrica (detta anche "chirurgia dell'obesità") - *Interventi chirurgici* aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Cloud - Rete di server e/o sistemi di storage remoti, collegati tra loro e/o alla rete Internet al fine di archiviare *Dati elettronici* e/o Contenuti digitali, che operano come un unico ecosistema e che consentono l'accesso on line ai propri dati/contenuti attraverso qualsiasi dispositivo con connessione Internet.

Compagnia - La Società assicuratrice ovvero Zurich Insurance plc – Rappresentanza generale per l'Italia.

Contenuti digitali - *Dati elettronici*, *Software*, file audio e file di immagini salvati nel *Sistema informativo* dell'*Assicurato* o salvati su *Cloud*, inclusi qualsiasi conti, fatture, ricevute di debito, denaro, documenti di valore, registri, estratti, atti, manoscritti o altri documenti in formato elettronico.

Contraente - Il soggetto che stipula il contratto di *Assicurazione* nell'interesse proprio e/o di altre persone.

Convalescenza - Il periodo di tempo successivo alla dimissione dall'*Istituto di cura*, necessario per la guarigione clinica oppure per la stabilizzazione dei postumi.

Cyberterrorismo - L'utilizzo di strumenti di information technology per mettere in atto attacchi o minacce verso i *Sistemi informativi* dell'*Assicurato* e che abbiano quale diretta conseguenza: i) un *Evento relativo alla sicurezza*, o ii) un *Evento relativo alla violazione dei Dati personali*, o iii) l'alterazione o distruzione di Contenuti digitali riguardanti un *Evento relativo alla sicurezza*. Tali attacchi o minacce dovranno essere perpetrati da parte di qualsiasi soggetto o gruppo, la cui attività venga svolta sia in modo autonomo che per conto o in connessione con qualsiasi individuo, organizzazione, governo, allo scopo di perseguire

finalità di natura finanziaria, sociale, ideologica, religiosa o politica e con l'intenzione di:

1. causare danni;
2. minacciare qualsiasi persona o società;
3. distruggere o danneggiare infrastrutture critiche o dati.

Cure mediche: ogni prestazione di carattere sanitario con finalità curativa erogata da personale medico o equiparato con specifica esclusione di *Visite specialistiche*, accertamenti diagnostici, esami e medicinali.

Dati elettronici - Informazioni salvate o trasmesse in formato digitale.

Dati personali - Qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile (interessato); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale.

Per 'dati genetici' si intendono i *Dati personali* relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;

Per 'dati biometrici' si intendono i *Dati personali* ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;

Per 'dati relativi alla salute' si intendono i *Dati personali* attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute.

Day Hospital - La degenza diurna senza pernottamento in un *Istituto di cura*, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). **Non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso.**

Evento relativo alla violazione dei Dati personali - Evento che comporta accidentalmente o in modo illecito la distruzione, la perdita, la modifica, la divulgazione non autorizzata, o l'accesso effettivo o presunto, di:

- a) *Dati personali* trasmessi, conservati o comunque trattati soggetti alla cura, custodia o controllo dell'*Assicurato*, o alla cura, custodia o controllo di un fornitore di servizi dell'*Assicurato*;
- b) informazioni aziendali soggette alla cura, custodia o controllo dell'*Assicurato* o alla cura, custodia o controllo di un fornitore di servizi espressamente identificate come riservate e protette da un accordo di riservatezza o contratto analogo.

Evento relativo alla sicurezza - Accesso non autorizzato, introduzione di un *Malware*, o Attacco DoS al *Sistema informativo* dell'*Assicurato* che determina:

- a) un'interruzione, sospensione, incidente, deterioramento o ritardo, effettivo e misurabile, del funzionamento del *Sistema informativo* dell'*Assicurato*;
- b) un'alterazione, corruzione o distruzione di informazioni aziendali soggette alla cura, custodia o controllo di un *Assicurato* espressamente identificate come riservate e protette da un accordo di riservatezza o contratto analogo.

Franchigia - L'importo prestabilito che, in caso di *Sinistro*, viene detratto dall'ammontare delle spese indennizzabili a termini di contratto e che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Frattura ossea - La rottura di un osso, in genere conseguente ad una causa lesiva che abbia agito più o meno intensamente sul punto della frattura (frattura diretta) o a distanza (frattura indiretta). Sono parificate alle *Fratture ossee*:

- le *Fratture ossee* incomplete (incrinature o infrazioni);
- le rotture dei legamenti crociati del ginocchio.

Inabilità temporanea - Incapacità parziale o totale di attendere alle ordinarie occupazioni.

Indennizzo - La somma dovuta dalla *Compagnia* all'*Assicurato* in caso di *Sinistro*.

Infortunio - Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la Società, iscritta nel registro unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi (RUI) di cui all'art. 109 del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209 e s.m.i., che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa.

Intervento chirurgico - Ogni intervento terapeutico o diagnostico mediante l'uso di strumenti chirurgici, diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. **Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate Intervento chirurgico.**

Intervento chirurgico ambulatoriale - Ogni intervento di piccola chirurgia eseguito senza *Ricovero* presso *Istituti di cura*, ambulatori o *Centri medici* chirurgici.

Istituto di cura - Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera in regime di *Ricovero* o di *Day Hospital*. **Non si considerano Istituto di cura gli stabilimenti termali, le case di Convalescenza e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.**

Malattia - Ogni obiettiva alterazione dello stato di salute non dipendente da *Infortunio*. **La gravidanza non è considerata Malattia.**

Malattia improvvisa - Ogni *Malattia* di acuta insorgenza di cui l'*Assicurato* non era a conoscenza e che non sia una manifestazione di un precedente patologico dell'*Assicurato*.

Malattie mentali - Ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle *Malattie* (ICD - 10 del OMS).

Malformazione o difetto fisico - Menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Malware - Qualsiasi *Software* o codice dannoso (come ad esempio virus, spyware, worm, trojan, rootkit, ransomware, keylogger, dialer e rogue security *Software* o qualsiasi altro strumento equiparabile) progettato per ottenere l'accesso illecito, cancellare o corrompere *Dati elettronici*, danneggiare o disgregare una qualsiasi rete o *Sistema informativo*, eludere qualunque prodotto o servizio di sicurezza e/o interrompere il funzionamento del *Sistema informativo*.

Medicina alternativa o complementare - Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri (agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia e chiropratica).

Massimale - La somma ovvero la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun *Assicurato* e per *Periodo assicurativo*, la *Compagnia* presta la garanzia.

Network / Rete - La *Rete* convenzionata della Società Assirete s.r.l. del gruppo Assirecre, costituita da *Istituti di cura*, centri diagnostici e poliambulatori, nonché da professionisti medici che provvedono all'erogazione delle prestazioni. L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile sul sito www.assirecregroup.com entrando nella sezione "Assirete" e cliccando su "Rete Convenzionata" oppure attraverso il link presente sul sito istituzionale della *Compagnia* www.zurich.it.

Nucleo familiare - L'insieme delle persone risultanti dallo stato di famiglia anagrafico del *Contraente*, anche se non conviventi, ed

espressamente indicate in *Polizza*, per le quali la *Compagnia* è disposta a prestare l'*Assicurazione*.

Periodo assicurativo - Il periodo di validità dell'*Assicurazione*;

Polizza - Il documento che prova l'*Assicurazione*

Premio - La somma dovuta dal *Contraente* alla *Compagnia* quale corrispettivo per l'*Assicurazione*.

Questionario anamnestico - Il documento che descrive lo stato di salute dell'*Assicurato*. Deve essere compilato e sottoscritto dall'*Assicurato* o da chi ne esercita la patria potestà. Tale documento è richiamato nelle dichiarazioni del *Contraente* riportate sulla *Polizza*.

Reclamante - Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del *Reclamo* da parte dell'impresa di *Assicurazione*, dell'*Intermediario assicurativo* o dell'intermediario iscritto nell'elenco annesso, ad esempio il *Contraente*, l'*Assicurato*, il Beneficiario e il danneggiato.

Reclamo - Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di una impresa di *Assicurazione*, di un *Intermediario assicurativo* o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati *Reclami* le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero - La degenza in *Istituto di cura* che comporti almeno un pernottamento.

Scoperto - La parte delle spese sostenute e indennizzabili a termini di contratto, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Sinistro - Il verificarsi dell'evento per il quale è stipulata l'*Assicurazione*.

Sistema informativo - L'hardware, il *Software* e i *Dati elettronici* salvati negli stessi o salvati su *Cloud*, inclusi dispositivi di input e output, dispositivi di archiviazione dati, apparecchiature di networking, componenti, firmware e sistemi di backup elettronico, compresi i sistemi disponibili in internet, nell'intranet, extranet o nelle reti private virtuali.

Software - Operazioni e applicazioni, codici e programmi che consentono la raccolta, trasmissione, elaborazione, salvataggio o ricezione di *Dati elettronici* per via elettronica. Resta inteso in ogni caso che il *Software* non include i *Dati elettronici*.

Sport professionistico - Secondo la Legge 23 marzo 1981 n° 91 e successive modifiche ed integrazioni, vengono definiti sportivi professionisti gli atleti che esercitano l'attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono tale qualifica dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Stomatologia ricostruttiva - Chirurgia odontostomatologica o chirurgia del cavo orale e dei suoi annessi (denti) che ha come finalità terapeutica la ricostruzione dei tessuti ossei o dei tessuti molli lesionati da un *infortunio* o da neoformazioni maligne primitive o secondarie (tumori maligni del cavo orale e/o formazioni metastatiche).

Territorio Italiano - Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano, della Repubblica di San Marino.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi - Le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite da medici o personale professionalmente abilitato, anche presso *Centri medici*, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da *Malattie*, *Infortuni* o parto contrattualmente indennizzabili. **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.**

Visita specialistica - La visita effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e/o prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le *Medicine alternative*. Non sono considerate *Visite specialistiche* quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria.**

Data ultimo aggiornamento: 5 Luglio 2021

Sezione 1

Norme comuni a tutte le garanzie



Dove vale la copertura?

1.1 Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo per i soli **Assicurati residenti all'interno del Territorio Italiano**, ad eccezione della garanzia **Assistenza** per la quale la validità territoriale è descritta nella sezione dedicata.



Che obblighi ho?

1.2 Dichiarazioni del Contraente

Il contratto viene emesso sulla base delle dichiarazioni fornite dal **Contraente** e dall'**Assicurato**, i quali sono tenuti a fornire tutte le informazioni che possono influire sulla valutazione del rischio. La violazione di questo obbligo può comportare conseguenze negative:

- le dichiarazioni inesatte o reticenti rese con dolo o colpa grave, ossia le dichiarazioni non corrette o incomplete fatte consapevolmente su circostanze che l'**Assicurato** e il **Contraente** conosce o che, facendo uso della normale diligenza, potrebbe conoscere, comprese le dichiarazioni rilasciate nel **Questionario anamnestico** - come ad esempio la mancata dichiarazione di patologie in corso, preesistenti o in fase di accertamento al momento dell'assunzione del contratto - sono causa di annullamento del contratto stesso e possono comportare la perdita totale del diritto all'**Indennizzo**. In questo caso, la **Compagnia** ha diritto a chiedere l'annullamento del contratto, a condizione che lo abbia comunicato al **Contraente/Assicurato** entro tre mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni (cfr. 1892 Codice Civile). Se il **Sinistro** si verifica prima che sia decorso il termine di 3 mesi sopra indicato, la **Compagnia** non è tenuta a pagare la somma assicurata. In ogni caso la **Compagnia** ha diritto a trattenere il **Premio** convenuto per il primo anno ed ai **Premi** relativi al periodo di **Assicurazione** in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento,
- se, invece, le dichiarazioni non corrette o incomplete sono state effettuate senza dolo o colpa grave, in riferimento a circostanze sconosciute e che non potevano essere accertate con la normale diligenza, la **Compagnia** ha il diritto di recedere dal contratto entro tre mesi dalla scoperta di tali dichiarazioni ed in caso di **Sinistro** l'**Indennizzo** sarà ridotto in proporzione alla differenza tra il **Premio** pagato e quello che sarebbe stato dovuto se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Quanto sopra vale anche nel caso in cui l'**Assicurazione** sia stata stipulata in nome o per conto di terzi, come previsto dall'art. 1894 del Codice Civile "Assicurazione in nome o per conto di terzi".

1.3 Aggravamento del rischio

L'**Assicurato** o il **Contraente** deve avvisare immediatamente il proprio **Intermediario assicurativo** o la **Compagnia** se, nel corso del contratto, sopraggiungono circostanze che comportino l'aggravamento del rischio.

Salvo quanto previsto al punto 2.4 – Persone non assicurabili – limiti di età, l'art. 1898 del Codice civile in materia di aggravamento del rischio non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'**Assicurato** nel corso del contratto.

La comunicazione deve essere effettuata mediante raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica certificata (PEC). La **Compagnia**, ricevuta la comunicazione potrà recedere dal contratto oppure sostituirlo, proponendo differenti condizioni di **Assicurazione**.

La mancata comunicazione può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**.

1.4 Variazione di residenza dell'Assicurato

Le condizioni e il **Premio** di **Assicurazione** sono determinati anche in base alla residenza di ciascun **Assicurato**. L'**Assicurato** o il **Contraente** sono quindi tenuti a comunicare al proprio **Intermediario assicurativo** o alla **Compagnia**, in forma scritta entro 60 giorni, le variazioni di residenza intervenute in corso di contratto.

La mancata comunicazione può comportare la perdita parziale del diritto all'**Indennizzo**.

La **Compagnia**, ricevuta la comunicazione, provvederà all'aggiornamento della nuova residenza attraverso la sostituzione del contratto, applicando un eventuale revisione dell'importo del **Premio**. Il **Contraente**, se non accetta le nuove condizioni e il **Premio**, potrà disdire il contratto entro trenta (30) giorni dalla data di scadenza annuale del contratto, secondo le modalità indicate al punto 1.12 – Disdetta del contratto.

In caso di trasferimento della residenza al di fuori del **Territorio Italiano**, la **Compagnia** annulerà il contratto o, in caso di presenza di più **Assicurati**, escluderà dalla **Polizza** ciascun **Assicurato** trasferitosi in uno stato estero a partire dalla data di trasferimento della residenza, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'**Assicurato**.

La **Compagnia**, entro 45 giorni dall'annullamento del contratto o dall'esclusione dalla **Polizza** dell'**Assicurato**, riconosce al **Contraente** il rimborso della parte di **Premio** già pagato per l'**Assicurato**, al netto dell'imposta, e relativo al tempo che intercorre tra la data di trasferimento della residenza e la scadenza del **Periodo assicurativo**.

1.5 Assicurazione per conto altrui

Se l'**Assicurazione** viene stipulata per conto di altri soggetti, gli obblighi derivanti della **Polizza** spettano al **Contraente**, con l'eccezione di quegli obblighi che, per loro natura, non possono essere assolti che dall'**Assicurato** come ad esempio quelli relativi alle dichiarazioni che possono influire sulla valutazione del rischio.

1.6 Altre Assicurazioni

Il **Contraente** deve avvisare per iscritto la **Compagnia** o l'**Intermediario assicurativo** dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre **Assicurazioni** che coprono lo stesso rischio, così come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile – “Assicurazione presso diversi assicuratori”.

In caso di **Sinistro**, la denuncia deve essere inviata a tutte le compagnie entro 3 (tre) giorni da quello in cui il **Sinistro** si è verificato o il **Contraente/Assicurato** ne ha avuto conoscenza, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. Se il **Contraente** è una persona fisica e l'**Assicurato** è un soggetto diverso dal **Contraente**, tale obbligo è esteso anche all'**Assicurato**. Se volontariamente le comunicazioni di cui sopra non vengono effettuate o risultano non veritiere, la **Compagnia** può rifiutare di corrispondere l'**Indennizzo**.



Quando e come devo pagare?

1.7 Pagamento del Premio

Il **Premio** deve essere pagato all'**Intermediario assicurativo** che gestisce la **Polizza** o alla **Compagnia**, al momento della sottoscrizione del contratto assicurativo; le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste. Il **Premio** può essere pagato in un'unica soluzione oppure frazionato in più rate con l'applicazione di una maggiorazione del **Premio**.

Il **Premio** o, in caso di frazionamento e di anno più frazione, la prima rata di **Premio**, deve essere pagato alla sottoscrizione del contratto; le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste, con rilascio di quietanze emesse dalla **Compagnia** o appendici emesse dall'**Intermediario assicurativo** che indicano la data del pagamento e riportano la firma della persona autorizzata a riscuotere il **Premio**.

Il **Premio** deve sempre essere pagato per intero in base alla durata stabilita dal contratto, anche se è stato previsto il pagamento frazionato in più rate.

Il pagamento può essere effettuato con assegno bancario o circolare, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa per conto della quale l'intermediario opera, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante entro i limiti stabiliti dalla legge.

1.8 Revisione del Premio

a. Adeguamento del Premio per età

In occasione di ogni tacito rinnovo, la **Compagnia** adegua, per ciascun **Assicurato**, il **Premio** delle garanzie Spese sanitarie e Prestazioni extraospedaliere applicando i coefficienti per età previsti dall'Allegato 2 “Adeguamento del Premio per età”.

b. Indicizzazione

La **Compagnia** procede, in occasione di ogni scadenza annuale della **Polizza**, all'adeguamento dei valori in base all'indice FOI – Servizi sanitari e spese per la salute pubblicato dall'ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica.

L'indicizzazione si applica a:

- **Premi**

- **Massimali** e somme assicurate
 - eventuali limiti di **Indennizzo** se espressi in cifra assoluta
- Il calcolo della variazione è effettuato nel modo che segue:
- alla **Polizza** è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
 - alla scadenza annuale della **Polizza** si considera l'indice FOI del mese di giugno dell'anno solare precedente a quello della scadenza;
 - si effettua il confronto tra i due indici;
 - se la differenza è positiva si avrà una variazione in aumento, se negativa in diminuzione, se non c'è differenza non ci sarà alcuna variazione.

L'adeguamento automatico si applica alla somma totale dei **Premi** delle garanzie soggette all'adeguamento per l'età (come previsto alla lettera a. Adeguamento del **Premio** per età) e dei **Premi** relativi alle restanti garanzie, espressamente richiamate in **Polizza**.

L'indicizzazione non verrà applicata alla garanzia Assistenza.

c. Variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Qualora si verificassero significative variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale quali, a titolo esemplificativo, ma non esaustivo:

- riduzione o annullamento delle prestazioni per **Ricoveri**, **Interventi chirurgici**, visite o esami
- introduzione di ticket superiori a 250 euro o aumenti dell'importo medio dei ticket oltre il 50% per **Ricoveri** e/o **Interventi chirurgici** rispetto a quelli previsti al momento della stipula del contratto

la **Compagnia** potrà modificare il **Premio** in corso comunicando il nuovo **Premio** al **Contraente** con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla prima scadenza annua del **Periodo assicurativo** in cui sono intervenute tali variazioni.

Il **Contraente**, se non accetta le nuove condizioni e il **Premio**, potrà disdire il contratto secondo le modalità indicate al punto 1.12 – Disdetta del contratto.

1.9 Oneri fiscali

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



Quando comincia e quando finisce la copertura?

1.10 Decorrenza della garanzia

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 del giorno:

- indicato in **Polizza** se il **Premio** o la prima rata di **Premio** sono stati pagati;
- del pagamento del **Premio** se questo avviene successivamente alla data indicata in **Polizza**.

Se il **Contraente** non paga i **Premi** o le rate di **Premio** successive alla prima, l'**Assicurazione** rimane sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di scadenza e si riattiva dalle ore 24 del giorno del pagamento. Il pagamento del **Premio** o della

rata di *Premio* oltre il periodo di mora non può in alcun caso produrre un effetto retroattivo della copertura.

Rimangono valide le scadenze successive e il diritto della *Compagnia* al pagamento dei *Premi* scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile – “Mancato pagamento del *Premio*”.

Nel caso in cui il *Contraente* paghi il *Premio* o le rate di *Premio* successive alla prima con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, **saranno applicati nuovamente i termini di *Carenza*** previsti dal punto 2.6 che verranno calcolati a partire dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Resta in ogni caso fermo quanto previsto al punto 2.6 – Periodi di *Carenza* – inoperatività della garanzia.

1.11 Durata del contratto e tacito rinnovo

L'*Assicurazione* può avere le seguenti durate, a scelta del *Contraente*:

- a) **annuale**: il contratto ha durata di 1 anno solare e termina alle ore 24.00 della data di scadenza indicata in *Polizza*. Alla scadenza, la *Polizza* si rinnova tacitamente per un ulteriore anno e così via per gli anni a seguire, salvo comunicazione di disdetta prevista al punto 1.12 – Disdetta del contratto;
- b) **annuale più frazione**: il contratto ha validità per l'intero *Periodo assicurativo* sottoscritto (anno intero più frazione). Alla scadenza, la *Polizza* si rinnova tacitamente per un ulteriore anno e così via per gli anni a seguire, salvo comunicazione di disdetta prevista al punto 1.12 – Disdetta del contratto.

Non è possibile stipulare il contratto con una durata poliennale o inferiore a quella annuale (durata temporanea). Il *Contraente* ha la facoltà di disdire il contratto nelle modalità indicate nel capitolo “Come posso disdire la *Polizza*?”.



Come posso disdire la Polizza?

1.12 Disdetta del contratto

Il *Contraente* può disdire il contratto comunicandolo entro **30 (trenta) giorni** prima della scadenza originaria della *Polizza* oppure, per le *Polizze* che si sono già tacitamente rinnovate, prima di ciascuna scadenza annuale successiva.

Per i contratti di durata ‘annuale più frazione’ il *Contraente* può inviare disdetta alla sola scadenza annuale più frazione, del contratto.

Il *Contraente* che vuole inviare disdetta deve comunicarlo al

proprio *Intermediario assicurativo* o alla *Compagnia* tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata (PEC).

In mancanza di disdetta, da parte del *Contraente* o della *Compagnia*, la *Polizza* è prorogata di 1 (uno) ulteriore anno e così successivamente.

Nel corso dei primi eventuali quattro rinnovi annuali, la facoltà di disdetta spetta solo al *Contraente*, mentre, a partire dal quinto rinnovo annuale, tale facoltà può essere esercitata anche dalla *Compagnia* comunicandolo tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 30 (trenta) giorni prima della scadenza del quarto rinnovo annuale.

Per il conteggio, anche in caso di sostituzione, si tiene in considerazione la data di decorrenza del primo contratto Zurich MediCare stipulato con la *Compagnia*.

Trascorso tale periodo, la *Compagnia* si riserva di prorogare, tramite sostituzione della *Polizza*, la sua rinuncia alla facoltà di disdetta per un ulteriore periodo equivalente (di quattro rinnovi annuali), previa valutazione di un nuovo *Questionario anamnestico* aggiornato per ciascun *Assicurato*.

In nessun caso potrà essere derogato quanto stabilito all'interno del punto 2.4 – Persone non assicurabili – limiti di età.



Altre informazioni

1.13 Modifiche del contratto

Le eventuali modifiche del contratto **devono essere concordate tra le parti e formalizzate per iscritto** su apposito documento della *Compagnia*.

1.14 Legge applicabile e foro competente

L'*Assicurazione* è regolata dalla legge italiana. Il foro competente per eventuali azioni giudiziarie è quello della sede legale del convenuto oppure, a scelta di chi agisce, quello dove ha sede l'*Intermediario assicurativo* a cui è assegnato il contratto.

Se l'*Assicurato* è un “consumatore”, ai sensi dell'art. 3-comma 1, lettera a) del D. Lgs. N. 206/2005 e successive modifiche e integrazioni (“Codice del consumo”), è competente il foro di residenza o di domicilio eletto dell'*Assicurato*.

La *Polizza* è stipulata indipendentemente da ogni obbligo di legge per l'*Assicurazione Infortuni* e rimarrà in vigore anche nel caso in cui tale obbligatorietà risultasse o fosse stabilita successivamente.

Sezione 2

Assicurazione medica



Che cosa è assicurato e come?

2.1 Garanzia Spese sanitarie

2.1.1 Oggetto dell'Assicurazione

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute e documentate per:

- *Day Hospital* solo con *Intervento chirurgico*;
- *Ricovero* non in regime di *Day Hospital* con o senza *Intervento chirurgico*;
- *Intervento chirurgico ambulatoriale*;

reso necessario da *Malattia* o *Infortunio*, compresi gli *Infortuni* derivanti da *Attacchi Cyber*.

La *Compagnia* rimborsa, **entro i limiti del *Massimale*** indicati nell'Allegato 1 "*Massimali*, limiti di *Indennizzo* e *Scoperto*" o nei **limiti successivamente dettagliati per ogni prestazione**, le seguenti spese sostenute e documentate:

- nei 120 giorni PRIMA del *Ricovero* o del *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* o dell'*Intervento chirurgico ambulatoriale*:**
 - esami, accertamenti diagnostici e *Visite mediche specialistiche* effettuati, anche al di fuori dell'*Istituto di cura*.
- DURANTE il *Ricovero* o il *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* o l'*Intervento chirurgico ambulatoriale*:**
 - onorari dell'équipe medica;
 - diritti di sala operatoria e materiale di *Intervento*, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'*Intervento chirurgico*;
 - rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, *Cure mediche* e assistenza infermieristica, *Trattamenti fisioterapici* e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura* presso il quale si trova ricoverato l'*Assicurato*, **sino alla concorrenza di 3.000 euro per ciascun *Assicurato***.
- nei 120 giorni DOPO la dimissione in caso di *Ricovero* o *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* o la data di *Intervento chirurgico ambulatoriale*:**
 - spese relative a *Ricoveri* senza *Intervento chirurgico* conseguenti al *Ricovero* o al *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* iniziale o all'*Intervento chirurgico ambulatoriale*;
 - esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ambulatoriali o in regime di *Day Hospital*;
 - medicinali;
 - *Visite specialistiche*;
 - *Trattamenti fisioterapici* e rieducativi;
 - assistenza infermieristica privata;
 - cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**) sino alla concorrenza di 1.500 euro per ciascun *Assicurato*.

Il limite temporale dei 120 giorni è elevato a:

 - **180 giorni successivi alla cessazione del *Ricovero*** in caso di trapianto, prestazione descritta al punto 2.1.2 – Ulteriori prestazioni in copertura, lettera e)
 - **240 giorni successivi alla cessazione del *Ricovero*** per la

stessa *Malattia* oncologica in caso di cure oncologiche, prestazione descritta al punto 2.1.2 – Ulteriori prestazioni in copertura, lettera h)

d. **TRASPORTO** avvenuto prima, durante e dopo il *Ricovero* e/o il *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* e/o l'*Intervento chirurgico ambulatoriale*:

- trasporto dell'*Assicurato* per il *Ricovero* con uso di qualsiasi mezzo sanitario all'interno del *Territorio Italiano* ed all'estero per accedere all'*Istituto di cura*, per il trasferimento da un *Istituto di cura* ad un altro e per il rientro al domicilio al momento della dimissione;
- spese di viaggio sostenute e documentate da un accompagnatore, **limitatamente ai *Ricoveri* all'estero per *Intervento chirurgico***.

Le spese di trasporto indicate al punto d) sono rimborsate dalla *Compagnia* sino alla concorrenza di 4.000 euro per ciascun *Assicurato*; in caso di trapianto tale somma viene elevata a 8.000 euro.

2.1.2 Ulteriori prestazioni in copertura

La *Compagnia* rimborsa, inoltre, le seguenti spese sostenute e documentate:

a. Parto e aborto

La *Compagnia* rimborsa, **entro i limiti del *Massimale*** indicati nell'Allegato 1 "*Massimali*, limiti di *Indennizzo* e *Scoperto*", le spese previste al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione per:

- parto, con o senza taglio cesareo, in caso di *Ricovero* in un *Istituto di cura*;
- parto presso il domicilio dell'*Assicurato*;
- aborto spontaneo o terapeutico;
- aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di atto violento nei confronti dell'*Assicurata* accertato da referto medico e denuncia presentata alle Autorità competenti;
- aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di eventi accidentali occorsi all'*Assicurata*, quali ad esempio incidente stradale e cadute, accertato da referto medico;
- interruzione volontaria di gravidanza solo se avvenuta a seguito di violenza sessuale nei confronti dell'*Assicurata* e accertata da referto medico e denuncia presentata alle Autorità competenti.

b. Copertura per figli neonati

La *Compagnia* estende gratuitamente ai figli neonati l'*Assicurazione* della madre, fino alla successiva scadenza e comunque non oltre 180 giorni dalla nascita, per le medesime garanzie e per il medesimo *Massimale* previsti per la madre al momento della loro nascita. Sono, inoltre, comprese anche le spese sanitarie relative ai *Ricoveri* per interventi di correzione o eliminazione di *Malformazioni* congenite e relativi *Interventi di chirurgia* plastica ricostruttiva, anche a scopo estetico. L'estensione gratuita sarà operativa **a condizione che la nascita avvenga dopo il 300esimo giorno successivo a quello di effetto dell'*Assicurazione* della madre e, in tal caso, la copertura verrà prestata senza i termini di *Carenza*. Decorso il termine dei 180 giorni la presente garanzia cessa il suo effetto.**

c. Copertura per figli e/o minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Qualora il *Contraente* ne faccia richiesta e previa valutazione del *Questionario anamnestico* da parte della

Compagnia, la **garanzia per le sole spese previste al punto 2.1.1** si intende operante gratuitamente per i figli e/o i minori in affidamento preadottivo **fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età**. Tale estensione si intende prestata **a condizione che i bambini siano espressamente indicati in Polizza tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti dallo stato di famiglia**. L'estensione gratuita è prevista anche in presenza di **Nucleo familiare** composto da un solo genitore espressamente indicato in **Polizza** e risultante dallo stato di famiglia, nei casi di decesso di un genitore, separazione legale, divorzio o non riconoscimento del figlio da parte di un genitore.

L'estensione è prestata **sino alla concorrenza del minore tra i Massimali previsti per i genitori o affidatari oppure sino al Massimale previsto come "Massimale a Nucleo familiare"**, qualora sia stata selezionata tale condizione particolare come indicato al punto 2.1.3 – Come personalizzare la garanzia.

Per il rinnovo successivo al periodo di gratuità, il **Premio** sarà comunicato dalla **Compagnia** sulla base della tariffa vigente.

d. Infortunio in assenza di Ricovero

In caso di **Infortunio** che non abbia comportato il **Ricovero** presso un **Istituto di cura**, la **Compagnia** rimborsa **entro il limite del Massimale** indicato nell'Allegato 1 "Massimali, limiti di **Indennizzo** e **Scoperto**", le spese sanitarie sostenute:

- in sede di pronto soccorso ospedaliero per assistenza medica, medicinali ivi somministrati, applicazione di apparecchi gessati, accertamenti diagnostici e trasporto dell'Assicurato in ambulanza;
- per **Cure mediche**, gessatura, **Trattamenti fisioterapici e rieducativi**, acquisto di apparecchi protesici ortopedici e di tutori preconfezionati.

e. Trapianti

Qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, la **Compagnia** rimborsa le spese previste al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione, entro il limite del **Massimale** previsto in **Polizza** per l'Assicurato oppure sino al **Massimale** previsto come "Massimale a Nucleo familiare", qualora sia stata selezionata tale condizione particolare come indicato al punto 2.1.3 – Come personalizzare la garanzia. Per le spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assicurato il **Massimale** è elevato a **5.000 euro**, a parziale deroga di quanto previsto al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione lettera b).

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, sono anche comprese:

- Le spese di **Ricovero** del donatore vivente, non incluso tra le persone assicurate, per il prelievo di organi o parte di essi previste al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione, lettera b);
- Le spese di trasporto di organi o parte di essi;
- Le spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assicurato e dell'eventuale accompagnatore del donatore vivente, non incluso tra le persone assicurate, **sino alla concorrenza di 5.000 euro**, a parziale deroga di quanto previsto al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione lettera b).

f. Chirurgia plastica, estetica e Stomatologica ricostruttiva

La **Compagnia** rimborsa, **entro il limite del Massimale** indicato in **Polizza**, le spese previste al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione per **Interventi** di chirurgia plastica, estetica e **Stomatologica ricostruttiva**, **qualora siano conseguenti a neoplasie maligne o Infortunio documentato da referto di pronto soccorso**.

g. Indennità sostitutiva per Ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di **Ricovero** dell'Assicurato a carico del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.), **nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, oppure il totale delle spese sostenute per tutto quanto previsto al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione lettera b), sia inferiore o uguale a 1.500 euro**, l'Assicurato avrà diritto ad una indennità sostitutiva aggiuntiva rispetto al rimborso delle spese sostenute, pari a **150 euro** per ciascun giorno di **Ricovero**, fino ad un massimo

di **100 giorni** per ciascun Assicurato per **Periodo assicurativo**. La giornata di entrata e quella di dimissione dall'**Istituto di cura** verranno entrambe considerate giornate di **Ricovero**. L'indennità sostitutiva è riconosciuta anche nei casi di Parto e aborto previsti alla precedente lettera a. L'indennità sostitutiva non è soggetta all'applicazione di alcun **Scoperto** o **Franchigia**.

h. Cure oncologiche in assenza di Ricovero

In caso di **Malattia** oncologica, che non abbia comportato il **Ricovero** presso un **Istituto di cura**, la **Compagnia** rimborsa, **entro il limite del Massimale** indicato nell'Allegato 1 "Massimali, limiti di **Indennizzo** e **Scoperto**", le spese sanitarie sostenute per cure oncologiche, effettuate in ambulatorio o in regime di **Day Hospital**.

i. Ricovero per Malattia improvvisa o Infortunio al di fuori del Territorio Italiano

In caso di Ricovero avvenuto al di fuori del Territorio Italiano, necessario per Malattia improvvisa o Infortunio dell'Assicurato accaduto all'estero, l'Assicurato dovrà provvedere personalmente al pagamento delle spese per il Ricovero; le spese sostenute e documentate verranno rimborsate dalla **Compagnia** secondo le condizioni riportate in **Polizza**. La **Compagnia** rimborsa, **entro il limite del Massimale** indicato in **Polizza**, le spese previste al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione senza applicazione di alcuno **Scoperto**, qualora fosse indicato in **Polizza**, anche per ricorso ad **Istituti di cura** e/o équipe non convenzionati.

j. Rischio di guerra al di fuori del Territorio Italiano

La garanzia è operante, **entro il limite del Massimale** indicato in **Polizza**, relativamente alle spese previste al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione anche in caso di **Infortuni** derivanti da guerra anche civile, insurrezioni, invasioni, occupazioni militari **avvenuti entro 14 giorni dall'inizio delle ostilità, sempreché l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi inaspettati mentre si trovi già all'estero**.

k. Diaria da Convalescenza

In caso di **Convalescenza** immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'**Istituto di cura**, la **Compagnia** corrisponde, per i **Ricoveri** contrattualmente indennizzabili, una diaria giornaliera di **100 euro** al giorno **fino ad un massimo di giorni pari alla durata del Ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni**. La **Convalescenza** deve essere **prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante**.

In presenza di **Convalescenza** per gli **Interventi chirurgici ambulatoriali** o effettuati in regime di **Day Hospital**, la **Compagnia** corrisponde una diaria giornaliera di **100 euro** pari ad **1 (uno) solo giorno di Ricovero**.

2.1.3 Come personalizzare la garanzia

a. Franchigia

Il **Contraente** ha la facoltà, a fronte di uno sconto sul **Premio**, di scegliere l'opzione con **Franchigia**, con la quale accetta di contribuire alle spese di ogni **Sinistro** con una quota indicata in **Polizza**.

b. Massimale di Polizza

Il **Contraente** ha la facoltà di scegliere il **Massimale** di **Polizza** sulla base dell'offerta assicurativa della **Compagnia**. Ogni **Massimale** è disponibile in due forme:

- **Massimale a persona**, dove il **Massimale** è inteso come l'importo massimo dell'**Indennizzo**, per **Periodo assicurativo** e per **Sinistro**, effettuato dalla **Compagnia** per le spese mediche di ciascun Assicurato indicato in **Polizza**;
- **Massimale a Nucleo familiare**, dove il **Massimale** è inteso come l'importo massimo dell'**Indennizzo**, per **Periodo assicurativo** e per **Sinistro**, effettuato dalla **Compagnia** per le spese mediche di tutto il **Nucleo familiare** del **Contraente**, con una riduzione sul **Premio** da pagare.

La forma e l'importo del **Massimale** applicato è indicato in **Polizza**.

2.2 Garanzia Prestazioni extraospedaliere (operante solo se richiamata in Polizza)

2.2.1 Oggetto dell'Assicurazione

Nel caso di prestazione sanitaria indipendente da un *Ricovero*, la *Compagnia* rimborsa, **entro i limiti del Massimale** indicati nell'Allegato 1 "Massimali, limiti di *Indennizzo* e *Scoperto*", le spese sanitarie rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio* per esami, accertamenti diagnostici e *Visite specialistiche*, tenuto conto che l'indicazione patologica può essere anche solo presunta, sotto forma di diagnosi del medico curante o dello specialista.

a. Alta diagnostica

Sono incluse le sole spese sanitarie relative ai seguenti esami:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso;
- Risonanza magnetica nucleare (RMN);
- TAC;
- Medicina nucleare diagnostica con utilizzo di radioisotopi per via endovenosa (scintigrafie, Pet);
- Angiografia e Coronarografia;
- Ecodoppler;
- Ecocolordoppler;
- ECG da sforzo;
- Ecografia transviscerale, transesofagea, intravascolare ed endocavitaria;
- Ecocardiografia;
- Esami endoscopici a scopo diagnostico.

b. Visite specialistiche

Sono incluse le spese sanitarie per esami, accertamenti diagnostici e *Visite specialistiche*.

2.2.2 Ulteriori prestazioni in copertura

a. Copertura per figli neonati

La *Compagnia* estende gratuitamente ai figli neonati l'Assicurazione della madre, fino alla successiva scadenza e comunque non oltre 180 giorni dalla nascita, per le medesime garanzie e per il medesimo *Massimale* previsti per la madre al momento della loro nascita.

L'estensione gratuita sarà operativa **a condizione che la nascita avvenga dopo il 300esimo giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione della madre e, in tal caso, la copertura verrà prestata senza i termini di Carenza. Decorso il termine dei 180 giorni la garanzia cessa il suo effetto.**

b. Copertura per figli e/o minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Qualora il *Contraente* ne faccia richiesta e previa valutazione del *Questionario anamnestico* da parte della *Compagnia*, la garanzia per le sole spese previste al punto 2.2.1 si intende operante gratuitamente per i figli e/o i minori in affidamento preadottivo **fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età**. Tale estensione si intende prestata **a condizione che i bambini siano espressamente indicati in Polizza tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti dallo stato di famiglia**, per le medesime spese contrattualmente indennizzabili.

L'estensione gratuita è prevista anche in presenza di *Nucleo familiare* composto da un solo genitore espressamente indicato in *Polizza* e risultante dallo stato di famiglia, nei casi di decesso di un genitore, separazione legale, divorzio o non riconoscimento del figlio da parte di un genitore.

Per il rinnovo successivo al periodo di gratuità, il *Premio* sarà comunicato dalla *Compagnia* sulla base della tariffa vigente.

2.3 Garanzia Diaria da Ricovero (operante solo se richiamata in Polizza)

2.3.1 Oggetto dell'Assicurazione

In caso di *Ricovero* dell'Assicurato in *Istituto di cura*, reso

necessario da *Infortunio*, anche se derivante da *Attacchi Cyber*, *Malattia* e trapianto di organi, la *Compagnia* corrisponde la diaria indicata in *Polizza* per ogni giorno di *Ricovero* documentato, con il massimo di **300 giorni per Sinistro**.

Il giorno di entrata e quello di dimissione dall'*Istituto di cura* verranno entrambi considerati giornate di *Ricovero*.

Per alcuni specifici eventi sono previste delle limitazioni sui giorni di Indennizzo della diaria da Ricovero così come di seguito indicato:

a. Diaria in assenza di Frattura ossea con Apparecchio di contenzione inamovibile

In caso di *Ricovero* dell'Assicurato in *Istituto di cura*, reso necessario da *Infortunio* o *Malattia* che richieda almeno 2 (due) pernottamenti consecutivi presso un *Istituto di cura* e l'applicazione di un *Apparecchio di contenzione inamovibile* in assenza di *Frattura ossea*, la *Compagnia* corrisponde la diaria indicata in *Polizza* **fino alla data della rimozione dell'Apparecchio di contenzione con il massimo di 60 giorni per Sinistro**.

b. Diaria per Frattura ossea

In caso di *Frattura ossea* documentata, la *Compagnia* corrisponde la diaria indicata in *Polizza* per la seguente durata:

1. in caso di *Frattura ossea* che necessita dell'applicazione di un *Apparecchio di contenzione inamovibile*, a partire dal giorno di applicazione dell'*Apparecchio di contenzione* e sino al giorno di rimozione dello stesso **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro**;
2. negli altri casi di *Frattura ossea*, senza applicazione di *Apparecchio di contenzione*, la *Compagnia* liquida la diaria indicata in *Polizza* per ogni giorno di *Inabilità temporanea* prescritta **con il massimo di 30 giorni per Sinistro**. **Limitatamente ai casi di fratture di bacino e/o vertebre, tale limite s'intende elevato da 30 a 60 giorni.**

La diaria prevista alle lettere a. "Diaria in assenza di *Frattura ossea* con *Apparecchio di contenzione inamovibile*" e b. "Diaria per *Frattura ossea*" **non è cumulabile** con la diaria da *Ricovero*.

2.3.2 Ulteriori prestazioni in copertura

a. Parto e aborto

Nei casi di parto e aborto di seguito specificati la diaria indicata in *Polizza* viene corrisposta per ciascun giorno di *Ricovero* documentato, **con il massimo di 7 giorni per Sinistro**:

- parto con e senza taglio cesareo;
- aborto spontaneo o terapeutico;
- aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di atto violento nei confronti dell'Assicurata accertato da referto medico e denuncia presentata alle Autorità competenti;
- aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di eventi accidentali occorsi all'Assicurata, quali ad esempio incidente stradale e cadute, accertato da referto medico;
- interruzione volontaria di gravidanza solo se avvenuta a seguito di violenza sessuale nei confronti dell'Assicurata e accertata da referto medico e denuncia presentata alle Autorità competenti.

b. Copertura per figli neonati

La *Compagnia* estende gratuitamente ai figli neonati l'Assicurazione della madre, fino alla successiva scadenza e comunque non oltre 60 giorni dalla nascita, per le medesime garanzie e per il medesimo *Massimale* previsti per la madre al momento della loro nascita.

Sono inoltre compresi anche i *Ricoveri* per interventi di correzione o eliminazione di *Malformazioni* congenite e relativi *Interventi di chirurgia* plastica ricostruttiva, anche a scopo estetico.

L'estensione gratuita sarà operativa a condizione che la nascita avvenga dopo il 300esimo giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione della madre e, in tal caso, la copertura verrà prestata senza i termini di *Carenza*.

Decorso il termine dei 180 giorni la garanzia cessa il suo effetto.

c. Rischio di guerra al di fuori del Territorio Italiano

La garanzia è operante anche in caso di *Infortuni* derivanti da guerra anche civile, insurrezioni, invasioni, occupazioni militari avvenuti per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, sempreché l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi inaspettati mentre si trovi già all'estero.

d. Diaria da Convalescenza

In caso di *Convalescenza* immediatamente successiva alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura, la Compagnia corrisponde, per i *Sinistri* contrattualmente indennizzabili, la diaria giornaliera indicata in *Polizza*, con un massimo di 100 euro, per ogni giorno di *Ricovero* per una durata massima di 20 giorni. La *Convalescenza* deve essere prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante.

Per gli *Interventi chirurgici ambulatoriali* o effettuati in regime di *Day Hospital*, la Compagnia corrisponde la diaria giornaliera indicata in *Polizza* per 1 (uno) solo giorno di *Ricovero*.



Che cosa non è assicurato?

2.4 Persone non assicurabili – limiti di età

La Compagnia non assicura le persone:

- che in fase di prima stipula abbiano compiuto i 71 anni di età;
- che durante il periodo di validità del contratto superino l'80° anno di età. Resta inteso che qualora l'Assicurato compia l'80° anno di età in corso di contratto, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annuale successiva;
- affette da insulinodipendenza, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV. Nel caso in cui l'Assicurato sia colpito dalle patologie sopra indicate nel corso del contratto, l'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva alla data in cui le patologie sono state diagnosticate, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato;

Al verificarsi di queste circostanze, il pagamento dei *Premi* scaduti non può essere considerato come requisito di operatività della garanzia. In tal caso i *Premi* verranno restituiti al *Contraente* al netto delle imposte.

2.5 Esclusioni valide per tutte le garanzie

Se non diversamente contrattualizzato in *Polizza*, sono esclusi dall'Assicurazione i *Sinistri* conseguenti a:

1. *Infortuni, Malattie, Malformazioni o difetti fisici* o stati patologici avvenuti, riscontrati o clinicamente diagnosticati anteriormente alla stipula della *Polizza* le cui conseguenze, complicanze e postumi sono ancora in corso alla data di decorrenza della stessa oppure richiedano esami o accertamenti periodici. Qualora l'Assicurato si sia sottoposto anteriormente alla stipula della *Polizza* ad esami, visite o accertamenti medici sui quali non abbia ancora ricevuto il relativo referto di diagnosi, se dall'esito di tali accertamenti venissero confermati *Infortuni, Malattie, Malformazioni o difetti fisici* o stati patologici, gli stessi verranno considerati pregressi e i relativi *Sinistri* saranno esclusi dall'Assicurazione;
2. *Interventi chirurgici* a cui l'Assicurato si sia sottoposto negli ultimi 10 anni, ad eccezione dei seguenti: appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, settoplastica nasale, correzione di alluce valgo (solo se eseguita su entrambi i piedi), intervento di varici (solo se eseguito ad entrambi gli arti inferiori), asportazione della milza a seguito di rottura traumatica, varicocele, fimosi, ernioplastica (inguinale, crurale ecc. solo se operata da più di 5 anni), colecistectomia per calcoli, asportazione di cisti sinoviali, lipomi, neoformazioni cutanee benigne, pneumotorace traumatico, isterectomia (non per forme tumorali maligne), parto cesareo;
3. *Malattie* da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio anteriormente alla stipula della *Polizza*;
4. Aborto spontaneo, terapeutico e interruzione volontaria di gravidanza, prevista alla lettera a. "Parto e aborto" del punto 2.1.2 Ulteriori prestazioni in copertura della garanzia Spese sanitarie, se la gravidanza ha avuto inizio anteriormente alla stipula della *Polizza*;
5. *Infortuni* ed intossicazioni dovuti ad alcolismo e abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili, nonché quelli avvenuti alla guida di veicoli e natanti, quando all'Assicurato sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'Assicurato si è rifiutato di sottoporsi al relativo test;
6. *Infortuni* conseguenti alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
7. *Infortuni* conseguenti alla pratica di *Sport professionistico*, o alle attività sportive in qualsiasi modo remunerate o alle quali l'Assicurato dedichi impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
8. *Infortuni* e *Malattie* derivanti da trasformazioni dirette od indirette o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
9. qualsiasi atto di *Cyberterrorismo*, terrorismo nonché a guerra, insurrezioni, occupazione militare, invasione salvo quanto previsto alle lettere j. e c. "Rischio di guerra al di fuori del Territorio Italiano" dei punti 2.1.2 della garanzia Spese sanitarie e 2.3.2 della garanzia Diaria da *Ricovero*;
10. tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
11. *Infortuni* e *Malattie* derivanti da *Malattie mentali*, *Malattie* psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco – depressive, stati paranoidei, morbo di Parkinson, epilessia, tutte le demenze, morbo di Alzheimer;
12. *Rimborsi* delle spese di natura alberghiera, quali telefono, televisione, servizio bar, ristorante e simili;
13. degenze e prestazioni necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, quando l'Assicurato non sia più autosufficiente o necessiti di misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento permanente;
14. interruzione volontaria di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche, salvo quanto previsto alla lettera a. "Parto e aborto" del punto 2.1.2 Ulteriori prestazioni in copertura della garanzia Spese sanitarie;
15. applicazioni di carattere estetico nonché *Interventi di chirurgia* plastica a scopo estetico, salvo quelli:
 - ai fini ricostruttivi a seguito di *Interventi* demolitivi per neoplasie maligne o *Infortunio* documentato da referto di pronto soccorso previsti alla lettera f. "Chirurgia plastica, estetica e stomatologica ricostruttiva" del punto 2.1.2 Ulteriori prestazioni in copertura della garanzia Spese sanitarie;
 - di correzione o eliminazione di *Malformazioni* congenite e relativi *Interventi di chirurgia* plastica ricostruttiva anche a scopo estetico previsti alla lettera b. "Copertura per figli neonati" dei punti 2.1.2 della garanzia Spese sanitarie e 2.3.2 della garanzia Diaria da *Ricovero*;
16. accertamenti, *Visite specialistiche* e cure dentarie e paradentarie e le protesi dentarie;
17. tutte le procedure, *visite specialistiche*, accertamenti ed *Interventi* relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita o alla cura della sterilità e/o dell'impotenza;

18. *Chirurgia bariatrica*, ogni conseguenza di anoressia e bulimia, nonché prestazioni e terapie con finalità dietologica in genere;
19. prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale;
20. *Interventi* e cure di miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia o comunque per la correzione del visus;
21. acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto disposto alla lettera d. “*Infortunio* in assenza di *Ricovero*” del punto 2.1.2 Ulteriori prestazioni in copertura della garanzia Spese sanitarie;
22. check-up clinici;
23. visite ed accertamenti finalizzati al controllo preventivo che non siano giustificati da una certificazione relativa all’alterazione dello stato di salute o ad un sospetto diagnostico;
24. prestazioni non effettuate da medici, da *Centro medico*, da personale infermieristico professionalmente abilitato o prestazioni non corredate dall’indicazione della diagnosi;
25. cure ed *Interventi* relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
26. *Infortuni* e *Malattie* derivanti dallo svolgimento della professione di militare delle Forze Armate o dei Corpi Armati dello Stato, appartenente alle Forze di Polizia, guardia giurata;
27. dolo dell’Assicurato.

Per determinare se un *Sinistro* è in copertura, si precisa quanto di seguito indicato:

- non si considera *Day Hospital* la permanenza in un *Istituto di cura* presso il pronto soccorso;
- non si considerano *Istituti di cura* gli stabilimenti termali, le case di *Convalescenza* e di soggiorno, nonché i centri benessere e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze;
- non si considerano *Interventi chirurgici* le biopsie effettuate nell’ambito di endoscopie;
- non si considera la gravidanza una *Malattia*;
- non si considerano *Visite specialistiche* le visite effettuate da medici praticanti le *Medicine alternative* e quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria;
- non si considerano *Cure mediche* le *Visite specialistiche*, gli accertamenti diagnostici, gli esami e i medicinali.

In aggiunta alle esclusioni riportate al punto 2.5 sono inoltre previste delle specifiche esclusioni suddivise per garanzia così come indicate ai successivi punti 2.6, 2.7 e 2.8.

2.6 Esclusioni valide per la garanzia Spese sanitarie

Sono esclusi dall’Assicurazione:

- le spese di natura alberghiera anche in caso di cure termali prescritte a seguito di *Ricovero* e/o *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* e/o *Intervento chirurgico ambulatoriale*;
- il rimborso delle spese relative ad amniocentesi e villocentesi, per la prestazione “Parto e aborto”;
- la corresponsione dell’indennità sostitutiva da *Ricovero* in caso di *Day Hospital* o *Intervento chirurgico ambulatoriale*;
- la corresponsione della diaria da *Convalescenza*, in assenza di prescrizione medica.

2.7 Esclusioni valide per la garanzia Prestazioni extraospedaliere

Sono esclusi dall’Assicurazione:

- le visite pediatriche;

- le visite, gli esami e gli accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici.

2.8 Esclusioni valide per la garanzia Diaria da Ricovero

L’Assicurazione non è operante:

- in assenza di prescrizione medica per la prestazione “Diaria da *Convalescenza*”;
- in caso di (i) cura dell’ittero neonatale; (ii) *Ricoveri* del neonato in assenza di patologia accertata, per la prestazione “Copertura per figli neonati”.

2.9 Periodi di Carenza – inoperatività della garanzia

Non sono in copertura:

1. nei trenta (30) giorni successivi all’effetto della *Polizza* o all’inserimento di una nuova persona assicurata, le *Malattie* che si manifestano in tale periodo anche se diagnosticate successivamente. Per le *Malattie* dipendenti da gravidanza o puerperio la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della *Polizza*;
2. nei trenta (30) giorni successivi a quello di effetto della *Polizza* o all’inserimento di una nuova persona assicurata,
 - l’aborto spontaneo o terapeutico;
 - l’aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di atto violento nei confronti dell’Assicurata;
 - l’aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di eventi accidentali occorsi all’Assicurata, quali ad esempio incidente stradale e cadute;
 - l’interruzione volontaria di gravidanza avvenuta a seguito di violenza sessuale nei confronti dell’Assicurata
 a condizione che la gravidanza abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della *Polizza*;
3. nei trecento (300) giorni successivi a quello di effetto della *Polizza*, o all’inserimento di una nuova persona assicurata il parto e le patologie varicose;
4. nei centottanta (180) giorni successivi a quello di effetto della *Polizza* o all’inserimento di una nuova persona assicurata, le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipula della *Polizza*, a condizione che siano dichiarati alla *Compagnia*, e da essa accettati, all’atto della stipula.

Non è previsto nessun giorno di *Carenza* per:

- gli *Infortuni*;
- i figli neonati a condizione che la madre sia già assicurata in *Polizza* antecedentemente l’inizio della gravidanza e che la nascita avvenga dopo il 300esimo giorno successivo a quello di effetto dell’Assicurazione della madre;
- i figli neonati inclusi in *Polizza* come nuova persona assicurata nei primi 180 giorni di vita.

Qualora la *Polizza* sia stata emessa in sostituzione, in continuità di copertura, di altra *Polizza*, relativa alle medesime garanzie, sia essa stipulata con la *Compagnia* o qualsiasi altra compagnia assicuratrice, i termini di *Carenza* di cui sopra devono essere conteggiati:

- dal giorno in cui aveva effetto la *Polizza* sostituita o la *Polizza* di altra compagnia assicuratrice, per le prestazioni, i *Massimali* e le persone assicurate da quest’ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il nuovo contratto, decorsi i termini di *Carenza*, per le maggiori somme, persone assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Nel caso la *Polizza* sia stata emessa in sostituzione, anche in continuità di copertura, di altra *Polizza* stipulata con altra compagnia assicuratrice, si confermano le esclusioni previste ai punti 1. e 2. del punto 2.5 “Esclusioni valide per tutte le garanzie”.



Cosa fare in caso di Sinistro?

2.10 Denuncia del Sinistro

Si precisa che per *Sinistro* si intende:

- per la garanzia "Spese sanitarie" il *Ricovero e/o l'Intervento chirurgico* per i quali è stipulata l'*Assicurazione*;
- per la garanzia "Prestazioni extraospedaliere" l'insieme delle *Visite specialistiche*, esami e/o accertamenti diagnostici extra-*Ricovero* eseguite per la medesima patologia nell'anno assicurativo;
- per la garanzia "Diaria da *Ricovero*" il *Ricovero* o la data dell'*Infortunio* nel caso di "Diaria per *Frattura ossea*".

Il *Contraente*, l'*Assicurato* o i suoi aventi diritto potranno avvalersi delle seguenti opzioni per la denuncia del *Sinistro* in base al tipo di prestazione e all'utilizzo o meno del *Network* convenzionato con Assirete s.r.l.:

- a) contattare preventivamente la Centrale Operativa di Assirete s.r.l. per usufruire del pagamento diretto da parte della *Compagnia* delle spese in caso di utilizzo di strutture e/o professionisti medici convenzionati, come previsto alla successiva lettera a. "Utilizzo di strutture e/o professionisti medici convenzionati – Pagamento diretto". **Opzione valida solo per la garanzia Spese Sanitarie;**
- b) richiedere preferibilmente all'*Intermediario assicurativo* a cui è assegnato il contratto o alla *Compagnia* il rimborso delle spese sostenute e anticipate a strutture e/o professionisti medici convenzionati o non convenzionati o di ogni altra diversa spesa in copertura indicata nel punto 2.1 (es. medicinali, tutori preconfezionati), come previsto alla successiva lettera b. "Utilizzo di strutture e/o professionisti convenzionati o NON convenzionati – Pagamento indiretto". **Opzione valida per le garanzie Spese Sanitarie e Prestazioni extraospedaliere;**
- c) richiedere preferibilmente all'*Intermediario assicurativo* a cui è assegnato il contratto o alla *Compagnia* la corresponsione dell'indennità sostitutiva **da *Ricovero* e della diaria da *Convalescenza* previste al punto 2.1 e della diaria da *Ricovero* prevista al punto 2.3**, indipendentemente se le strutture e/o professionisti medici sono convenzionati o non convenzionati con Assirete s.r.l.

Il *Contraente*, l'*Assicurato*, o i suoi aventi diritto devono fornire, in caso di attivazione della forma diretta, la **documentazione medica sulla natura della patologia** che rende necessaria la prestazione. Solo in caso di urgenza medica certificata la documentazione medica sulla natura della patologia potrà essere fornita anche per il tramite della struttura convenzionata che eroga la prestazione.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'italiano, dall'inglese, dal francese o dal tedesco deve essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione restano a carico del *Contraente/Assicurato*.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della *Compagnia* e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

- a. Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti medici convenzionati con Assirete s.r.l. con pagamento in forma diretta – valido SOLO PER LA GARANZIA SPESE SANITARIE

Nel caso in cui l'*Assicurato* intenda usufruire del pagamento diretto da parte della *Compagnia* delle spese mediche in

copertura previste al punto 2.1 e 2.1.2 dovrà avvalersi di **strutture e/o professionisti medici convenzionati facenti parte del *Network di Assirete s.r.l.* e presenti su tutto il Territorio Italiano.**

Per attivare la forma diretta, l'Assicurato dovrà chiedere, con un preavviso di almeno 3 (tre) giorni lavorativi, un'autorizzazione ad Assirete s.r.l. finalizzata al pagamento diretto da parte della *Compagnia* specificando la prestazione medica di cui intende usufruire. Il preavviso non è necessario per i soli casi di urgenza medica certificata che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La richiesta di attivazione della forma diretta dovrà essere inviata dall'*Assicurato* per iscritto, attraverso posta elettronica, all'indirizzo info.medicare@zurich.assiretegroup.com o tramite fax al nr 06-97626007 con allegato il modulo di richiesta di autorizzazione alla presa in carico diretta, debitamente compilato e firmato per il consenso al trattamento dati, riportato nell'Allegato 3, corredata dalla documentazione ivi indicata.

E' necessario rivolgersi direttamente ad Assirete s.r.l. nell'ambito di un *Ricovero* attivato in forma diretta presso una struttura convenzionata, anche per il rimborso:

- 1) di eventuali spese per prestazioni erogate da professionisti medici e/o equipe non convenzionati con Assirete s.r.l.;
- 2) delle prestazioni eseguite nei 120 gg (elevati a 180 e 240 nei casi contrattualmente previsti) pre e post *Ricovero* o del *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* o dell'*Intervento chirurgico ambulatoriale*, anche se relative a Prestazioni extraospedaliere.

Per i casi 1 e 2 di cui sopra la richiesta di rimborso dovrà essere inviata dall'*Assicurato* per iscritto attraverso pec all'indirizzo rimborso.medicare@pec.it o tramite raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo ASSIRETE s.r.l. - Via Gerolamo Fracastoro 3/A, 00161 Roma, con allegato il modulo di richiesta di rimborso riportato nell'Allegato 5, debitamente compilato e corredata dalla documentazione ivi indicata.

La Centrale Operativa di Assirete s.r.l. provvede a:

- esaminare la posizione amministrativa e la documentazione clinica per la verifica del diritto alla prestazione;
- sospendere la presa in carico richiedendo la necessaria documentazione integrativa nel caso di dubbi sul diritto alla prestazione;
- autorizzare o negare la presa in carico in forma diretta.

La preventiva attivazione attraverso la Centrale Operativa di Assirete s.r.l. è condizione essenziale per l'operatività della procedura di pagamento diretto da parte della *Compagnia*.

Qualora l'*Assicurato* si avvalga di:

- *Istituti di cura* e/o professionisti convenzionati con Assirete s.r.l. ma senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa di Assirete s.r.l., **l'Assicurato dovrà richiedere il rimborso delle spese secondo le modalità descritte alla successiva lettera b. "Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti medici NON convenzionati con Assirete s.r.l. o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta"**
- *Istituti di cura* convenzionati con Assirete s.r.l. ma erogate da professionisti medici non convenzionati con Assirete s.r.l. e quindi senza attivazione della forma diretta, **l'Assicurato dovrà richiedere il rimborso delle spese relative alla prestazione del professionista medico non convenzionato secondo le modalità descritte alla successiva lettera b. "Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti NON convenzionati con Assirete s.r.l. o convenzionati, ma con pagamento in forma indiretta."**

Le strutture convenzionate con Assirete s.r.l. e il modulo di richiesta di presa in carico diretta sono disponibili ai seguenti link:

- www.assiretegroup.com entrando nella sezione 'Area Assistiti' e cliccando su 'Zurich MediCare'
- sul sito internet della *Compagnia* www.zurich.it

La Centrale Operativa di Assirete s.r.l. è inoltre disponibile per i seguenti servizi:

1. per richieste di informazioni relative alle strutture sanitarie e

professionisti medici convenzionati, agli ambiti e alla portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e su richieste di informazioni sui propri *Sinistri*, telefonare al seguente numero di telefono:

Numero verde 800113640 per chiamate dall'Italia da rete fissa

Numero +39 06 44 07 73 80 per chiamate dall'estero e da cellulare

Il costo della chiamata resta a carico del chiamante e dipende dal piano tariffario del proprio operatore.

Servizio telefonico disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00.

2. per richiedere informazioni sui convenzionamenti in caso di utilizzo di strutture sanitarie e/o professionisti medici convenzionati con Assirete s.r.l., scrivere al seguente indirizzo di posta elettronica
info.medicare@zurich.assirecregroup.com

b. Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti NON convenzionati con Assirete s.r.l. o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta – valido per le garanzie Spese sanitarie e Prestazioni extraospedaliere

Al termine delle cure, l'Assicurato dovrà effettuare la richiesta di rimborso per le spese a lui intestate, documentate ed indennizzabili previste dai punti 2.1.1 e 2.1.2 per la garanzia Spese Sanitarie e 2.2.1 e 2.2.2 per la garanzia Prestazioni extraospedaliere nei seguenti casi:

- prestazione erogata da ***Istituti di cura e/o professionisti non convenzionati con Assirete s.r.l.***;
- prestazione erogata da ***Istituti di cura e/o professionisti convenzionati con Assirete s.r.l.*** senza richiesta del pagamento diretto da parte della *Compagnia* così come indicato alla lettera a. "Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti convenzionati – Pagamento diretto";
- ogni altra qualsivoglia spesa non riconducibile a *Istituti di cura* e/o professionisti medici.

Il *Contraente*, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il *Sinistro* entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, o comunque appena ne abbiano la possibilità.

La denuncia di *Sinistro* **deve essere fatta per iscritto preferibilmente all'Intermediario assicurativo a cui è assegnato il contratto o alla Compagnia presentando il modulo di richiesta di rimborso riportato nell'Allegato 4**, opportunamente compilato in ogni sua parte, accompagnato dalla seguente documentazione, medica e di spesa, intestata all'Assicurato:

- copie di fatture in caso di esami, *Visite specialistiche* ed accertamenti diagnostici previsti dalla garanzia "Prestazioni extraospedaliere";
- copie di cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (O.S.D.) in caso di *Ricovero*, *Day Hospital* con *Intervento chirurgico*;
- copia di fattura per *Ricovero*, *Day Hospital* con *Intervento chirurgico* e *Intervento chirurgico ambulatoriale*;
- certificato medico attestante la patologia e le prestazioni effettuate, in caso di *Intervento chirurgico ambulatoriale* oppure in caso di esami, *Visite specialistiche* ed accertamenti diagnostici;
- copie dei giustificativi delle spese sostenute in caso di attivazione della prestazione "spese di trasporto";
- gli scontrini della farmacia in originale per il rimborso di spese relative ai medicinali nei casi contrattualmente previsti;
- in caso di *Infortunio* la denuncia contenente la descrizione dettagliata della dinamica, con l'indicazione delle cause, luogo, giorno e ora dell'evento, corredata da eventuale referto del pronto soccorso, da fotografie, immagini radiografiche

ed ogni altra documentazione eventualmente richiesta dalla *Compagnia*;

- referto medico e denuncia presentata all'Autorità nei casi previsti alla lettera a. "Parto e aborto" dei punti 2.1.2 della garanzia Spese sanitarie e 2.3.2 della garanzia Diaria da *Ricovero*.

Ai fini dell'ottenimento del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate dovranno:

- **essere accompagnate da prescrizione e/o certificazione medica e corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale);**
- **essere fatturate da *Istituti di cura*, *Centri medici*, medici *specialisti* o da personale professionalmente abilitato.**

c. Richiesta dell'indennità sostitutiva da *Ricovero* e/o della diaria da *Ricovero* o Diaria da *Convalescenza* indipendentemente se le strutture e/o professionisti medici sono convenzionati o non convenzionati con Assirete s.r.l.

Al fine dell'erogazione dell'indennità giornaliera e/o della diaria da *Ricovero* o *Diaria* da *Convalescenza*, la denuncia del *Sinistro* dovrà essere effettuata al termine delle cure presentando la seguente documentazione medica intestata all'Assicurato:

- copia della cartella clinica completa;
- in caso di Diaria da *Convalescenza* copia dei certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della *Convalescenza*. L'eventuale prolungamento della *Convalescenza* deve essere documentato da ulteriori certificati medici continuativi.
- in caso di applicazione dell'*Apparecchio di contenzione inamovibile* copia della documentazione sanitaria da cui risulta la prescrizione e l'applicazione dell'*Apparecchio di contenzione inamovibile* nonché quella della sua rimozione. Per i casi di fratture che non comportino l'applicazione dell'*Apparecchio di contenzione* copia della documentazione sanitaria (come ad esempio la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico o del pronto soccorso).

2.11 Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, ogni diritto derivante dal contratto di *Assicurazione* si prescrive in **due anni** dal giorno in cui si è verificato l'evento su cui si fonda il diritto.



Come è gestito
il Sinistro?

2.12 Scoperto e Franchigia

Garanzia Spese sanitarie

Fermi i *Massimali* previsti dalla garanzia o dalla singola prestazione, in caso di *Sinistro* la *Compagnia* provvederà a rimborsare le spese sostenute ed effettivamente documentate con deduzione per singolo *Sinistro*:

- a) della percentuale di *Scoperto* (o del relativo importo massimo) qualora indicata in *Polizza*, applicata sull'ammontare delle spese sanitarie solo qualora l'Assicurato si rivolga ad un *Istituto di cura* e/o professionisti medici non convenzionati con Assirete s.r.l. o convenzionati ma senza ricorrere alla forma diretta. Tuttavia, nel caso in cui l'*Istituto di cura* sia convenzionato con Assirete s.r.l. ma il professionista medico

che effettua l'**Intervento chirurgico** non sia convenzionato, il suddetto **Scoperto** si applica solo all'ammontare delle spese sostenute per il professionista medico, richieste tramite forma indiretta.

Lo **Scoperto** indicato in **Polizza** non si applica:

- qualora l'**Assicurato** richieda l'attivazione delle prestazioni in copertura attraverso **Istituto di cura e /o professionisti medici convenzionati con Assirete s.r.l., ricorrendo alla forma diretta** con le modalità di attivazione della convenzione di cui alla lettera a. Utilizzo di **Istituti di cura e/o professionisti convenzionati – Pagamento diretto** del punto 2.11 – Come attivare le prestazioni;
- alla prestazione prevista alla lettera g. "Indennità sostitutiva per **Ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale**" del punto 2.1.2 Ulteriori prestazioni in copertura della garanzia Spese sanitarie;
- alle prestazioni eseguite nei **120 gg (elevati a 180 e 240 nei casi contrattualmente previsti alla lettera c. del punto 2.1 Oggetto dell'Assicurazione)** pre e post **Ricovero o del Day Hospital con Intervento chirurgico o dell'Intervento chirurgico ambulatoriale se eseguiti tramite S.S.N.**

b) dell'importo della *Franchigia* qualora indicata in *Polizza*.

La **Franchigia** indicata in **Polizza** non si applica alle prestazioni previste alle lettere g. "Indennità sostitutiva per **Ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale**" e h. "Cure oncologiche in assenza di **Ricovero**" del punto 2.1.2 Ulteriori prestazioni in copertura della garanzia Spese sanitarie.

Ai fini dell'applicazione della *Franchigia*, vengono considerati come un unico evento tutti i **Ricoveri e/o Day Hospital con Intervento chirurgico e/o Intervento chirurgico ambulatoriale, resi necessari dalla medesima **Malattia o Infortunio**, purché avvenuti entro 60 giorni dalla data del primo **Ricovero e/o Intervento chirurgico**.**

Sia lo **Scoperto** indicato alla lettera a) che la **Franchigia** indicata alla lettera b) di cui sopra, entrambi a carico dell'**Assicurato**, si applicano solo se espressamente richiamati in **Polizza**.

Nel caso in cui sia previsto in **Polizza** sia lo **Scoperto** che la **Franchigia**, l'**Indennizzo** verrà determinato applicando prima la percentuale di **Scoperto**, calcolata sull'ammontare delle spese sanitarie e poi verrà dedotto dalla liquidazione l'importo della **Franchigia** indicata in **Polizza**.

Per facilitare la comprensione dei meccanismi di applicazione di **Scoperti** e **Franchigie**, si riportano di seguito delle esemplificazioni numeriche.

Esempio 1: Prestazione soggetta all'applicazione della *Franchigia* in caso di ammontare delle spese inferiore al *Massimale*

<i>Massimale:</i>	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	10.000,00 euro
<i>Scoperto:</i>	nessuno <i>Scoperto</i>
<i>Franchigia:</i>	1.500,00 euro
<i>Indennizzo:</i>	8.500,00 euro

Esempio 2: Prestazione soggetta all'applicazione della *Franchigia* in caso di ammontare delle spese superiore al *Massimale*

<i>Massimale:</i>	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	150.000,00 euro
<i>Scoperto:</i>	nessuno <i>Scoperto</i>
<i>Franchigia:</i>	1.500,00 euro
<i>Indennizzo = Massimale:</i>	100.000,00 euro

Esempio 3: Prestazione soggetta all'applicazione dello *Scoperto* in caso di ammontare delle spese inferiore al *Massimale*

<i>Massimale:</i>	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	10.000,00 euro
<i>Scoperto:</i> 20% con il max di 5.000,00 euro	2.000,00 euro
<i>Franchigia:</i>	senza <i>Franchigia</i>
<i>Indennizzo:</i>	8.000,00 euro

Esempio 4: Prestazione soggetta all'applicazione dello *Scoperto* in caso di ammontare delle spese superiore al *Massimale*

<i>Massimale:</i>	100.000,00 euro
Ammontare delle spese:	150.000,00 euro
<i>Scoperto:</i> 20% con il max di 5.000,00 euro	5.000,00 euro
<i>Franchigia:</i>	senza <i>Franchigia</i>
<i>Indennizzo = Massimale:</i>	100.000,00 euro

Esempio 5: Prestazione soggetta all'applicazione concomitante di *Franchigia* e *Scoperto*

<i>Massimale:</i>	100.000 euro
Ammontare delle spese:	10.000 euro
<i>Scoperto:</i> 20% con il max di 5.000 euro	2.000 euro
<i>Franchigia:</i>	1.500 euro
<i>Indennizzo (= Ammontare delle spese - Scoperto - Franchigia):</i>	6.500 euro

Esempio 6: Prestazione soggetta all'applicazione concomitante di *Franchigia* e *Scoperto* nel limite del *Massimale* previsto dalla singola prestazione

<i>Massimale</i> previsto per la prestazione 'parto senza taglio cesareo'	3.000 euro
Ammontare delle spese:	6.000 euro
<i>Scoperto:</i> 20% con il max di 5.000 euro	1.200 euro
<i>Franchigia:</i>	1.500 euro
Ammontare delle spese - <i>Scoperto</i> - <i>Franchigia:</i>	3.300 euro
<i>Indennizzo = Massimale</i>	3.000 euro

Garanzia Prestazioni extraospedaliere

Fermo il **Massimale** previsto dalla garanzia, in caso di **Sinistro** il rimborso viene effettuato applicando uno **Scoperto a carico dell'Assicurato del 20% sull'ammontare delle spese sostenute, con il minimo di 50 euro per ciascun Sinistro, per accertamenti relativi ad una stessa patologia.**

Lo **Scoperto** di cui sopra non si applica ai ticket per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Per una schematica rappresentazione degli **Scoperti** applicati alle garanzie Spese sanitarie e Prestazioni extraospedaliere si rimanda all'Allegato 1 "**Massimali, limiti di Indennizzo e Scoperto**".

2.13 Tempi di gestione del Sinistro

Una volta ricevuta la denuncia del **Sinistro** e tutte la documentazione indicata al precedente capitolo "Cosa fare in caso di **Sinistro**?", la **Compagnia** avrà 60 giorni di tempo per esaminare la documentazione ed effettuare le proprie valutazioni sul **Sinistro**. Entro tale termine la **Compagnia**:

- formulerà una proposta di **Indennizzo** oppure
- respingerà la richiesta di **Indennizzo** indicandone in modo chiaro ed esaustivo le motivazioni.

Entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione indicata, la **Compagnia** potrà richiedere ulteriore e specifica documentazione precisando al **Contraente** o all'**Assicurato** il motivo della richiesta. Il termine per formulare una proposta di **Indennizzo** o respingere la richiesta di **Indennizzo** sarà di 30 giorni dal ricevimento della documentazione integrativa. Qualora la **Compagnia** ritenga necessario incaricare dei consulenti (ad esempio, periti, accertatori) il termine per formulare una proposta di **Indennizzo** o respingere la richiesta di **Indennizzo** sarà di 30 giorni dal ricevimento della perizia.

2.14 Pagamento dell'Indennizzo

Forma diretta

La **Compagnia** tiene a proprio carico le spese indennizzabili secondo

le condizioni della convenzione stipulata dal Gruppo Assirecre con gli *Istituti di cura*, i professionisti e i centri clinici convenzionati. La *Compagnia* non si farà carico delle prestazioni non pertinenti rispetto alla diagnosi indicata da certificato medico e comunicata ad Assirete s.r.l. all'atto della richiesta di autorizzazione, delle prestazioni e delle spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata dal Gruppo Assirecre con gli *Istituti di cura*, i professionisti e i centri clinici convenzionati e di tutte le prestazioni sanitarie non autorizzate da Assirete s.r.l. Resta inteso che tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute indennizzabili, saranno rimborsate nelle modalità previste al seguente paragrafo "Forma indiretta". L'erogazione della diaria da *Ricovero* o Diaria da *convalescenza* verrà effettuata entro 15 giorni dalla data in cui è stata consegnata ad Assirete s.r.l. la seguente documentazione:

- atto di quietanza sottoscritto o documentazione equivalente circa l'accettazione della offerta liquidativa;
- fotocopia di valido documento di riconoscimento e codice fiscale del beneficiario del pagamento;
- nominativo dell'intestatario del conto corrente e codice IBAN del conto sul quale effettuare il bonifico;
- nel caso di delega all'incasso, fotocopia di documento di riconoscimento valido, codice fiscale e IBAN del delegato.

Qualora si dovesse successivamente accertare, relativamente all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione, la non validità della *Polizza* e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'Assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare alla *Compagnia* le somme corrisposte a *Istituti di cura*, centri diagnostici o medici convenzionati o a saldare le prestazioni preventivamente autorizzate in forma diretta e non saldate dalla *Compagnia*, ad *Istituti di cura*, centri diagnostici o medici convenzionati. Tali circostanze saranno debitamente comunicate all'Assicurato, mediante lettera raccomandata, e lo stesso sarà tenuto a restituire alla *Compagnia* dette somme indebitamente liquidate entro e non oltre 30 giorni dal ricevimento delle stesse. Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la *Compagnia* si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Forma indiretta

Il rimborso delle spese intestate all'Assicurato, e/o l'erogazione dell'indennità sostitutiva da *Ricovero* giornaliera e/o diaria da *Ricovero* o Diaria da *Convalescenza*, verrà effettuato entro 15 giorni dalla data in cui è stata consegnata alla *Compagnia* la seguente documentazione:

- atto di quietanza sottoscritto o documentazione equivalente circa l'accettazione della offerta liquidativa;
- fotocopia di valido documento di riconoscimento e codice fiscale del beneficiario del pagamento;
- nominativo dell'intestatario del conto corrente e codice IBAN del conto sul quale effettuare il bonifico;
- nel caso di delega all'incasso, fotocopia di documento di riconoscimento valido, codice fiscale e IBAN del delegato.

Il pagamento dell'*Indennizzo* viene effettuato, a cura ultimata, in Italia e in Euro, anche per le spese sostenute all'estero, in valuta diversa dall'Euro, al tasso di cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea il giorno in cui sono state sostenute le spese.

In ogni caso (sia per il pagamento in forma diretta sia indiretta), la documentazione originale delle parcelle, onorari, distinte, fatture e ricevute andrà inviata all'*Intermediario assicurativo* a cui è assegnato il contratto o alla *Compagnia* e verranno restituiti all'Assicurato con posta ordinaria o tramite l'*Intermediario assicurativo*. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del *Sinistro* in

fotocopia o scannerizzata, la *Compagnia* si riserva il diritto di richiedere ove lo ritenga necessario la documentazione in originale sia delle fatture, che della documentazione medica.

2.15 Controversie, arbitrato irrituale

La soluzione di eventuali controversie di natura medica sul Sinistro, nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità previsti dalla Polizza, può essere demandata per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nella città dove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicina al luogo di residenza o domicilio eletto dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti **tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.**

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. **Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale;** tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

2.16 Rinuncia al diritto di surrogazione

La *Compagnia* rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili per le prestazioni erogate dal presente contratto.

2.17 Interruzione Servizio Assirete s.r.l.

La *Compagnia*, per la gestione e la liquidazione dei *Sinistri*, si avvale per la forma diretta, di Assirete s.r.l. e della sua Centrale Operativa, con la quale la *Compagnia* ha inoltre stipulato una convenzione che fornisce all'Assicurato l'accesso a un *Network* convenzionato di *Istituti di cura* su tutto il *Territorio Italiano*.

La *Compagnia* si riserva il diritto di far cessare la convenzione con Assirete s.r.l. e di sostituire la convenzione medesima con una equivalente stipulata con altra Società. La cessazione della convenzione o la sua sostituzione avrà effetto alla scadenza annuale successiva alla comunicazione della *Compagnia*, che sarà comunque effettuata con preavviso minimo di 45 giorni dalla suddetta scadenza. In caso di cessazione della convenzione senza sostituzione, rimane ferma la validità del contratto per tutte le prestazioni in esso contemplate. **Il Contraente, nel solo caso di cessazione della convenzione senza sostituzione, avrà comunque la facoltà di recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione alla Compagnia mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica certificata (PEC) al massimo entro la prima scadenza annua del Periodo assicurativo in cui è avvenuta la predetta cessazione.**

Il recesso avrà effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Sezione 3

Assistenza

La *Compagnia* ha scelto di affidare la gestione e la liquidazione dei *Sinistri* relativi alla garanzia Assistenza ad una *Compagnia* specializzata:

Mapfre Asistencia Compañía Internacional de Seguros y Reaseguros S.A.

con sede a Verrone (BI) – Strada Trossi n. 66,

Numero verde 800-181515 (valido solo in Italia)

oppure +39.015-2559790 (valido in Italia e all'estero)

La *Compagnia* si riserva la facoltà di modificare in qualsiasi momento il soggetto fornitore della garanzia Assistenza. Tale modifica sarà comunicata mediante pubblicazione sul sito internet della *Compagnia* o nell'area riservata al *Contraente*. La sostituzione del fornitore avverrà senza modifiche in peggioramento delle condizioni contrattuali e di *Premio* pattuite con il *Contraente*.

Per quanto riguarda la garanzia Assistenza:

per **Domicilio**: si intende luogo in Italia dove l'*Assicurato* dimora in modo abituale o dove ha trasferito temporaneamente la propria abitazione.

per **Familiare**: si intende qualsiasi persona convivente con l'*Assicurato* risultante da regolare certificato di stato di famiglia dell'*Assicurato*.

per **Prestazione**: si intende l'immediato aiuto fornito da parte della *Compagnia* all'*Assicurato*, nel momento della difficoltà, a seguito del contatto e per il tramite della Struttura Organizzativa.

per **Residenza**: si intende il luogo in Italia dove l'*Assicurato* ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

per **Ricovero**: si intende la degenza in *Istituto di cura*, sia in caso di *Day Hospital* che in caso di degenza che comporti almeno un pernottamento.

per **Struttura Organizzativa**: si intende la struttura di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la *Compagnia*, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto con l'*Assicurato*, ed organizza e eroga, con costi a carico della *Compagnia* stessa, le Prestazioni di assistenza previste nelle condizioni di *Assicurazione*.

per **Viaggio**: si intende lo spostamento, il soggiorno o la locazione verso /in una località ad almeno 100 chilometri dalla Residenza dell'*Assicurato*.



Che cosa è assicurato e come?

3.1 Oggetto dell'Assicurazione

La garanzia prevede l'erogazione di Prestazioni, come di seguito descritte, a seconda della forma di copertura scelta dal *Contraente*; nello specifico:

- **Forma Base**, comprende le Prestazioni indicate dal punto 1 al punto 30;
- **Forma Top**, comprende le Prestazioni indicate dal punto 1 al punto 38.

Tutte le Prestazioni sono fornite a seguito di:

- **Infortunio** anche se derivante da **Attacchi Cyber**;
- **patologie o complicanze correlate a gravidanza e/o parto**;
- **aborto, trapianti di organi**;
- **Malattia dell'Assicurato**;

ad eccezione delle Prestazioni indicate al punto 3.2 Assistenza quotidiana previste anche in caso di alterazione improvvisa dello stato di salute.

3.2 Assistenza quotidiana

Nel caso in cui un'alterazione improvvisa dello stato di salute, anche non certificata da documentazione sanitaria, determini una necessità improvvisa **per l'Assicurato o per il suo Familiare**, la *Compagnia* fornirà le Prestazioni di assistenza sotto dettate.

1) Assistenza medica telefonica generica

Qualora l'*Assicurato* o il suo Familiare necessiti di consigli e suggerimenti sulle migliori misure d'urgenza da adottare in relazione al proprio stato di salute, potrà chiamare la Struttura Organizzativa per richiedere il servizio di assistenza medica telefonica.

L'*Assicurato* o il suo Familiare verrà messo direttamente in contatto con uno dei medici della Struttura Organizzativa al fine di far valutare il proprio stato di salute e di ricevere le prime indicazioni su quale sia la cura più idonea da seguire.

Si precisa che tale assistenza medica telefonica, considerate le modalità di prestazione del servizio, non costituisce diagnosi ed è prestata sulla base delle informazioni e dichiarazioni fornite a distanza dall'Assicurato o dal suo Familiare.

La Prestazione potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24 e verrà organizzata entro 30 minuti dalla ricezione della richiesta da parte dell'*Assicurato*.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo e 1 (una) Prestazione per ciascun Sinistro.

2) Assistenza pediatrica telefonica generica

Qualora l'*Assicurato* o il suo Familiare necessiti di consigli e suggerimenti sulle migliori misure d'urgenza da adottare in relazione allo stato di salute di uno dei figli minori di sedici anni, potrà chiamare la Struttura Organizzativa per richiedere il servizio di assistenza pediatrica telefonica.

L'*Assicurato* verrà messo direttamente in contatto con uno dei pediatri della Struttura Organizzativa al fine di far valutare lo stato di salute del minore e di ricevere le prime indicazioni su quale sia la cura più idonea da effettuare.

Si precisa che tale assistenza pediatrica telefonica, considerate le modalità di prestazione del servizio, non costituisce diagnosi ed è prestata sulla base delle informazioni e dichiarazioni fornite a distanza dall'Assicurato o dal suo Familiare.

La Prestazione potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24 e verrà organizzata entro 30 minuti dalla ricezione della richiesta da parte dell'*Assicurato*.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo e 1 (una) Prestazione per ciascun Sinistro.

3) Video consulto medico

Qualora l'*Assicurato* o il suo Familiare necessiti di

informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare sulla base di una valutazione dello stato di salute constatabile attraverso video consulto, potrà contattare la Struttura Organizzativa, la quale procederà alla raccolta preliminare delle informazioni relative alle esigenze connesse al suo stato di salute, al fine di organizzare un collegamento video tramite piattaforma web diretto tra l'Assicurato o il suo Familiare e il medico specialista per una prima consulenza medica.

Si precisa che tali video consulti medici, considerate le modalità di prestazione del servizio, non costituiscono diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni e dichiarazioni fornite a distanza dall'Assicurato o dal suo Familiare.

La Prestazione potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24 e verrà organizzata dalla Struttura Organizzativa entro 30 minuti dalla ricezione della richiesta dell'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione con il limite di 1 (uno) Sinistro per Periodo assicurativo e di 1 (una) Prestazione per Sinistro.

4) Consultant service – “conciierge”

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

Qualora l'Assicurato o il suo Familiare necessiti di indicazioni relativamente a:

- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- mezzi di trasporto (aerei, treni, altro)

la Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assicurato o il suo Familiare, fornirà le informazioni richieste.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della consulenza telefonica con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo e (1) una Prestazione per ciascun Sinistro.

Restano a carico dell'Assicurato i costi delle Prestazioni sanitarie e dei servizi di trasporto.

3.3 Assistenza immediata

Nel caso in cui un'alterazione improvvisa dello stato di salute, anche non certificata da documentazione sanitaria, determini una necessità improvvisa **per l'Assicurato**, la Compagnia fornirà le Prestazioni di assistenza sotto dettagliate.

5) Interprete a disposizione all'estero

La Prestazione è attiva solo al di fuori del Territorio Italiano
Qualora l'Assicurato necessiti dell'intervento di un interprete per poter comunicare con i medici che lo hanno in cura, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarlo presso l'Istituto di cura all'estero.

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario fino ad un massimo di 8 ore lavorative con il limite di 1 (uno) Sinistro per Periodo assicurativo e (1) una Prestazione per Sinistro.

6) Rientro salma

Qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa predisporrà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 2.000,00 euro per Sinistro.

Qualora il trasporto comporti un esborso maggiore del Massimale, la Struttura Organizzativa non attiverà la Prestazione fino a quando non avrà ricevuto garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate per la quota dei costi non compresi nel Massimale suddetto.

Restano a carico dei Familiari dell'Assicurato le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

7) Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese impreviste

e non gli sia possibile corrisponderle direttamente e immediatamente per perdita della capacità di acquisto (quale ad esempio furto/smarrimento del portafoglio o dei mezzi di pagamento elettronico), la Struttura Organizzativa anticiperà, per conto dell'Assicurato, **il pagamento delle spese sostenute e documentate da fatture o equivalenti fino ad un importo massimo di 5.000,00 euro per Sinistro.**

L'Assicurato dovrà comunicare: la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria ed il suo recapito. L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine, l'Assicurato dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La Prestazione non è operante:

- nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

La Compagnia fornirà la Prestazione con il limite di 3 (tre) Sinistri per Periodo assicurativo e (1) una Prestazione per Sinistro.

8) Trasporto in autoambulanza per recarsi presso Istituto di cura

Qualora l'Assicurato necessiti di un'autoambulanza per il trasporto, alternativamente, dal Domicilio/Residenza o dal luogo di primo soccorso, all'Istituto di cura, la Struttura Organizzativa predisporrà l'organizzazione e l'invio di un'autoambulanza.

La Prestazione è attiva solo a fronte di espressa richiesta scritta del medico che ha in cura l'Assicurato, riportante le ragioni della richiesta.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno), con il limite di 3 (tre) Sinistri per Periodo assicurativo e (1) una Prestazione per Sinistro.

3.4 Assistenza durante e post Ricovero

Le Prestazioni elencate dal punto 9 al punto 37 sono fornite in caso di Ricovero.

Relativamente alle Prestazioni di cui ai punti dal 9 al 16 e dal 18 al 19 e dal 29 al 37 la Struttura Organizzativa definirà preventivamente le modalità di erogazione del servizio; a tal fine, ogni Prestazione dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla Struttura Organizzativa di disporre il servizio stesso.

9) Trasferimento in Istituto di cura attrezzato

Qualora l'Assicurato non sia curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera di primo soccorso, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'Istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la cura dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo sanitario limitatamente agli Stati membri dell'Unione Europea, in Svizzera e Gran Bretagna;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;

- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa. In caso contrario, se il mezzo utilizzato per il trasporto dell'Assicurato e le circostanze lo permettono, l'Assicurato potrà essere accompagnato da un Familiare che si trova presso l'Istituto di cura di partenza;
- organizzare i contatti tra i medici e i Familiari nel corso del Ricovero.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi con il limite di 1 (uno) Sinistro per Periodo assicurativo e (1) una Prestazione per Sinistro.

Non danno luogo alla Prestazione:

- le lesioni che, a giudizio dei medici, siano curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera in cui si è verificato il Sinistro;
- le terapie riabilitative.

10) Consegna farmaci a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio Italiano.

Qualora l'Assicurato, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, non sia in grado, così come documentato dalla cartella sanitaria, di occuparsi personalmente del ritiro dei farmaci e necessari, sulla base di specifica indicazione medica scritta, di medicinali e/o di articoli sanitari, potrà contattare la Struttura Organizzativa, la quale organizzerà:

- il ritiro della relativa indicazione medica scritta presso la Residenza o il Domicilio dell'Assicurato e del denaro necessario all'acquisto dei medicinali e/o degli articoli sanitari;
- l'acquisto e la consegna a domicilio di quanto indicato dal medico curante.

La consegna dei farmaci a domicilio potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; Il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

Sono esclusi dalla consegna i farmaci in classe A, ritenuti essenziali (salvavita) e classe H che per caratteristiche farmacologiche, o per innovatività o per altri motivi di sicurezza, non possono essere utilizzati al di fuori degli Istituti di cura.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo del ritiro di quanto indicato dal medico curante e della consegna dei farmaci e/o degli articoli sanitari, con il limite di 3 (tre) Sinistri per Periodo assicurativo e (2) due Prestazione per Sinistro. Restano a carico dell'Assicurato i costi relativi ai medicinali e/o articoli sanitari.

11) Diagnostica a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio Italiano.

Qualora l'Assicurato necessiti di eseguire, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, prelievi del sangue, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà a:

- organizzare il servizio di prelievo dei campioni, previa verifica che gli stessi siano effettuabili presso il domicilio o la Residenza dell'Assicurato;
- consegnare il campione presso il laboratorio di analisi anche prescelto dall'Assicurato;
- recapitare, successivamente, il referto cartaceo delle analisi all'Assicurato.

La Diagnostica a domicilio potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo.

Restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami.

12) Ecografie a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio Italiano.

Qualora l'Assicurato necessiti di eseguire, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, ecografie, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della

Prestazione, provvederà a:

- organizzare il servizio di ecografia, previa verifica che questa sia effettuabile presso la Residenza dell'Assicurato;
- recapitare, successivamente, il referto cartaceo all'Assicurato.

L'Ecografia a domicilio potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo.

Restano a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

13) Invio di un medico a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio Italiano.

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare, presso la Residenza o il Domicilio, uno dei medici convenzionati.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di:

- € 250,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Base;
- € 350,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Top,

con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo.

Restano a carico dell'Assicurato i costi delle cure, degli esami, delle ulteriori visite e dei medicinali prescritti dal medico.

14) Invio di un operatore per assistenza sanitaria al domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio Italiano.

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, di essere assistito da operatore sanitario, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza dell'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 500,00 per Sinistro, con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo.

15) Invio di un fisioterapista

La Prestazione è attiva solo nel Territorio Italiano.

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza dell'Assicurato. L'invio di un fisioterapista potrà essere richiesto tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di:

- € 250,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Base;
 - € 350,00 per Sinistro qualora sia stata scelta la Forma Top,
- con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo.**

16) Invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per diagnostica e Cure mediche

Qualora le Prestazioni:

- Diagnostica a domicilio
- Ecografie a domicilio
- Invio di un medico a domicilio

non possano essere effettuate presso il Domicilio o la Residenza dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà ad individuare un accompagnatore, ed eventualmente organizzare anche un servizio di taxi, per consentire all'Assicurato di recarsi dal proprio Domicilio o Residenza, in strutture sanitarie dove effettuare controlli, esami, trattamenti e cure.

L'invio di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per diagnostica e Cure mediche potrà essere richiesto nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La **Compagnia** terrà a proprio carico i costi dell'accompagnatore fino ad un massimo di 4 h per **Sinistro** ed eventualmente fino ad un massimo di € 100,00 per **Sinistro** per il servizio di taxi (andata/ritorno), con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

17) Video consulto per secondo parere medico

Qualora l'**Assicurato** desideri, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'**Istituto di cura**, ottenere un secondo parere medico sulle terapie proposte, sulla **Malattia** e/o sugli esiti dell'**Infortunio**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'**Assicurato** una consulenza video con il proprio medico di struttura, che potrà eventualmente coordinare, qualora se ne ravvisino i presupposti, un servizio di second opinion con uno specialista del settore.

Il collegamento video avviene tramite piattaforma web tra l'**Assicurato** e il medico specialista affinché quest'ultimo possa fornire un parere su risultati di esami effettuati, terapie prescritte o seguite o concluse, approfondimenti rispetto ad un'opinione medica precedentemente ricevuta.

La Prestazione potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

Il medico fornisce confronto solo per i casi in cui non è necessario un contatto fisico.

Si precisa che tali video consulti medici, considerate le modalità di prestazione del servizio, non costituiscono diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni e dichiarazioni fornite a distanza dall'Assicurato**.**

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

18) Autista a disposizione per **Infortunio** e **Malattia** lontani dall'abitazione

Qualora l'**Assicurato** si trovi in Viaggio e, successivamente alle dimissioni dall'**Istituto di cura**, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo e i passeggeri fino alla Residenza dell'**Assicurato**, secondo itinerario più breve.

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo € 500,00 per **Sinistro**, con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

Restano a carico dell'Assicurato** le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).**

19) Autista a disposizione per vita quotidiana

Qualora l'**Assicurato**, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'**Istituto di cura**, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per permettere all'**Assicurato** convalescente di raggiungere le destinazioni da questo prescelte. La Prestazione potrà essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario dell'autista fino ad un massimo € 500,00 per **Sinistro**, con il limite di 1 (uno) **Sinistro** per **Periodo assicurativo**.

Restano a carico dell'Assicurato** le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).**

20) Collegamento continuo con l'**Istituto di cura**

Su specifica richiesta, la Struttura Organizzativa provvederà ad aggiornare i Familiari relativamente alle condizioni di salute dell'**Assicurato**, fornendo le notizie cliniche di cui è venuta a conoscenza successivamente al collegamento telefonico diretto tra i propri medici ed il medico curante sul posto. La Prestazione è operante previa acquisizione della liberatoria firmata dall'**Assicurato**.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della consulenza telefonica con il limite di 3 (tre) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

21) Ricongiungimento

Qualora un Familiare, residente con l'**Assicurato** come da certificato di stato di famiglia, trovandosi in Viaggio, necessiti di rientrare presso la Residenza per ricongiungersi con l'**Assicurato**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione del Familiare un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno.

Il Ricongiungimento potrà essere richiesto nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'**Istituto di cura** dell'**Assicurato**.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per **Sinistro**, con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

22) Accompagnamento di minori

Qualora l'**Assicurato** in Viaggio, accompagnato da minori di 15 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvederà a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere ad un Familiare, residente nel **Territorio Italiano**, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla Residenza.

L'**Assicurato** dovrà comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del Familiare affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il Viaggio.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per **Sinistro**, con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

Restano a carico dell'Assicurato** le eventuali spese di soggiorno del Familiare.**

23) Spese d'albergo

Qualora l'**Assicurato** si trovi in Viaggio, accompagnato da Familiari, la Struttura Organizzativa provvederà a ricercare e prenotare un albergo per i Familiari stessi nella località più vicina all'**Istituto di cura** presso cui è ricoverato l'**Assicurato**.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione, fino ad un massimo di € 500,00 per **Sinistro**, con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

24) Rientro dei Familiari

Qualora l'**Assicurato** si trovi in Viaggio accompagnato da Familiari, venga ricoverato presso l'**Istituto di cura**, la Struttura Organizzativa, qualora i Familiari non siano in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, metterà a loro disposizione un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) per rientrare alla propria residenza nel **Territorio Italiano**.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per **Sinistro**, con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

La Struttura Organizzativa avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di Viaggio non utilizzati per il rientro.

25) Viaggio di un Familiare

Qualora l'**Assicurato** necessiti di un Familiare accanto per essere da questo assistito presso l'**Istituto di cura**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un Familiare, residente nel **Territorio Italiano**, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'**Istituto di cura** presso cui è ricoverato l'**Assicurato**.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per **Sinistro**, con il limite di 2 (due) **Sinistri** per **Periodo assicurativo**.

26) Soggiorno di un Familiare

A seguito dell'erogazione della Prestazione "Viaggio di un Familiare", qualora necessario, la Struttura Organizzativa provvederà a ricercare e prenotare un albergo per il Familiare nella località più vicina all'**Istituto di cura** presso cui è ricoverato l'**Assicurato**.

La Compagnia terrà a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione, con un limite di

€ 500,00 per *Sinistro*, con il limite di 2 (due) *Sinistri* per *Periodo assicurativo*.

27) "Persona amica" per assistenza a figli minori, portatori di handicap, anziani

Qualora l'Assicurato necessiti, durante il *Ricovero* o nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, di una "persona amica" per prendersi cura dei figli minori, Familiari portatori di handicap o persone anziane con età superiore ai 70 anni, con lui conviventi come da certificato di stato di famiglia, la Struttura Organizzativa fornirà alla persona indicata dall'Assicurato, residente nel *Territorio Italiano*, un biglietto aereo (classe economica) oppure biglietto ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e/o altro mezzo di trasporto necessario per raggiungere la Residenza dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico della persona affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il Viaggio.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per *Sinistro*, con il limite di 2 (due) *Sinistri* per *Periodo assicurativo*.

28) Invio Taxi

Qualora i Familiari dell'Assicurato, che si trovino, anche temporaneamente, presso la Residenza dell'Assicurato durante il suo *Ricovero* o nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, abbiano manifestato necessità di effettuare degli spostamenti, la Struttura Organizzativa disporrà il servizio di taxi.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 3 corse di taxi per *Sinistro*, con il sottolimito di € 50,00 per ciascuna corsa, con il limite di 2 (due) *Sinistri* per *Periodo assicurativo*.

Non sono previsti frazionamenti del Massimale a disposizione.

29) Invio collaboratore/trice familiare

Qualora l'Assicurato, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa invierà un collaboratore/trice familiare presso la Residenza.

La Prestazione verrà fornita dalle ore 9:00 alle 18:00.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 250,00 per *Sinistro*, con il limite di 2 (due) *Sinistri* per *Periodo assicurativo*.

30) Care Management

Qualora l'Assicurato, a seguito di terapia medico/farmacologica, necessiti di un periodo di *Convalescenza* presso la Residenza o il Domicilio, la Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assicurato e sulla base delle sue esigenze, provvederà al reperimento e invio di:

- operatore sanitario/infermieristico;
- fisioterapista;
- collaboratore/collaboratrice familiare.

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo dell'individuazione del professionista, con il limite di 2 (due) *Sinistri* per *Periodo assicurativo* e 1 (una) Prestazione per ciascun *Sinistro*.

La prenotazione e il costo delle eventuali Prestazioni restano a carico dell'Assicurato.

31) Traduzione della cartella clinica

Qualora l'Assicurato usufruisca della Prestazione "Trasferimento in Istituto di cura attrezzato" come disciplinato al punto 9, la Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria e provvederà alla traduzione della stessa per permettere ai medici dell'Istituto di cura di destinazione di recepire le informazioni necessarie per la pronta presa in carico della patologia diagnosticata.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 500,00 per *Sinistro*, con il limite di 2 (due) *Sinistri* per *Periodo assicurativo*.

32) Rientro del convalescente

Qualora l'Assicurato, a seguito delle dimissioni dall'Istituto di cura, necessiti di rientrare alla propria Residenza, la Struttura Organizzativa provvederà all'organizzazione del trasporto con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa riterranno più idoneo tra i seguenti:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il Viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa. In caso contrario, qualora il mezzo individuato dalla Struttura Organizzativa e le circostanze lo permettano, l'Assicurato potrà essere accompagnato da un Familiare.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'Istituto di cura presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico curante, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di € 5.000,00 per *Sinistro*, con il limite di 1 (uno) *Sinistro* per *Periodo assicurativo* e 1 (una) Prestazione per *Sinistro*.

33) Primo colloquio di consulenza psicologica

Qualora l'Assicurato nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura necessiti di un primo colloquio di consulenza psicologica, potrà mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Si precisa che tale consulto non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione entro il limite di 1 (uno) *Sinistro* per *Periodo assicurativo* e 1 (una) Prestazione per *Sinistro*.

34) Secondo Parere Medico

Qualora l'Assicurato nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura desideri ottenere un secondo parere medico sulle terapie proposte, sulla *Malattia* e/o sugli esiti dell'*Infortunio*, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato una consulenza con il proprio medico di struttura, che potrà eventualmente coordinare, qualora se ne ravvisino i presupposti, un servizio di second opinion con uno specialista del settore.

La Struttura Organizzativa si occuperà inoltre di organizzare il Viaggio di andata e ritorno dell'Assicurato presso lo specialista del settore individuato.

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo del consulto con lo specialista individuato e dei biglietti di Viaggio (a/r) fino ad un massimo di 1.000,00 Euro per *Sinistro*, entro il limite di 1 (uno) *Sinistro* per *Periodo assicurativo* e 1 (una) Prestazione per *Sinistro*.

35) Fornitura di ausili sanitari o ortopedici in Italia

Qualora l'Assicurato al momento della dimissione dall'Istituto di cura richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, uno o più dei seguenti ausili sanitari o ortopedici:

- stampelle;
- carrozzina/sedia a rotelle;
- letto da degenza;
- sponde da letto;
- materasso antidecubito,

la Struttura Organizzativa si occuperà della ricerca e l'invio dell'attrezzatura richiesta in comodato d'uso, per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per **Sinistro**.

La Prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo per ricerca e consegna del materiale fino ad un massimo di 250,00 Euro per Sinistro, entro il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo.

Restano a carico dell'Assicurato le spese relative al noleggio ed eventuali acquisti di ausili sanitari o ortopedici.

36) Invio pet sitter (cane e gatto)

Qualora l'Assicurato, nei 30 (trenta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, si trovi nell'impossibilità di accudire il proprio animale (cane/i e/o gatto/i), la Struttura Organizzativa effettuerà la ricerca di un pet sitter e lo invierà alla Residenza o al Domicilio dell'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione per 5 giorni per un'ora al giorno, fino a un massimo € 100,00 per Sinistro, con il limite di 1 (uno) Sinistro per Periodo assicurativo.

37) Custodia dell'animale (cane e gatto) presso un parente

Qualora l'Assicurato, nei 30 (trenta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, si trovi nell'impossibilità di accudire i propri animali (cane/i e/o gatto/i), la Struttura Organizzativa predisporrà il trasporto degli animali (cane/i e/o gatto/i), presso un parente che possa custodirli e prendersi cura degli animali stessi.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo per la percorrenza del tragitto tra il luogo in cui si trovano gli animali (con il limite di 5 animali, cane/i e/o gatto/i) e la destinazione prescelta per un massimo di Km 50, con il limite di 3 (tre) Sinistri per Periodo assicurativo e 1 (una) Prestazione per Sinistro.

38) Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia in Viaggio, non sia in grado di intraprendere il Viaggio di rientro alla propria Residenza alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, previo ricevimento di adeguata documentazione medica attestante la necessità della Prestazione, predisporrà il prolungamento del suo soggiorno in albergo.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo di 10 (dieci) giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal Viaggio e fino alla concorrenza di € 60,00 al giorno, con il limite di 2 (due) Sinistri per Periodo assicurativo.

3.5 Estensioni di copertura

Per tutte le Prestazioni sopra elencate, la garanzia è inoltre estesa gratuitamente alle seguenti persone assicurate:

a. Copertura per figli neonati

La Compagnia estende gratuitamente ai figli neonati l'Assicurazione della madre, fino alla successiva scadenza e comunque non oltre 180 giorni dalla nascita, per la medesima forma di garanzia prevista per la madre al momento della loro nascita.

Decorso il termine dei 180 giorni la garanzia cessa il suo effetto.

b. Copertura per figli e/o minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Qualora il Contraente ne faccia richiesta si intende operante gratuitamente per i figli e/o i minori in affidamento preadottivo fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età. Tale estensione si intende prestata a condizione che i bambini siano espressamente indicati in Polizza tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti dallo stato di famiglia.

L'estensione gratuita è prevista anche in presenza di Nucleo

familiare composto da un solo genitore espressamente indicato in Polizza e risultante dallo stato di famiglia, nei casi di decesso di un genitore, separazione legale, divorzio o non riconoscimento del figlio da parte di un genitore.

L'estensione è prestata sino alla concorrenza della forma di garanzia con Premio inferiore prevista per i genitori o affidatari.

Per il rinnovo successivo al periodo di gratuità, il Premio sarà comunicato dalla Compagnia sulla base della tariffa vigente.

3.6 Disciplina delle Prestazioni valide per tutte le forme contrattuali

La garanzia è prestata nelle seguenti modalità:

- In caso di permanenza continuativa dell'Assicurato al di fuori del Territorio Italiano per un periodo superiore a 90 giorni, la copertura si intende sospesa.**
- La garanzia, se non specificato diversamente, è prestata non più di una volta per tipo di Prestazione per singolo Sinistro, per un massimo di tre Sinistri per tipo di prestazione per Periodo assicurativo.
- Restano a carico dell'Assicurato eventuali eccedenze rispetto al Massimale indicato all'interno di ciascuna Prestazione.**
- Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire Prestazioni o rimborsi alternativi di alcun genere a titolo di compensazione.
- La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.**
- Salvo casi di comprovata e oggettiva forza maggiore, il diritto alle Prestazioni fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro.
- Ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla Prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.
- L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto della presente copertura, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro.
- A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, all'Assicurato che godesse di Prestazioni analoghe alle presenti, anche a titolo di mero risarcimento, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa assicuratrice, è fatto obbligo di dare avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice nel termine di tre giorni a pena di decadenza del diritto alla Prestazione. Nel caso in cui l'Assicurato attivasse altra impresa, le Prestazioni previste dalla presente Polizza saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato direttamente la Prestazione.

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato nel presente articolo, si applicano le disposizioni di legge.



Dove vale la copertura?

3.7 Validità territoriale

Salvo diverse indicazioni specificate all'interno delle singole Prestazioni, la garanzia Assistenza vale negli Stati membri dell'Unione Europea, in Svizzera e Gran Bretagna per i soli Assicurati residenti e domiciliati all'interno del Territorio Italiano.



Che cosa non è assicurato?

3.8 Esclusioni

La Prestazione non è operante in caso di *Sinistro* causato direttamente od indirettamente da:

- a) *Infortuni* conseguenti alla pratica di sport aerei in genere, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, atti di temerarietà e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e/o motonautiche, nonché alle relative prove ed allenamenti;
- b) *Infortuni* conseguenti alla pratica di *Sport professionistico*, o alle attività sportive in qualsiasi modo remunerate o alle quali l'*Assicurato* dedichi impegno temporale prevalente rispetto a qualsiasi altra occupazione;
- c) *Infortuni e Malattie* derivanti dallo svolgimento della professione di militare delle Forze Armate o dei Corpi Armati dello Stato, appartenente alle Forze di Polizia, guardia giurata;
- d) *Infortuni e Malattie* derivanti da trasformazioni dirette od indirette o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e alle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- e) qualsiasi atto di *Cyberterrorismo*, terrorismo nonché guerra, insurrezioni, occupazione militare;
- f) tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'*Assicurato* abbia preso parte volontariamente;
- g) dolo dell'*Assicurato*;
- h) suicidio o tentato suicidio;
- i) *Malattie mentali e Malattie nervose*
- j) *Infortuni* ed intossicazioni dovuti ad alcolismo e abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili, nonché quelli avvenuti alla guida di veicoli e natanti, quando all'*Assicurato* sia contestato il reato di guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico accertato superiore a 1,2 g/l, oppure senza indicazione specifica del tasso alcolemico rilevato in quanto l'*Assicurato* si è rifiutato di sottoporsi al relativo test.
- k) *Malattie e Infortuni* cronici e/o preesistenti, ovvero le patologie e le condizioni mediche a esse correlate oggettivamente constatabili i cui sintomi si siano manifestati nei 5 (cinque) anni precedenti la data di inizio della copertura, di cui l'*Assicurato* o i suoi familiari avrebbero dovuto presumibilmente essere a conoscenza, a prescindere dal fatto di essere state o meno diagnosticate o curate;

La copertura non opera inoltre in caso di:

- dimissioni volontarie dell'*Assicurato* contro il parere dei sanitari dell'*Istituto di cura* presso il quale si trova ricoverato;
- rinuncia o ritardo da parte dell'*Assicurato* nell'accettare le Prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa;
- circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il rischio alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo. Pertanto tutte le Prestazioni erogate per tramite della Struttura Organizzativa saranno compiute in conformità

e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.

Le Prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovasse in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto, o che comunque fossero indicati come Paesi sconsigliati nelle comunicazioni ufficiali del Ministero degli Esteri e nel sito web www.viaggiareassicuri.it.

Non sono inoltre in copertura nei trenta (30) giorni successivi all'effetto della *Polizza* o all'inserimento in corso d'anno di una nuova persona assicurata, le *Malattie* che si manifestano in tale periodo.

La *Compagnia* non assicura le persone:

- che in fase di prima stipula abbiano compiuto i 71 anni di età;
- che durante il periodo di validità del contratto superino l'80° anno di età. Resta inteso che qualora l'*Assicurato* compia l'80° anno di età in corso di contratto, la copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annua successiva.



Cosa fare in caso di Sinistro?

3.9 Denuncia di Sinistro

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'*Assicurato*, in caso di *Sinistro*, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24:

- telefonando al **Numero Verde 800 181515** o al **Numero: +39 015 2559790** (valido anche dall'estero)

oppure scrivendo attraverso le seguenti modalità:

- per posta ordinaria a:
Mapfre Asistencia S.A.
Strada Trossi, 66
13871 Verrone (BI)
- per posta elettronica all'indirizzo mail a:
assistenza@mapfre.com
- attraverso fax al numero: +39 015 2559604

In ogni caso si dovrà comunicare con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- numero della *Polizza*;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamare l'*Assicurato* nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'*Assicurato* - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

Ove richiesto, sarà necessario inviare gli originali (non fotocopie) di giustificativi, fatture e/o ricevute delle spese.

In ogni caso, l'intervento dovrà essere sempre richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Allegato 1

Massimali, limiti di Indennizzo e Scoperto

I *Massimali* e i limiti di *Indennizzo* previsti dal presente allegato 1 dovranno essere considerati congiuntamente a quanto previsto agli articoli 2.1.1 - Oggetto dell'Assicurazione e 2.1.2 - Ulteriori prestazioni in copertura, della garanzia Spese sanitarie.

Garanzia Spese sanitarie presso *Istituti di cura* e professionisti medici convenzionati con Assirete s.r.l. con pagamento in forma diretta

Garanzia	Prestazione sanitaria		Massimali, limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo	
			Scoperto	Massimale/ Limite di Indennizzo
Spese sanitarie	Ricoveri e/o Interventi chirurgici presso Istituti di cura e professionisti medici convenzionati		nessuno	Massimale indicato in Polizza
		Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato		3.000 euro Durante il Ricovero
	Prestazioni erogate prima e dopo il Ricovero e/o Intervento chirurgico presso Istituti di cura e/o professionisti medici convenzionati		nessuno	Massimale indicato in Polizza Con il limite di 120 giorni per prestazioni prima e dopo il Ricovero. Il limite temporale dei 120 giorni dopo il Ricovero è elevato a: 180 giorni in caso di trapianto; 240 giorni in caso di cure oncologiche per la stessa Malattia oncologica.
		Cure termali		1.500 euro Con il limite di 120 giorni per prestazioni dopo il Ricovero
	- Parto con taglio cesareo - Aborto spontaneo o terapeutico - Aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di atto violento nei confronti dell'Assicurata - Aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di eventi accidentali occorsi all'Assicurata - Interruzione volontaria di gravidanza solo se avvenuta a seguito di violenza sessuale nei confronti dell'Assicurata		nessuno	7.000 euro
	Parto senza taglio cesareo		nessuno	3.000 euro
	Trapianti		nessuno	Massimale indicato in Polizza
	Cure oncologiche in assenza di Ricovero		nessuno	20.000 euro

ATTENZIONE: se richiamata la condizione particolare “*Franchigia*”, la stessa si intende applicata come indicato in *Polizza*

Garanzia Spese sanitarie presso *Istituti di cura* e/o professionisti medici non convenzionati con Assirete s.r.l. o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta

Garanzia	Prestazione sanitaria		Massimali, limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo	
			Scoperto	Massimale/ Limite di Indennizzo
Spese sanitarie	Ricoveri e/o Interventi chirurgici presso Istituti di cura e/o professionisti medici non convenzionati		Solo se indicato in Polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese, con il massimo di 5.000 euro	Massimale indicato in Polizza
		Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato	Solo se indicato in Polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese, con il massimo di 5.000 euro	3.000 euro Durante il Ricovero
	Prestazioni pre e post Ricovero e/o Intervento chirurgico presso Istituti di cura e/o professionisti medici non convenzionati		Solo se indicato in Polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese, con il massimo di 5.000 euro	Massimale indicato in Polizza Con il limite di 120 giorni per prestazioni prima e dopo il Ricovero. Il limite temporale dei 120 giorni dopo il Ricovero è elevato a: 180 giorni i in caso di trapianto 240 giorni in caso di cure oncologiche per la stessa Malattia oncologica.
		Cure termali		1.500 euro Con il limite di 120 giorni per prestazioni dopo il Ricovero
		Spese di trasporto in caso di Ricoveri e/o Interventi chirurgici		4.000 euro Prima, durante e dopo il Ricovero
		Spese di trasporto in caso di Ricoveri e/o Interventi chirurgici per trapianto		8.000 euro Prima, durante e dopo il Ricovero
	- Parto con taglio cesareo, aborto spontaneo o terapeutico - Aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di atto violento nei confronti dell'Assicurata - Aborto conseguente a traumatologia del feto a seguito di eventi accidentali occorsi all'Assicurata - Interruzione volontaria di gravidanza solo se avvenuta a seguito di violenza sessuale nei confronti dell'Assicurata Parto senza taglio cesareo o presso il domicilio dell'Assicurato		Solo se indicato in Polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese, con il massimo di 5.000 euro	7000 euro
				3.000 euro
	Infortunio in assenza di Ricovero		Solo se indicato in Polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese, con il massimo di 5.000 euro	2.500 euro
	Trapianti		Solo se indicato in Polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese, con il massimo di 5.000 euro	Massimale indicato in Polizza
	Indennità sostitutiva per Ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale		nessuno	150 euro per giorno di Ricovero fino ad un massimo di 100 giorni.
	Cure oncologiche		Solo se indicato in Polizza (*): Scoperto 20% sull'importo delle spese, con il massimo di 5.000 euro	20.000 euro
	Ricovero per Malattia improvvisa o Infortunio al di fuori del Territorio Italiano		nessuno	Massimale indicato in Polizza

(*) Lo Scoperto non viene applicato in caso di assenza di specifica indicazione in Polizza.

ATTENZIONE: se richiamata in Polizza l'opzione con "Franchigia", la stessa si intende applicata successivamente alla detrazione dello Scoperto, come riportato negli esempi 5) e 6) del punto 2.12 "Scoperto e Franchigia" del capitolo Come è gestito il Sinistro?

Garanzia Prestazioni extraospedaliere

Garanzia	Prestazione sanitaria	Massimali, limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo	
		Scoperto	Massimale/ Limite di Indennizzo
Garanzia Prestazioni extraospedaliere	Alta diagnostica	20% con minimo 50 euro per ciascun <i>Sinistro</i> per accertamenti relativi ad una stessa patologia (*)	2.500 euro
	Visite specialistiche	20% con minimo 50 euro per ciascun <i>Sinistro</i> per accertamenti relativi ad una stessa patologia (*)	2.000 euro

(*) Lo Scoperto non si applica per i ticket del Servizio Sanitario Nazionale.

Allegato 2

Adeguamento del Premio per età

In occasione di ogni tacito rinnovo, la *Compagnia* adegua il *Premio* per ogni *Assicurato* applicando i coefficienti per età indicati nelle seguenti tabelle.

L'adeguamento del *Premio* per età si applica esclusivamente alle garanzie Spese sanitarie e Prestazioni extraospedaliere.

Garanzia Spese sanitarie

Età Assicurato	% incremento	Età Assicurato	% incremento
1	0,00%	41	2,86%
2	0,00%	42	3,22%
3	0,00%	43	2,69%
4	0,00%	44	2,62%
5	0,00%	45	3,27%
6	0,00%	46	2,97%
7	0,00%	47	1,92%
8	0,00%	48	2,73%
9	4,76%	49	1,56%
10	4,55%	50	1,54%
11	5,22%	51	2,58%
12	5,37%	52	4,42%
13	4,71%	53	2,74%
14	4,49%	54	2,75%
15	4,30%	55	2,68%
16	4,81%	56	2,84%
17	4,92%	57	2,98%
18	5,62%	58	2,17%
19	5,92%	59	1,91%
20	4,75%	60	6,12%
21	4,00%	61	2,75%
22	3,85%	62	2,10%
23	4,94%	63	2,12%
24	4,71%	64	2,57%
25	3,60%	65	2,98%
26	3,69%	66	4,86%
27	3,56%	67	5,57%
28	5,05%	68	5,28%
29	3,27%	69	5,41%
30	7,82%	70	5,13%
31	6,74%	71	5,65%
32	6,15%	72	5,30%
33	3,96%	73	5,44%
34	5,28%	74	5,12%
35	3,76%	75	5,20%
36	3,62%	76	5,22%
37	2,33%	77	5,22%
38	3,80%	78	5,24%
39	3,05%	79	4,98%
40	3,55%	80	4,97%

Garanzia Prestazioni extraospedaliere

Età Assicurato	% incremento	Età Assicurato	% incremento
1	0,00%	41	2,80%
2	0,00%	42	2,73%
3	0,00%	43	2,83%
4	0,00%	44	3,47%
5	0,00%	45	2,60%
6	0,00%	46	3,33%
7	0,00%	47	1,76%
8	0,00%	48	2,39%
9	4,76%	49	1,69%
10	4,54%	50	1,47%
11	5,21%	51	2,63%
12	5,44%	52	4,39%
13	4,64%	53	2,73%
14	4,49%	54	2,78%
15	4,31%	55	2,59%
16	4,81%	56	2,90%
17	4,91%	57	2,83%
18	5,63%	58	2,23%
19	5,92%	59	1,53%
20	4,74%	60	2,79%
21	4,72%	61	2,55%
22	3,13%	62	2,21%
23	4,93%	63	2,21%
24	4,71%	64	2,70%
25	3,60%	65	6,67%
26	3,68%	66	4,86%
27	3,56%	67	5,57%
28	5,04%	68	5,28%
29	3,27%	69	5,41%
30	4,66%	70	5,13%
31	4,44%	71	5,64%
32	5,79%	72	5,30%
33	11,78%	73	5,44%
34	3,86%	74	5,12%
35	3,40%	75	5,20%
36	4,11%	76	5,22%
37	2,61%	77	5,22%
38	3,22%	78	5,24%
39	2,89%	79	4,98%
40	3,74%	80	4,97%

Allegato 3

Modulo richiesta di presa in carico diretta

Modulo di richiesta di preattivazione/autorizzazione di prestazioni sanitarie nel *Network* convenzionato

Il presente modulo, interamente compilato e sottoscritto, va inoltrato a mezzo mail all'indirizzo info.medicare@zurich.assirecregroup.com oppure tramite fax al **nr. 06-97626007**

Leggere l'informativa Privacy ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei *Dati personali* e sensibili.

In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Dati anagrafici del Contraente

Cognome e Nome _____

Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Nr di Polizza _____ Intermediario ass.vo _____

Dati anagrafici della persona assicurata (se diversa dal Contraente)

Cognome e Nome _____

Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____

Prestazioni di ricovero:

☐ Ricovero con Intervento chirurgico ☐ Ricovero senza Intervento chirurgico

☐ Day Hospital con Intervento chirurgico ☐ Intervento chirurgico ambulatoriale

☐ Parto spontaneo ☐ Parto cesareo

Struttura sanitaria convenzionata scelta _____ Provincia _____

Data prevista per la prestazione/Ricovero ____/____/____

Tipologia di Intervento chirurgico _____

Nominativo del chirurgo _____

ATTENZIONE

Si ricorda che per le prestazioni di *Ricovero* è **obbligatorio** inviare, unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di **Malattia accertata o presunta** (ATTENZIONE: IL MEDICO DEVE SEMPRE SPECIFICARE LA DATA IN CUI LA PATOLOGIA E' STATA DIAGNOSTICATA LA PRIMA VOLTA), la prestazione richiesta, a mezzo fax al numero 06/97626007 oppure tramite mail all'indirizzo info.medicare@zurich.assirecregroup.com, **almeno 3 giorni (lavorativi) prima della data prevista per la prestazione/Ricovero**. Nei casi di conclamata urgenza (così come da certificato allegato) il preavviso non è dovuto.

Perché il servizio di pagamento in forma diretta possa essere erogato, è necessario che sia la struttura sanitaria sia lo staff medico e chirurgico abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, le spese relative all'Equipe chirurgica rimarranno a carico dell'Assicurato che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto/a, letta l'Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo nr 2016/679 ricevuta in occasione della sottoscrizione del contratto, nonché disponibile all'interno della sezione privacy del sito www.zurich.it, presto il mio consenso al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità assicurative di cui al punto 2) dell'Informativa.

Nome e Cognome del Titolare _____ Nome e Cognome dell'Assicurato _____

(se diverso dal Titolare)

Data _____ Firma dell'Assicurato* _____

* Per i minori è richiesta la firma di chi esercita la responsabilità genitoriale

Allegato 4

Modulo per il rimborso indiretto

Dati dell'Intermediario assicurativo _____

Leggere l'informativa Privacy ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei *Dati personali* e sensibili.

In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Dati anagrafici del Contraente

Cognome e Nome _____

Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Nr di Polizza _____

Dati anagrafici della persona assicurata per cui si chiede il rimborso (se diversa dal Contraente)

Cognome e Nome _____

Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____

Patologia: _____

(come da certificato allegato alla presente)

Ricovero: Degenza dal ____/____/____ al ____/____/____

L'Assicurato con la presente richiede il rimborso per i costi sostenuti ed allega in originale, in fotocopia o scannerizzate, le seguenti parcelle/fatture di spesa, i cui costi sono stati già anticipati.

Fattura Numero	Emessa Da	Data	Importo (in Euro)

Coordinate bancarie per il presente rimborso

IBAN:

Intestatario del C/C: _____

Promemoria all'invio della documentazione

1. Occorre compilare un modulo per ogni *Assicurato* e per ogni *Sinistro*.
2. Le parcelle/fatture allegate non relative ad un *Ricovero* dovranno essere accompagnate da prescrizione medica con l'indicazione della patologia presunta o diagnosticata.
3. La documentazione di spesa dovrà pervenire in originale, salvo il caso in cui l'originale sia stato consegnato ad altro Ente per i rimborsi previsti da altra copertura. In tal caso detta documentazione dovrà essere accompagnata dal documento riepilogativo su cui figura l'ammontare di detto rimborso.
4. Per le spese sostenute nei giorni pre/post *Ricovero*, se inviate separatamente, occorre indicare nell'apposito spazio il relativo periodo di *Ricovero*.
5. Per il rimborso delle spese relative ai medicinali del post-*Ricovero* occorrono prescrizione medica, scontrino della farmacia.

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto/a, letta l'Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo nr 2016/679 ricevuta in occasione della sottoscrizione del contratto, nonché disponibile all'interno della sezione privacy del sito www.zurich.it, presto il mio consenso al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità assicurative di cui al punto 2) dell'Informativa.

Nome e Cognome del Titolare _____ Nome e Cognome dell'Assicurato _____
(se diverso dal Titolare)

Data _____ Firma dell'Assicurato* _____

* Per i minori è richiesta la firma di chi esercita la responsabilità genitoriale

Allegato 5

Modulo per il rimborso spese nell'ambito di un Ricovero attivato in forma diretta presso il Network convenzionato

Il presente modulo, interamente compilato e sottoscritto, va inoltrato a mezzo PEC all'indirizzo rimborsi.medicare@pec.it oppure per raccomandata a: Gruppo Zurich c/o ASSIRETE s.r.l. - Via Gerolamo Fracastoro 3/A, Roma, Cap. 00161

Leggere l'informativa Privacy ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei *Dati personali* e sensibili.
In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Dati anagrafici del Contraente

Cognome e Nome _____
Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____
Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
Nr di Polizza _____ Intermediario ass.vo _____

Dati anagrafici della persona assicurata per cui si chiede il rimborso (se diversa dal Contraente)

Cognome e Nome _____
Cod. Fiscale/P.IVA _____ Luogo e data di nascita _____

Coordinate bancarie per il presente rimborso (da indicare solo se diverse da quelle già comunicate in fase di adesione)

IBAN:
Intestatario del C/C: _____

N.B.: - Compilare UNA richiesta di rimborso per OGNI PERSONA e per OGNI EVENTO/PATOLOGIA (a ciclo di cure ultimato)
- Trattenere FOTOCOPIA della domanda e della documentazione medica

Documentazione medica allegata (per i casi più ricorrenti):

- ☐ Cartella Clinica completa (copia conforme all'originale) in caso di *Ricovero, Day Hospital* (Data ingresso ____/____/____)
☐ Certificazione medica indicante la diagnosi
☐ Certificato di Pronto Soccorso e prescrizione medica in caso di Cure dentarie da *Infortunio*
☐ Check-up, medicina preventiva (con richiesta del medico curante, specialista, che trattasi di accertamento a scopo preventivo)
☐ Certificazione attestante modifica visus o prima prescrizione in caso di acquisto lenti/occhiali

Documentazione di spesa allegata:

- ☐ Fatture/Ricevute in originale (inserire i dati relativi a ciascuna fattura/ricevuta allegata)

N. fatt./ric.	Data	Importo (in Euro)

N. fatt./ric.	Data	Importo (in Euro)

N. fatt./ric.	Data	Importo (in Euro)

- ☐ Indennità sostitutiva Data ingresso ____/____/____ Data dimissione ____/____/____
☐ Ticket S.S.N. Nr. Tickets allegati _____ Importo tot. Tickets _____
☐ Medicinali Nr. Scontrini allegati _____ Importo tot. Medicinali _____

Consenso al trattamento dei dati

Io sottoscritto/a, letta l'Informativa ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo nr 2016/679 ricevuta in occasione della sottoscrizione del contratto, nonché disponibile all'interno della sezione privacy del sito www.zurich.it, presto il mio consenso al trattamento dei miei dati appartenenti a categorie particolari, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità assicurative di cui al punto 2) dell'Informativa.

Nome e Cognome del Titolare _____ Nome e Cognome dell'Assicurato _____
(se diverso dal Titolare)

Data _____ Firma dell'Assicurato* _____

* Per i minori è richiesta la firma di chi esercita la responsabilità genitoriale

Zurich Insurance plc

Sede a Zurich House, Ballsbridge Park, Dublino 4, Irlanda

Registro del Commercio di Dublino n. 13460

Sottoposta alla vigilanza dell'Autorità Irlandese

preposta alla regolamentazione dei servizi finanziari

Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano

Telefono +39.0259661 - Fax +39.0259662603

Iscritta all'Albo Imprese IVASS (Elenco I) il 3.1.08 al n. I.00066

C.F./P.IVA/R.I. Milano 05380900968

Rappresentante Generale per l'Italia: A. Castellano

Indirizzo PEC: zurich.insurance.plc@pec.zurich.it - www.zurich.it

modello P.1967CGA - ed. 07/2021

