

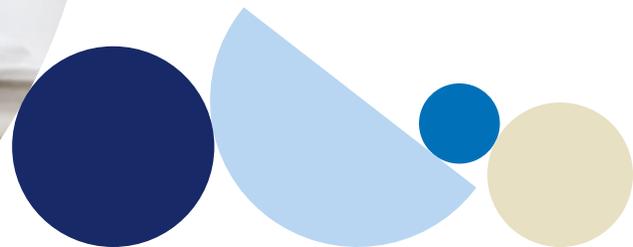
Zurich Salute

Contratto di Assicurazione per la protezione della persona a copertura dei rischi:
Spese sanitarie, Alta Diagnostica, Visite specialistiche, Esami di routine, Cure dentarie, Diaria da Ricovero, Assistenza e Tutela Legale.

Il presente Set Informativo, contenente:

- DIP - Documento Informativo Precontrattuale - edizione 07.2024
- DIP Aggiuntivo - Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo - edizione 07.2025
- Glossario e Condizioni di Assicurazione - edizione 07.2024, redatte secondo le Linee Guida del Tavolo tecnico ANIA – Associazioni Consumatori – Associazioni intermediari per i Contratti Semplici e Chiari

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



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

Che tipo di assicurazione è?

La Polizza assicura, in caso di *Infortunio* o *Malattia*, le spese sanitarie per *Ricovero Day Surgery* e *Intervento chirurgico*, le spese per *visite specialistiche*, cure dentarie, prestazioni di alta diagnostica e offre una diaria da *Ricovero* per ciascun giorno di *Ricovero* in un *Istituto di cura*. La Polizza assicura inoltre gli *Esami di routine*, l'*Assistenza* e la *Tutela Legale*.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Spese sanitarie:** spese sostenute presso *Istituti di cura* e documentate dall'*Assicurato* per: *Day Surgery*, *Ricovero* con o senza *Intervento chirurgico*, *Intervento chirurgico ambulatoriale* resi necessari da *Malattia* o *Infortunio* e nei casi di parto, aborto e trapianto di organi. Sono comprese le spese sostenute durante il *Ricovero*, prima e dopo il *Ricovero* stesso nel limite dei giorni indicati in *Polizza* (incluse le spese di trasporto). È possibile scegliere tra Forma Base e Forma Plus.
- ✓ **Alta Diagnostica:** spese sostenute per un set di esami diagnostici indipendentemente da un *Ricovero* e rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio*. È possibile scegliere tra Forma Base e Forma Plus.
- ✓ **Visite specialistiche:** spese sostenute per *Visite specialistiche* indipendentemente da un *Ricovero* e rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio*.
- ✓ **Cure dentarie:** prevede **una seduta di ablazione del tartaro e di applicazione topica di fluoro nel Periodo assicurativo**; prevede il pagamento di visite odontoiatriche e prestazioni odontoiatriche a seguito di *Infortunio* o neoplasie maligne.
- ✓ **Esami di routine:** prevede il pagamento, **una volta nel Periodo assicurativo od ogni due Periodi assicurativi in base al tipo di prestazione**, di un set di esami di medicina preventiva profilati per età e sesso e svolti in modo esclusivo presso le strutture convenzionate. È possibile scegliere tra Forma Base e Forma Plus.
- ✓ **Diaria da Ricovero:** il pagamento di un importo giornaliero (diaria) per ogni giorno di *Ricovero* presso *Istituti di cura*, **fino ad un massimo di 300 giorni**, reso necessario da *Malattia*, *Infortunio* e trapianto di organi.
- ✓ **Assistenza:** a seguito di *Malattia* o *Infortunio* vengono fornite prestazioni di Assistenza all'*Assicurato*. È possibile scegliere tra Forma Base, Plus e Top.
- ✓ **Tutela Legale:** prevede servizi di consulenza legale telefonica ed il rimborso delle spese legali.

Le garanzie prestate sono operanti fino ai limiti di *Indennizzo* e *Massimali* convenuti, e possono essere soggette ad applicazione di *Scoperti*.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ **Person**e residenti al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. Nel caso in cui l'*Assicurato* traferisca la sua residenza all'estero, l'*Assicurazione* termina il giorno del trasferimento della residenza.
- ✗ **Person**e affette da insulinodipendenza, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV. Se l'*Assicurato* è colpito da queste patologie nel corso del contratto, l'*Assicurazione* termina alla prima scadenza annuale dopo la *Diagnosi*.
- ✗ **Gli Scoperti di Polizza** e i danni che eccedono i *Massimali* o i limiti di *Indennizzo* pattuiti.



Ci sono limiti di copertura?

Principali esclusioni con riferimento alle garanzie Spese sanitarie, Alta Diagnostica, *Visite specialistiche*, Esami di routine, Cure dentarie e Diaria da *Ricovero*.

Sono esclusi i *Sinistri* conseguenti a:

- ! **Infortuni, Malattie**, o stati patologici avvenuti, riscontrati o clinicamente diagnosticati anteriormente alla stipula della *Polizza*;
- ! **cure e Interventi** per l'eliminazione o la correzione di *Difetti fisici* preesistenti alla stipula della *Polizza*;
- ! **cure e Interventi** per l'eliminazione o la correzione di *Malformazioni* note, o riconoscibili con l'ordinaria diligenza, o diagnosticate prima della stipula della *Polizza*;
- ! **Interventi chirurgici** a cui l'*Assicurato* si sia sottoposto negli ultimi 10 anni (ad eccezione di quanto previsto dalle condizioni contrattuali);
- ! **Malattie** da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio anteriormente alla stipula della *Polizza*;

- ! **Infortunati** 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 in stato di ebbrezza;
- ! **Infortunati** conseguenti alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche e alle relative prove ed allenamenti;
- ! **Infortunati** conseguenti alla pratica di *Sport professionistico*;
- ! **Infortunati** e *Malattie* derivanti da *Malattie mentali* e disturbi psichici in genere;

Relativamente alle Spese Sanitarie, sono previsti dei limiti temporali per i giorni di copertura PRIMA e DOPO il Ricovero o Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale in base a quanto indicato in Polizza.

Principali esclusioni con riferimento alla garanzia Assistenza

La copertura non opera 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 il 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. La copertura è sospesa in caso di permanenza continuativa dell'Assicurato al di fuori del Territorio Italiano per un periodo superiore a 90 giorni.



Dove vale la copertura?

- ✓ **Garanzie Spese sanitarie, Alta Diagnostica, Visite specialistiche e Diaria da Ricovero:** la copertura vale in tutto il mondo.
- ✓ **Garanzia Esami di routine:** la copertura vale in Italia nei centri convenzionati con MYAssistance.
- ✓ **Garanzia Cure dentarie:** la copertura vale nel Territorio Italiano solo nei centri convenzionati con MyYAssistance in riferimento alle prestazioni "seduta di ablazione del tartaro" e "seduta di applicazione topica del fluoro"; in tutto il mondo per tutte le altre prestazioni.
- ✓ **Garanzia Assistenza:** salvo diverse indicazioni specificate all'interno delle singole prestazioni, la garanzia Assistenza vale negli Stati Membri dell'Unione Europea, in Svizzera e in Gran Bretagna.
- ✓ **Garanzia Tutela Legale:** In riferimento alla garanzia Consulenza legale telefonica la consulenza è valida solo in relazione a leggi e normative italiane. In riferimento alla garanzia Spese legali le garanzie riguardano i Sinistri che insorgano e debbano essere processualmente trattati ed eseguiti in Unione Europea, Gran Bretagna, Svizzera, Principato di Monaco, Liechtenstein.



Che obblighi ho?

- Alla firma della Polizza, il Contraente e l'Assicurato devono fornire a Zurich informazioni precise e complete sul rischio da assicurare, fornendo con attenzione e precisione – fra le altre - le dichiarazioni rilasciate nel *Questionario anamnestico*. Nel corso della Polizza il Contraente e l'Assicurato devono subito comunicare per iscritto all'Intermediario assicurativo o a Zurich eventuali modifiche alle informazioni rese in precedenza, prestando particolare attenzione al cambiamento della residenza, che deve essere comunicato alla Compagnia entro 60 giorni. **Se non rispettano tale obbligo possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e la Polizza può essere annullata.**
- Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia l'esistenza o la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per il medesimo rischio e, in caso di Sinistro, devono darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri. **Se non rispettano questo obbligo possono perdere del tutto il diritto all'Indennizzo.**



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato alla Compagnia o all'Intermediario assicurativo al momento della firma della Polizza. A seguito di valutazione da parte di Zurich, il pagamento può essere suddiviso in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali e mensili senza alcun onere aggiuntivo. Le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. **Il Premio è comprensivo di imposte e interamente dovuto per tutta la durata della Polizza** e può essere pagato tramite assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante per l'importo massimo stabilito dalla legge. In caso di pagamento suddiviso in rate mensili, **il Premio può essere pagato solo con addebito ricorrente su carta di credito.**

La Polizza prevede meccanismi di indicizzazione e adeguamento del Premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia dalla data indicata in Polizza oppure dalla data del pagamento del Premio o della prima rata di Premio, se successiva. Il contratto può avere durata annuale o annuale più frazione e finisce alla data di scadenza indicata in Polizza. Il contratto può prevedere o meno il tacito rinnovo annuale, in funzione dell'opzione scelta; per le Polizze che prevedono il tacito rinnovo annuale, la copertura si rinnova automaticamente, salvo il caso di disdetta inviata da una delle parti con le modalità indicate alla sezione successiva. In fase di tacito rinnovo la Compagnia può, anche per il tramite dell'Intermediario assicurativo, proporre per iscritto nuove condizioni di Premio e/o degli elementi contrattuali indicati in Polizza (ad esempio: *Massimali*, limiti, *Scoperti*, *Franchigie*), alle stesse condizioni di cui al presente Set Informativo. In tal caso il mancato pagamento del Premio comporta la cessazione automatica del contratto per disdetta alla data di scadenza. Sono previsti dei periodi di *Carenza*, in base al tipo di Sinistro, durante i quali la copertura non opera.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente e la Compagnia possono disdire la Polizza con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata (PEC) **da inviare entro 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale della Polizza.**

Non è prevista invece la possibilità per le parti di recedere in caso di Sinistro.

Assicurazione per la copertura delle spese sanitarie ed extraospedaliere, diaria da Ricovero, Assistenza e Tutela legale

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

Prodotto: Zurich Salute
Data di ultimo aggiornamento: luglio 2025.
Questo documento rappresenta l'ultima versione aggiornata.



Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Zurich Insurance Europe AG. Sede a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania Registro del Tribunale di Francoforte HRB 133359 - Sottoposta alla vigilanza di BaFin, Autorità Federale di Supervisione dei Servizi Finanziari - Operante in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia: Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Tel. +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.

Sito: www.zurich.it - Indirizzo PEC: zurich.insurance.europe@pec.zurich.it

Con riferimento al bilancio di esercizio 2024 della Zurich Insurance Europe AG, il patrimonio netto, definito applicando i principi contabili tedeschi, è pari a 546,5 milioni di euro, mentre il risultato economico di periodo è pari a 23,25 milioni di euro. Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) di Zurich Insurance Europe AG è pari al 141%.

Per le informazioni sulla società è disponibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al seguente indirizzo: <http://www.zurich.it/avvisi-clienti/SFCRReport.htm>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

GARANZIE SEMPRE ATTIVE

SEZIONE GARANZIA SPESE SANITARIE - Estensione della garanzia: (1) per rimborso spese relative a: parto, aborto e interruzione volontaria di gravidanza a seguito di violenza; (2) a figli neonati con stesse garanzie e massimali della madre alla nascita, incluse spese per correzione o eliminazione di malformazioni e interventi di chirurgia plastica ricostruttiva; (3) a figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni, previa richiesta e valutazione questionario anamnestico; (4) per infortunio senza ricovero: rimborso spese di pronto soccorso, medicinali, apparecchi gessati, accertamenti diagnostici e trasporto in ambulanza; Cure mediche, gessatura, Trattamenti fisioterapici e rieducativi, acquisto di apparecchi protesici ortopedici e di tutori preconfezionati (5) per rimborso spese relative a: trapianti, chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva post neoplasie e infortuni, cure oncologiche in assenza di ricovero, ricovero all'estero per malattia o infortunio li avvenuto; (6) per indennità sostitutiva relativa al ricovero in sistema sanitario nazionale inclusi parto o aborto; (7) per diaria giornaliera relativa alla convalescenza post-dimissioni.

SEZIONE GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA - Estensione della garanzia a: (1) figli neonati con stessi massimali e sotto limiti della madre alla nascita; (2) figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni, previa richiesta e valutazione questionario anamnestico.

SEZIONE GARANZIA VISITE SPECIALISTICHE - Estensione della garanzia a: (1) figli neonati con stesso massimale della madre alla nascita; (2) figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni, previa richiesta e valutazione questionario anamnestico.

SEZIONE GARANZIA CURE DENTARIE - Estensione della garanzia a figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni, previa richiesta e valutazione questionario anamnestico.

SEZIONE GARANZIA ESAMI DI ROUTINE - Servizio di medicina preventiva che include: (1) **Forma Base:** visita odontoiatrica ed esami di laboratorio; (2) **Forma Plus:** pacchetto a scelta tra prevenzione tumorale, funzione tiroidea, esami cardiologici, esami celiachia.

SEZIONE GARANZIA DIARIA DA RICOVERO - Estensione della garanzia: (1) in assenza di fratture ossee, di bacino o vertebrali, è prevista una diaria per il ricovero in istituto di cura dovuto a infortunio o malattia; (2) in caso di frattura ossee, di bacino e vertebrali, è corrisposta la diaria indicata in polizza; (3) diaria giornaliera per ogni giorno di ricovero nei casi di: (a) parto; (b) aborto spontaneo o terapeutico; (c) aborto da traumi fetali dovuti a violenza; (d) interruzione volontaria di gravidanza se avvenuta per di violenza sessuale; (4) copertura ai figli neonati, per le medesime garanzie del la madre; (5) copertura anche in caso di infortuni derivanti da enti sociopolitici avvenuti per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità; (6) per la copertura **Diaria da convalescenza**, è corrisposta una diaria giornaliera.

SEZIONE GARANZIA ASSISTENZA - La garanzia prevede per tramite di Mapfre: (1) **Forma Base:** consulto medico telefonico e video, invio medico a domicilio, trasferimento sanitario, consegna farmaci; (2) **Forma Plus:** in aggiunta servizi aggiuntivi post-ricovero; (3) **Forma Top:** in aggiunta ulteriori servizi incluso video consulto specialistico e secondo parere medico.

Inoltre, **la copertura si estende** a figli neonati e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni.

SEZIONE GARANZIA TUTELA LEGALE - La garanzia prevede: (1) **consulenza legale telefonica** tramite DAS per: affrontare controversie legali, impostare comunicazioni verso controparti, ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative; (2) **spese legali** tramite DAS per assistenza stragiudiziale e giudiziale necessaria alla tutela dei diritti nella vita privata extraprofessionale in caso di infortunio o malattia.



Che cosa NON è assicurato?

TUTTE LE GARANZIE - Si prevedono le seguenti **esclusioni**: (1) non è considerato Day Hospital la permanenza in un Istituto di cura presso il pronto soccorso; (2) non è considerato pernottamento, in caso di Ricovero, la permanenza notturna in pronto soccorso; (3) Non sono considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, i centri benessere e le strutture per cure dietologiche, estetiche o lungodegenze; (4) non è considerata la gravidanza una Malattia; (5) non sono considerate visite specialistiche le visite effettuate da medici praticanti Medicina alternative e quelle effettuate dal medico di famiglia, guardia medica e pediatri; (6) non sono considerate cure mediche: le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e i medicinali.

SEZIONE GARANZIE SPESE SANITARIE, ALTA DIAGNOSTICA, VISITE SPECIALISTICHE, CURE DENTARIE, ESAMI DI ROUTINE E DIARIA DA RICOVERO

Sono **esclusi** i danni da: (1) aborto spontaneo, terapeutico e interruzione volontaria di gravidanza se non a seguito di violenza sessuale se la gravidanza ha avuto inizio anteriormente alla stipula della Polizza; (2) Cyberterrorismo, atti sociopolitici, guerra, occupazione militare e simili; a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente; (3) rimborsi spese alberghiere: telefono, televisione, servizio bar, ristorante e simili; (4) degenze e prestazioni necessarie per avere assistenza di terzi nell'effettuare gli atti elementari della vita quotidiana; (5) prestazioni sanitarie, cure e interventi di carattere estetico, difetti fisici o malformazioni congenite (eccezioni per i neonati o neoplasie); (6) accertamenti, visite specialistiche e cure dentarie, para dentarie e protesi dentarie, ad eccezione di quanto previsto dalla garanzia Cure dentarie; (7) procedure, visite specialistiche, accertamenti ed interventi relativi alla cura di infertilità, fecondazione assistita, sterilità o impotenza; (8) cure e interventi per correzione vizi di rifrazione oculare; (9) chirurgia bariatrica e conseguenze di anoressia e bulimia, prestazioni e terapie dietologiche; (10) prestazioni e terapie di medicina alternativa o complementare non riconosciute dalla medicina ufficiale; (11) acquisto, manutenzione e riparazione apparecchi protesici e terapeutici; (12) check-up clinici, eccetto quanto previsto dalla garanzia Esami di routine; (13) visite ed accertamenti preventivi non giustificati da certificazione relativa all'alterazione dello stato di salute o sospetto diagnostico; (14) prestazioni non effettuate da medici, centro medico, personale infermieristico abilitato o senza indicazione della diagnosi; (15) dolo dell'Assicurato; (16) cure e interventi per immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.); (17) infortuni e malattie da attività militare o di polizia e guardia giurata.

Inoltre, sono previsti periodi di **carezza** in base al tipo di Sinistro, durante i quali la copertura non opera: (1) **30 giorni** in caso di Malattia, aborto e interruzione volontaria di gravidanza; (2) **300 giorni** per parto e patologie varicose; (3) **180 giorni** per conseguenze di stati patologici diagnostici, sottoposti ad accertamenti o curati prima della stipula.

SEZIONE GARANZIA SPESE SANITARIE - Sono **escluse**: (1) spese alberghiere anche per cure termali prescritte dopo ricovero, day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale; (2) spese per amniocentesi e villocentesi per "Parto e aborto"; (3) indennità sostitutiva da ricovero per day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale; (4) diaria da convalescenza senza prescrizione medica.

SEZIONE GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA E VISITE SPECIALISTICHE - Sono **escluse**: (1) visite pediatriche; (2) visite, esami e accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici.

SEZIONE GARANZIA DIARIA DA RICOVERO - **Non opera**: (1) senza prescrizione medica per **Diaria da convalescenza**; (2) per cura dell'ittero neonatale e ricoveri del neonato senza patologia accertata, per **Copertura figli neonati**.

SEZIONE GARANZIA ASSISTENZA - Sono **esclusi** i danni da: (1) sport aerei, alpinismo, salti dal trampolino con sci e idrosci, guidoslitte, atti di temerarietà, corse motoristiche e motonautiche incluse le prove; (2) sport professionistico o attività remunerate; (3) Cyberterrorismo, terrorismo, guerra, insurrezioni; (4) tumulti politici o sociali con partecipazione volontaria; (5) dolo dell'Assicurato; (6) suicidio o tentato suicidio; (7) malattie mentali e nervose; (8) guida in stato di ebbrezza con un tasso alcolemico maggiore a 1,2 g/l o rifiuto del test alcolemico. Non sono inoltre in copertura nei 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.

SEZIONE GARANZIA TUTELA LEGALE - Sono **esclusi** i danni da: (1) disastro ecologico, atomico, radioattivo; (2) eventi bellici, terrorismo, tumulti, scioperi; (3) materia fiscale, tributaria, amministrativa; (4) controversie su veicoli; (5) fatti dolosi dell'Assicurato; (6) procedimenti penali; (7) controversie civili contrattuali, eccetto verso medici o strutture sanitarie per cure da infortunio o malattia; (8) controversie di lavoro; (9) controversie da infortunio o malattia non indennizzabili; (10) controversie con enti previdenziali e assistenziali.



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE GARANZIA SPESE SANITARIE - Si applicano i limiti di **indennizzo, massimali e scoperti** per prestazione e periodo assicurativo, come specificato nell'Allegato 1. Inoltre, sono previste le seguenti **limitazioni**: (1) il pagamento diretto è valido esclusivamente presso strutture e professionisti del Network MyAssistance in Italia, previa autorizzazione con un preavviso di 2 giorni lavorativi; (2) l'assicurazione della madre si estende ai figli neonati se nati **entro 300 giorni** dall'entrata in vigore della Polizza o, in alternativa, fino alla scadenza contrattuale per un massimo di **180 giorni** dalla nascita, con gli stessi massimali e scoperti della madre; (3) la copertura per i minori di età inferiore agli 8 anni è valida solo se sono indicati in Polizza insieme a entrambi i genitori o affidatari.

SEZIONE GARANZIA ALTA DIAGNOSTICA E VISITE SPECIALISTICHE - Si applicano i seguenti **limiti**: (1) l'assicurazione della madre si estende ai figli neonati se nati **entro 300 giorni** dall'entrata in vigore della Polizza, fino alla scadenza contrattuale, per un massimo di 180 giorni dalla nascita, e con gli stessi massimali e scoperti della madre; (2) la copertura per i minori di età inferiore agli 8 anni è valida solo se sono indicati in Polizza insieme a entrambi i genitori o affidatari.

SEZIONE GARANZIA CURE DENTARIE - Si applicano i seguenti **limiti**: (1) l'ablazione e la fluoroprofilassi sono riconosciute una sola volta per ciascun periodo assicurativo e solo se effettuate presso centri convenzionati MyAssistance; (2) le prestazioni odontoiatriche, le visite, gli accertamenti e le protesi senza ricovero sono coperte esclusivamente entro **180 giorni** dall'Infortunio o dalla Diagnosi di neoplasia maligna, nei limiti del Massimale indicato.

SEZIONE GARANZIA ESAMI DI ROUTINE - Si applicano i seguenti **limiti**: (1) per la visita odontoiatrica, è consentita **una volta per periodo assicurativo** presso i centri convenzionati MyAssistance; (2) per le altre prestazioni, è consentita una volta ogni **due periodi assicurativi**, esclusivamente presso centri specializzati convenzionati MyAssistance.

SEZIONE GARANZIA DIARIA DA RICOVERO - Si applicano i seguenti **limiti**: (1) Frattura ossea: massimo 30 giorni per Sinistro; (2) Fratture bacino e vertebre: massimo **60 giorni** per Sinistro; (3) Parto o aborto: massimo **7 giorni** per Sinistro; (4) Neonati: massimo 60 giorni dalla nascita; (5) Convalescenza: massimo **100 euro** al giorno per massimo **20 giorni, 1 giorno** per interventi ambulatoriali o Day Surgery.

SEZIONE GARANZIA ASSISTENZA - Si applicano i **limiti** alle prestazioni: (1) Medico o pediatra a domicilio e anticipo spese di prima necessità: massimo 3 Sinistri per periodo e una prestazione per Sinistro; (2) Trasporto centro medico: massimo **200 km** andata e ritorno, massimo tre Sinistri per periodo e una prestazione per Sinistro; (3) Farmaci a domicilio: per la consegna e il ritiro massimo tre Sinistri per periodo e due prestazioni per Sinistro; (4) Trasferimento in istituto: un Sinistro per periodo e una Prestazione per Sinistro; (5) Prolungamento soggiorno: massimo **10 giorni, limite 1.000 euro** per Sinistro per pernottamento e colazione; (6) Video consulto specialistico: massimo 5 video consulti per periodo. Sono previste Massimo una Prestazione per Sinistro, massimo **3 Sinistri** per tipo di prestazione per periodo. Se non specificato, la garanzia è prestata non più di una volta per tipo di Prestazione per singolo Sinistro, per un massimo di 3 Sinistri per tipo di prestazione per Periodo assicurativo.

SEZIONE GARANZIA TUTELA LEGALE - **In riferimento alla garanzia Consulenza legale telefonica:** (1) opera nei limiti del massimale e condizioni indicati in polizza; (2) è valida solo per leggi italiane e dalle ore 24 del giorno di decorrenza; **In riferimento alla garanzia Spese Legali,** la copertura è prevista dopo **90 giorni** per controversie contrattuali e dalle ore 24 del giorno di decorrenza per altre cause.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è dedicato a chi desidera tutelarsi dalle conseguenze economiche derivanti dalle spese sanitarie sostenute in caso di Infortunio e Malattia, in caso di accertamenti di prevenzione o a chi è interessato a ricevere un Indennizzo in caso di Ricovero. La possibilità di accedere al prodotto per persone di età uguale o superiore a 70 anni può essere valutata da Zurich.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli Intermediari con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al **21%**, calcolato sul Premio lordo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I Reclami devono essere inoltrati per iscritto a: Zurich Insurance Europe AG - Rappresentanza Generale per l'Italia - "Ufficio Gestione Reclami" - Via Benigno Crespi, 23 - 20159 Milano - Fax numero: 02.2662.2243 - E-mail: reclami@zurich.it - PEC: reclami@pec.zurich.it Zurich deve fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del Reclamo. Per i Reclami aventi ad oggetto il comportamento degli intermediari iscritti nella sez. A e nella sez. F del RUI e dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di riscontro potrà essere esteso fino ad un massimo di 60 giorni , al fine di garantire il contraddittorio con l'intermediario interessato.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, i reclami devono essere inoltrati per iscritto a: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - FAX: 06.42133206 - PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	È obbligatorio rivolgersi, con il supporto di un avvocato, ad un organismo di mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (L. 98/2013).
Negoziazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, secondo le modalità indicate nel D.L. n. 132/2014 (convertito in L. 162/2014).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Se previsto nelle condizioni contrattuali assicurative o in caso di successivo accordo compromissorio, le parti possono risolvere la controversia, nominando uno o più arbitri. Per la risoluzione delle controversie transfrontaliere è possibile presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente - individuabile al sito www.ec.europa.eu/fin-net - e chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	I premi corrisposti per le coperture offerte dal contratto sono soggetti alle seguenti aliquote di imposta: per MALATTIA 2,5% ; per ASSISTENZA 10% ; per TUTELA LEGALE 21,25% . I premi versati non sono detraibili. Le prestazioni corrisposte non sono soggette a tassazione.
---	--

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO (PER RICHIEDERE LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI E MODIFICARE COME RICEVERE LE INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO).

Zurich Salute

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

Indice

Glossario	4 di 46
Sezione 1 - Norme comuni a tutte le garanzie	
 Dove vale la copertura?	8 di 46
 Che obblighi ho?	8 di 46
 Quando e come devo pagare?	9 di 46
 Quando comincia e quando finisce la copertura?	10 di 46
 Come posso disdire la Polizza?	11 di 46
 Area Clienti Riservata e App Zurich One	
 Altre informazioni	11 di 46
Sezione 2 - Protezione Salute	
 Che cosa è assicurato e come?	13 di 46
 Che cosa non è assicurato?	20 di 46
 Cosa fare in caso di Sinistro?	22 di 46
 Come è gestito il Sinistro?	24 di 46
Sezione 3 - Assistenza	
 Che cosa è assicurato e come?	28 di 46
 Dove vale la copertura?	35 di 46
 Che cosa non è assicurato?	35 di 46
 Cosa fare in caso di Sinistro?	36 di 46
Sezione 4 - Tutela Legale	
 Che cosa è assicurato e come?	37 di 46
 Dove vale la copertura?	39 di 46
 Che cosa non è assicurato?	39 di 46
 Cosa fare in caso di Sinistro?	40 di 46
Allegato 1 - Massimali, limiti di Indennizzo e Scoperto	42 di 46
Allegato 2 - Adeguamento del Premio per età	46 di 46

Come leggere questo documento



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.



Area Clienti Riservata e App Zurich One

Contiene indicazioni su come registrarsi all'Area Clienti Riservata, come scaricare l'App Zurich One e i principali servizi offerti.



Altre informazioni

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

Nel contratto si possono trovare delle *Parole* in corsivo e con l'iniziale maiuscola. In questo caso si può fare riferimento al Glossario per trovare la definizione del termine, che nel testo avrà sempre e solo il significato illustrato nel Glossario stesso. **Le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie, oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza, come in questo paragrafo.**

Tutto a portata di mano: app Zurich One

La tua *Assicurazione* ora è più semplice. Con l'app Zurich One hai tutte le informazioni disponibili ovunque tu vada. Registrati facilmente, bastano pochi passaggi per accedere a tutti i vantaggi dell'app:

- **Tutto a portata di mano:** accedi alle tue *Polizze* dove e quando vuoi
- **Rimani sempre aggiornato:** non perderti le scadenze più importanti delle tue *Polizze*
- **Ottieni aiuto quando ne hai bisogno:** ricevi assistenza in caso di emergenza e monitora i tuoi *Sinistri*. Ovunque ti trovi
- **Dimentica la carta:** visualizza la tua situazione assicurativa direttamente nell'app
- **C'è qualcos'altro di cui hai bisogno?** Usa il tuo canale preferito per contattarci e ricevere consigli e aiuto. Siamo sempre qui per te
- **Vivi la tua vita con serenità:** il tuo *Intermediario assicurativo* è sempre disponibile per darti indicazioni e consigli utili che rispondano alle tue esigenze assicurative

Scarica l'app Zurich One Assicurazioni inquadrando il QR Code e registrati subito! Bastano il numero della tua *Polizza* e il tuo codice fiscale.



Scarica l'app **Zurich One Assicurazioni** inquadrando il QR Code e registrati subito! Bastano il numero della tua *Polizza* e il tuo codice fiscale.

L'app è disponibile nei principali store:



Glossario

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

Arbitrato - è una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.

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

Assicurazione - Il contratto di *Assicurazione*.

Assistenza infermieristica - assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma o da organizzazioni, strutture sanitarie specializzate e legalmente riconosciute.

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 non è operante. **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 Europe AG - 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 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.

Danno extracontrattuale - è il danno ingiusto conseguente al *Fatto illecito*: tipicamente è il danno subito alla persona o a cose in conseguenza di un comportamento colposo di altre persone: ad esempio il danno subito alla propria abitazione, ma anche il danno subito dal derubato, dal truffato, ecc. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'*Evento* dannoso.

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* non comportante *Intervento chirurgico*, per 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.**

Day Surgery - La degenza diurna senza pernottamento in un *Istituto di cura* e comportante *Intervento chirurgico* e documentata da cartella clinica.

Diagnosi - determinazione da parte del medico, in base alla valutazione dei sintomi, della natura o della sede di:

- una *Malattia*;
- una lesione a seguito di *Infortunio*.

Difetto Fisico - deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Diritto civile - è il complesso di norme che regola i rapporti tra privati (aziende o persone): quando nasce un contrasto tra due soggetti privati questi si rivolgono al giudice perché, in base al *Diritto civile*, decida chi ha ragione e chi ha torto. Nelle cause civili il giudice decide esclusivamente sulla base degli elementi forniti dalle parti ed è stabilito che chi afferma qualcosa è tenuto a provarlo.

Evento (solo per la sezione 4 Tutela Legale) - fatto dannoso che dà origine al *Sinistro*.

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.

Fase stragiudiziale - è l'attività che viene svolta tentando una mediazione tra le parti, al fine di comporre bonariamente una controversia ed evitare quindi il ricorso al giudice. Comprende procedure quali la mediazione civile, la negoziazione assistita, l'*Arbitrato*, la conciliazione paritetica.

Fatto illecito - consiste nella inosservanza di una norma di legge posta a tutela della collettività o in un comportamento che violi un diritto assoluto del singolo. Non si considera *Fatto illecito* la violazione di un obbligo contrattuale assunto nei confronti di soggetti particolari.

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.

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.

Intervento chirurgico ambulatoriale - Ogni intervento di piccola chirurgia non in regime di *Ricovero*, *Day Hospital* e *Day Surgery* ed eseguito 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 - deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

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 informatico.

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, omtossicologia e chiropratica).

Manifestazione (di Malattia) - il presentarsi di uno o più segni o sintomi riconducibili alla *Malattia*.

Massimale - La somma massima rimborsabile fino al raggiungimento della quale, per ciascun *Assicurato* e per *Periodo assicurativo*, la *Compagnia* presta la garanzia.

Network / Rete - La *Rete* convenzionata della Società MyAssistance S.r.l., 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 <http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html> 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 questionario sanitario 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*.

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. **Non si considera pernottamento la permanenza notturna in pronto soccorso.**

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.

Soccombenza (Spese di) - sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti (vedi alla Voce *Diritto civile*).

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*.

Spese peritali - sono quelle relative all'intervento di un perito nominato dal giudice (C.T.U.- consulente tecnico di ufficio) o dalle parti (consulente di parte).

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.

Stomatologica 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 formazioni metastatiche).

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

Transazione - accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già insorta o la prevencono.

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 in possesso di titolo di specializzazione inerente alla *Diagnosi e/o* prescrizione di terapie motivo della visita stessa. **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 dal medico di famiglia, guardia medica e da medici pediatri.**

Sezione 1

Norme comuni a tutte le garanzie



Dove vale la copertura?

1.1 Validità territoriale

L'Assicurazione è valida per i soli **Assicurati** residenti all'interno del **Territorio Italiano**. Per le garanzie:

- **Spese sanitarie, Alta Diagnostica, Visite specialistiche e Diaria da Ricovero**, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo;
- **Esami di routine**, l'Assicurazione è valida solo nel **Territorio Italiano** nei centri convenzionati con MyAssistance;
- **Cure dentarie**, l'Assicurazione è valida:
- nel **Territorio Italiano** solo nei centri convenzionati con MyAssistance in riferimento alle prestazioni "seduta di ablazione del tartaro" e "seduta di applicazione topica del fluoro";
- in tutto il mondo per tutte le altre prestazioni.

La validità territoriale delle garanzie Assistenza e Tutela legale è descritta nella sezione dedicata.



Che obblighi ho?

1.2 Dichiarazioni del Contraente

La Polizza viene emessa sulla base delle dichiarazioni fornite dal **Contraente** e dall'**Assicurato**, i quali devono fornire informazioni precise e complete su fatti che possono influire sulla valutazione del rischio.

Se il **Contraente** e l'**Assicurato** non rispettano tale obbligo e lo fanno:

1. con dolo o colpa grave su fatti che conoscono o potrebbero normalmente conoscere – come, ad esempio, la mancata dichiarazione di patologie in corso, preesistenti o in fase di accertamento – la Polizza può essere annullata entro 3 (tre) mesi dalla scoperta di tali circostanze e, in caso di **Sinistro**, il **Contraente** e l'**Assicurato** possono perdere il diritto all'**Indennizzo** (articolo 1892 del codice civile);
2. senza dolo o colpa grave, su fatti che non conoscevano e che non potevano verificare, la **Compagnia** può recedere dal contratto entro 3 (tre) mesi dalla scoperta di tali circostanze e, in caso di **Sinistro**, la **Compagnia** può pagare un **Indennizzo** ridotto (articolo 1893 del codice civile).

In questi casi la **Compagnia** può trattenere:

- i **Premi** già incassati;
- il **Premio** per il periodo di **Assicurazione** in corso;
- in caso di dolo o colpa grave, il **Premio** dovuto per il primo anno.

Le previsioni del punto 1 si riferiscono anche:

- alle informazioni rilasciate dal **Contraente** comprese le dichiarazioni riportate nel **Questionario anamnestico**;
- al diritto di usufruire di convenzioni tariffarie.

1.3 Aggravamento del rischio

Il **Contraente** e l'**Assicurato** devono subito avvisare per iscritto il proprio **Intermediario assicurativo** o la **Compagnia** se, nel corso della Polizza, la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'Evento dannoso si verifichi, come ad esempio il cambio di residenza o l'espatrio all'estero dell'**Assicurato**. Se il **Contraente** e l'**Assicurato** non rispettano questo obbligo, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'**Indennizzo** (articolo 1898 del Codice Civile).

Ad eccezione di quanto previsto al punto 2.7 – Persone non assicurabili, l'obbligo di comunicazione non riguarda l'evoluzione dello stato di salute dell'**Assicurato** nel corso della Polizza.

Nel caso in cui l'**Assicurato** rientri tra le persone non assicurabili indicate al punto 2.7, l'**Assicurato** deve subito avvisare per iscritto il proprio **Intermediario assicurativo** o la **Compagnia** come descritto nel presente articolo.

La comunicazione, da parte del **Contraente** o dell'**Assicurato**, deve essere effettuata mediante raccomandata con ricevuta di ritorno o tramite posta elettronica certificata (PEC). La **Compagnia**, ricevuta la comunicazione, può recedere dal contratto oppure sostituirlo, proponendo differenti condizioni di **Assicurazione**.

1.4 Variazione di residenza dell'Assicurato

Le condizioni e il **Premio** sono determinati anche in base alla residenza di ciascun **Assicurato** all'interno del **Territorio Italiano**.

L'**Assicurato** o il **Contraente** devono quindi 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* così come descritto al precedente articolo 1.3 Aggravamento del rischio.

La *Compagnia*, ricevuta la comunicazione, provvede 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*, può 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*, il contratto si scioglie o, in caso di presenza di più *Assicurati*, viene escluso 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 dallo scioglimento 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 comunicazione di trasferimento della residenza al di fuori del *Territorio Italiano* e la scadenza del *Periodo assicurativo*.

1.5 Assicurazione per conto altrui

Se l'*Assicurazione* è stipulata per conto di altri soggetti, gli obblighi derivanti dalla *Polizza* spettano al *Contraente*, con l'eccezione degli obblighi che possono essere assolti solo 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 il proprio *Intermediario Assicurativo* o la *Compagnia* dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre *Assicurazioni* che coprono lo stesso rischio.

In caso di *Sinistro*, la denuncia deve essere inviata a tutti gli assicuratori interessati nei termini previsti dai rispettivi contratti assicurativi, indicando a ciascuna il nome delle altre *Compagnie* assicurative (articolo 1910 del Codice Civile).

Il *Contraente* può richiedere a ciascuna *Compagnia* l'*Indennizzo* dovuto secondo la rispettiva *Polizza* autonomamente considerata se le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno ad eccezione di coperture inerenti la garanzia *Diaria da Ricovero* il cui *Indennizzo* verrà erogato da ogni singola *Compagnia*. Le previsioni appena descritte valgono anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'*Assicurato* con Enti, Casse, Fondi Sanitari Assicurativi.

Se le comunicazioni non vengono volontariamente effettuate dal *Contraente* oppure risultano non veritiere, la *Compagnia* può rifiutare di pagare il *Sinistro*.

Se il *Contraente* è una persona fisica e l'*Assicurato* è un soggetto diverso dal *Contraente*, l'obbligo descritto in questo articolo è esteso all'*Assicurato*.



Quando e come devo pagare?

1.7 Pagamento del *Premio*

Il *Premio* (o, in caso di pagamento frazionato e di anno più frazione, la prima rata di *Premio*), deve essere pagato all'*Intermediario assicurativo* che gestisce la *Polizza* o alla *Compagnia* al momento della firma della *Polizza*; le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste, con rilascio di ricevute di pagamento emesse dalla *Compagnia* o appendici emesse dall'*Intermediario assicurativo* che indicano la data del pagamento.

Il *Premio* può essere pagato in un'unica soluzione oppure, a seguito di valutazione da parte della *Compagnia*, in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, bimestrali e mensili senza oneri aggiuntivi.

Il *Premio* deve sempre essere pagato per intero in base alla durata della *Polizza*, anche se è previsto il pagamento in più rate.

Il pagamento può essere effettuato con assegno bancario o circolare, bonifico bancario, carte di debito o credito e denaro contante entro i limiti stabiliti dalla legge.

In caso di pagamento suddiviso in rate mensili, per il primo pagamento il *Contraente* deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per pagare le rate successive, che sarà ricorrente ed automatico. Non si possono usare carte differenti dalla carta di credito (ad esempio, carta di credito prepagata). In caso di problemi sui pagamenti successivi (ad esempio errori tecnici, plafond esaurito), il *Contraente* può recarsi dal proprio *Intermediario assicurativo* e pagare il *Premio* scegliendo una diversa forma di pagamento. Per le rate successive il pagamento riprende in automatico con carta di credito salvo errori tecnici di pagamento.

In caso di rateazione mensile del *Premio* il *Contraente* deve autorizzare la trasmissione in formato elettronico della documentazione precontrattuale, contrattuale e delle comunicazioni in corso di contratto.

1.8 Revisione del *Premio*

a. Adeguamento del *Premio* per età

In occasione di ogni scadenza annuale della *Polizza*, la *Compagnia* adegua, per ciascun *Assicurato*, il *Premio* delle garanzie *Spese sanitarie*, *Alta diagnostica* e *Visite specialistiche* 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 alla media ponderata dei pesi relativi agli indici ISTAT 062 "servizi ambulatoriali" e 063 "servizi ospedalieri" (di seguito "indice"). Tali indici

fanno parte dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (NIC) "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 seguente modo:

- alla *Polizza* è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente a quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ogni rata annuale della *Polizza* si considera l'indice del mese di giugno dell'anno solare precedente a quello della scadenza;
- si effettua il confronto tra i due indici e si quantifica la relativa variazione;
- se 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 richiamate in *Polizza*.

L'indicizzazione non verrà applicata alle garanzie Tutela Legale e Assistenza.

c. Variazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Se si verificano 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 sottoscrizione del contratto

la *Compagnia* può 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 Obblighi fiscali

Gli obblighi 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 dopo la data indicata in *Polizza*.

Se il *Contraente* non paga i *Premi* o le rate di *Premio* successive alla prima, l'*Assicurazione* è sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo alla data di scadenza (periodo di mora) 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.

La *Compagnia* ha diritto al pagamento dei *Premi* scaduti (articolo 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 indicata in *Polizza*, saranno applicati nuovamente i *Termini di Carenza* previsti dal punto 2.12 che verranno calcolati a partire dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Resta in ogni caso fermo quanto previsto al punto 2.12 – *Periodi di Carenza* – inoperatività della garanzia.

1.11 Durata del contratto e tacito rinnovo

La *Polizza* può avere le seguenti durate, a scelta del *Contraente*:

- annuale: la *Polizza* dura 1 anno solare e termina alle ore 24.00 del giorno di scadenza indicato in *Polizza*. La *Polizza* può prevedere o meno il tacito rinnovo annuale, in funzione dell'opzione scelta; per le *Polizze* che prevedono il tacito rinnovo, la *Polizza* si rinnova tacitamente per un altro anno e così via per gli anni a seguire, salvo comunicazione di disdetta prevista al punto 1.12 – *Disdetta del contratto*;
- annuale più frazione: la *Polizza* dura per l'intero *Periodo assicurativo* scelto (anno intero più frazione). La *Polizza* può prevedere o meno il tacito rinnovo annuale, in funzione dell'opzione scelta; per le *Polizze* che prevedono il tacito rinnovo, la *Polizza* si rinnova tacitamente per un altro anno e così via per gli anni a seguire, salvo comunicazione di disdetta prevista al punto 1.12 – *Disdetta del contratto*.

Non si può stipulare la *Polizza* con durata poliennale o inferiore a un anno (durata temporanea). Il *Contraente* può disdire la *Polizza* nei modi indicati nel capitolo "Come posso disdire la *Polizza*?".

1.12 Limiti di età

L'*Assicurato* che durante il periodo di validità della *Polizza* compie o supera gli 80 anni viene automaticamente escluso dalla stessa in occasione della prima scadenza annua successiva. La *Compagnia* può valutare se mantenere comunque attiva la copertura tramite sostituzione di *Polizza*.



Come posso disdire la Polizza?

1.13 Disdetta del contratto

Il *Contraente* e la *Compagnia* possono disdire la *Polizza* comunicandolo entro 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale della *Polizza*.

Il *Contraente* che vuol disdire la *Polizza* deve comunicarlo al proprio *Intermediario assicurativo* o alla *Compagnia*.

La disdetta, sia del *Contraente* che della *Compagnia*, deve avvenire tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata (PEC).

Senza disdetta, da parte del *Contraente* o della *Compagnia*, la *Polizza* prosegue di un ulteriore anno e così successivamente.

1.13.1 Modifica del Premio e/o della Polizza alla scadenza e rinnovo della Polizza

Fermo quanto previsto dall'articolo 1.8 "Revisione del Premio", è facoltà della *Compagnia*, anche per il tramite dell'*Intermediario assicurativo*, proporre per iscritto al *Contraente* con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza (iniziale o di eventuale tacito rinnovo) nuove proposte di modifica del Premio e/o degli elementi contrattuali indicati in *Polizza* (per esempio: *Massimali*, limiti, *Scoperti*, *Franchigie*), alle stesse condizioni contrattuali di cui al presente Set Informativo. In tali casi il pagamento del Premio entro il 30° giorno successivo alla scadenza del contratto, vale come espressione della volontà del *Contraente* di accettare la nuova proposta, a fronte della quale è rilasciata relativa ricevuta di pagamento. Il *Contraente* può non accettare le nuove proposte di modifica del Premio e/o degli elementi contrattuali indicati in *Polizza* astenendosi dal pagamento ed in tal caso il contratto viene risolto alla naturale scadenza senza bisogno per il *Contraente* di dare disdetta. Se il pagamento è in rate mensili con addebito ricorrente con carta di credito, il *Contraente* che non accetta le nuove proposte di modifica del Premio o degli elementi contrattuali indicati nel documento di *Polizza*, deve contattare il proprio *Intermediario assicurativo* entro il termine di scadenza della *Polizza* per interrompere l'addebito automatico del pagamento della rata di rinnovo. Quando, a fronte di nuove proposte della *Compagnia*, l'automatismo di addebito automatico è interrotto, la *Compagnia* rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si considera risolto per disdetta alla naturale scadenza senza bisogno per il *Contraente* di dare disdetta.

Senza una nuova proposta di modifica del Premio e/o degli elementi contrattuali di cui al presente articolo indicati in *Polizza*, o di disdetta da parte del *Contraente* e della *Compagnia*, vale quanto previsto dall'art. 1.10 "Decorrenza della garanzia" e dall'art. 1.12 "Disdetta del contratto".



Area Clienti Riservata e App Zurich One

1.14 Area Clienti Riservata e App Zurich One

Per avere tutte le informazioni a portata di mano, come:

- le coperture assicurative e le condizioni contrattuali delle *Polizze* acquistate
- i numeri utili in caso di emergenza
- lo stato del *Sinistro*
- lo stato dei pagamenti dei *Premi* e le relative scadenze di *Polizze*
- i contatti del tuo *Intermediario assicurativo*

Il *Contraente* può usufruire gratuitamente di:

Area Clienti Zurich

Sul sito www.zurich.it è disponibile l'Area Clienti Riservata, dove il *Contraente* può consultare la propria posizione assicurativa.

A garanzia di una consultazione sicura, è necessario richiedere le credenziali d'accesso tramite registrazione nella sezione dedicata all'Area Clienti sul sito www.zurich.it e seguire le istruzioni: verrà richiesto il numero di *Polizza* e il codice fiscale.

In caso di problemi di accesso al proprio spazio riservato o di dubbi in merito alla consultazione o all'utilizzo dell'Area Clienti, è disponibile un servizio di supporto all'indirizzo:

areaclienti@it.zurich.com

App Zurich One

Disponibile per i sistemi operativi iOS e Android, permette di usufruire in autonomia di una serie di servizi; in particolare, per Zurich Salute, è possibile:

- cercare una struttura convenzionata del *Network MyAssistance*;
- prenotare le prestazioni sanitarie nelle strutture convenzionate;
- attivare la forma diretta comunicando la data di appuntamento della prestazione sanitaria presso la struttura convenzionata scelta;
- richiedere un rimborso delle spese mediche (se non è stata attivata la forma diretta) o l'erogazione della indennità sostitutiva da *Ricovero*, della diaria da *Ricovero* e della diaria da *Convalescenza*;
- consultare le pratiche e il relativo stato.

Una volta scaricata l'app Zurich One, per perfezionare l'iscrizione verrà richiesto il numero di *Polizza* e il codice fiscale.

In caso di problemi, il servizio clienti dedicato è disponibile al seguente indirizzo:

assistenzaclienti@it.zurich.com



1.15 Modifiche della *Polizza*

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

1.16 Legge applicabile e foro competente

La *Polizza* è regolata dalla legge italiana. Il foro competente per le azioni giudiziarie è la sede legale del convenuto oppure, a scelta di chi agisce, la sede dell'*Intermediario assicurativo* che gestisce la *Polizza*.

Se l'Assicurato è un "consumatore", ai sensi dell'art. 3-comma 1, lettera a) del "Codice del consumo", il foro competente è la residenza o il 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

Protezione Salute



Che cosa è assicurato e come?

2.1 Garanzia Spese sanitarie

La garanzia è operante solo se richiamata in *Polizza*.

2.1.1. Oggetto dell'Assicurazione

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

- Ricovero con o senza *Intervento chirurgico*;
- *Day Surgery*;
- *Intervento chirurgico ambulatoriale*;

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

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

Sono inoltre previsti limiti temporali indicati in *Polizza* in base alla forma di garanzia scelta – forma Base o forma Plus.

a. PRIMA del Ricovero o del *Day Surgery* o dell'*Intervento chirurgico ambulatoriale*:

- esami, accertamenti diagnostici e *Visite mediche specialistiche* effettuati, anche al di fuori dell'*Istituto di cura*.

I limiti temporali per i giorni di copertura PRIMA del Ricovero o *Day Surgery* o *Intervento chirurgico ambulatoriale* sono indicati in *Polizza* e variano in base alla forma di garanzia scelta – forma Base o forma Plus.

b. DURANTE il Ricovero o il *Day Surgery* 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 **fino a 3.000 euro per Assicurato**.

c. DOPO la dimissione in caso di Ricovero o *Day Surgery* o la data di *Intervento chirurgico ambulatoriale*:

- spese relative a Ricoveri senza *Intervento chirurgico* conseguenti al Ricovero o al *Day Surgery* 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 prestata a domicilio;
- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **fino a 1.500 euro per Assicurato**.
- acquisto o noleggio di:
 1. coppia di stampelle, carrozzine, corsetti, busti, tutori, materasso antidecubito e di apparecchiature fisioterapiche solo se inerenti alla *Malattia* o all'*Infortunio* che hanno determinato il Ricovero o il *Day Surgery* o l'*Intervento chirurgico ambulatoriale* e se prescritti dal medico curante o dal medico specialista, **fino a 10.000 euro per Assicurato e per Periodo assicurativo**;
 2. parrucca a seguito di terapie chemioterapiche **fino a 1.000 euro per Assicurato e per Periodo assicurativo**;
- in caso di *Malattia oncologica*: n. 10 (dieci), sedute di psicoterapia e psicoanalisi, **fino a 2.500 euro, per Assicurato e per Periodo assicurativo** se prescritte da un medico specialista (medico psichiatra, neurologo o oncologo) e direttamente riconducibili alla patologia, eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (come ad esempio medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).

I limiti temporali per i giorni di copertura DOPO la dimissione in caso di Ricovero o *Day Surgery* o *Intervento chirurgico ambulatoriale* sono indicati in *Polizza* e variano in base alla forma di garanzia scelta – forma Base o forma Plus.

d. TRASPORTO avvenuto prima, durante e dopo il Ricovero, il *Day Surgery* e 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 fino a 4.000 euro per Assicurato; in caso di trapianto la somma viene aumentata 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'Assicurata;
- 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 e Scoperto 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 minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Se il *Contraente* ne fa richiesta e dopo valutazione del *Questionario anamnestico* da parte della *Compagnia*, la garanzia per le sole spese previste al punto 2.1.1 è operante gratuitamente per i figli e i minori in affidamento preadottivo **fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età.**

Tale estensione è prestata a condizione che:

- i bambini di età inferiore ad otto anni sono espressamente indicati in *Polizza* tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti 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 gratuita è prevista anche in presenza di *Nucleo familiare* composto da un solo genitore espressamente indicato in *Polizza* e risultante dallo stato di famiglia;
- tutti gli Assicurati indicati in *Polizza* hanno acquistato la garanzia oggetto di estensione gratuita (ad esempio, per poter estendere gratuitamente la garanzia "Spese sanitarie" ai bambini con età inferiore a otto anni, anche eventuali altri fratelli o sorelle già indicati in *Polizza* devono aver acquistato la medesima garanzia).

L'estensione è prestata **per la forma di garanzia con Scoperto più elevato, tra tutte le forme di garanzia acquistate dalle persone assicurate indicate in Polizza.**

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 **primo soccorso prestato nell'immediatezza dell'Infortunio in strutture specializzate** (come, ad esempio, il Pronto soccorso ospedaliero o un centro traumatologico territoriale) per assistenza medica, medicinali somministrati, applicazione di apparecchi gessati, accertamenti diagnostici e trasporto dell'Assicurato in ambulanza;
- **entro 6 mesi dalla data dell'Infortunio** per *Cure mediche*, gessatura, *Trattamenti fisioterapici e rieducativi*, acquisto di apparecchi protesici ortopedici e di tutori preconfezionati.
- **entro 6 mesi dalla data dell'Infortunio** per l'acquisto o il noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, busti, tutori, materasso antidecubito e di apparecchiature fisioterapiche se inerenti l'*infortunio* denunciato e prescritti dal medico curante o dal medico specialista.

e. Trapianti

Se l'Assicurato è 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. Per le spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore dell'Assicurato il Massimale è aumentato 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, **fino a 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*, **se 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.), **se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa, oppure il totale delle spese sostenute per tutto quanto previsto al punto 2.1.1 – Oggetto dell'Assicurazione lettera b) è inferiore o uguale a 1.500 euro**, l'Assicurato ha 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* sono considerate giornate di *Ricovero*. L'indennità sostitutiva è riconosciuta anche nei casi di Parto e aborto previsti alla precedente lettera a.

L'indennità sostitutiva da Ricovero non è prevista in caso di Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale.

Sull'indennità sostitutiva non viene applicato lo *Scoperto*.

h. Cure oncologiche in assenza di Ricovero

In caso di *Malattia* oncologica, che non ha comportato il *Ricovero* o il *Day Surgery* o l'*Intervento chirurgico ambulatoriale* presso un *Istituto di cura*, la *Compagnia* rimborsa, **entro il limite del Massimale** indicato nell'Allegato 1 "Massimali, limiti di *Indennizzo* e *Scoperto*":

- le terapie non chirurgiche (chemioterapia e radioterapia) effettuate in ambulatorio o in regime di *Day Hospital*;
- le spese sostenute e documentate per l'acquisto o per il noleggio della parrucca a seguito di terapie chemioterapiche **fino a 1.000 euro per Assicurato e per Periodo assicurativo**;
- **n. 10 (dieci) sedute di psicoterapia e psicoanalisi fino a 2.500 euro per Assicurato e per Periodo assicurativo se prescritte da un medico specialista (medico psichiatra, neurologo o oncologo) e direttamente riconducibili alla patologia. Le sedute devono essere eseguite da figure professionali riconosciute dagli elenchi delle arti e professioni sanitarie, con iscrizione al relativo albo (come ad esempio medico psichiatra, medico neurologo, psicologo e psicoterapeuta).**

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*, se 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* riconosce, 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 Surgery*, la *Compagnia* corrisponde una diaria giornaliera di 100 euro pari ad 1 (uno) solo giorno di *Ricovero*.

2.1.3 Come personalizzare la garanzia

Il *Contraente* può scegliere la *forma di garanzia* sulla base dell'offerta assicurativa della *Compagnia*.

Sono previste due forme di garanzia 'Forma Base' e 'Forma Plus' – che si differenziano come di seguito indicato:

- differenti limiti di *Massimale* per alcune patologie e cure oncologiche come indicato nell'allegato 1 "Massimali, limiti di *Indennizzo* e *Scoperto*";
- differenti limiti temporali per i giorni di copertura PRIMA e DOPO la dimissione in caso di *Ricovero* o *Day Surgery* o *Intervento chirurgico ambulatoriale* in base a quanto indicato in *Polizza*.

La forma "Forma Base" o "Forma Plus" è indicata in *Polizza per ogni Assicurato*.

2.2 Garanzia Alta Diagnostica

La garanzia è operante solo se richiamata in *Polizza*.

2.2.1 Oggetto dell'Assicurazione

Nel caso di prestazione sanitaria indipendente da un *Ricovero*, la *Compagnia* riconosce le seguenti spese sanitarie sostenute e documentate dall'Assicurato e rese necessarie da *Malattia* o *Infortunio*. La patologia può essere anche solo presunta, sotto forma di quesito diagnostico del medico curante o del medico specialista.

Sono incluse le sole spese sanitarie relative ai seguenti esami di alta diagnostica:

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso;
- Risonanza magnetica nucleare (RMN);
- TAC con e senza mezzo di contrasto;
- 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.

La *Compagnia* riconosce le spese sanitarie di cui sopra entro il limite del *Massimale* indicato nell'Allegato 1 "*Massimali, limiti di Indennizzo e Scoperto*" differenziato in base alla forma di garanzia scelta e indicata in *Polizza* – forma Base o forma Plus.

2.2.2 Ulteriori prestazioni in copertura

1. 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 stesse garanzie, *Massimale* e sottolimiti di *Massimale* previsti per la madre al momento della loro nascita.

L'estensione gratuita è 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 è prestata senza i *Termini di Carenza*.**

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

2. Copertura per figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Se il *Contraente* ne fa richiesta e dopo valutazione del *Questionario anamnestico* da parte della *Compagnia*, la garanzia per le sole spese previste al punto 2.2.1 è operante gratuitamente per i figli e i minori in affidamento preadottivo **fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età.**

Tale estensione è prestata a condizione che:

- i bambini di età inferiore ad otto anni sono espressamente indicati in *Polizza* tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti 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 gratuita è prevista anche in presenza di *Nucleo familiare* composto da un solo genitore espressamente indicato in *Polizza* e risultante dallo stato di famiglia;
- tutte le persone assicurate hanno acquistato la garanzia oggetto di estensione gratuita (ad esempio, per poter estendere gratuitamente la garanzia "*Alta Diagnostica*" ai bambini con età inferiore ad otto anni, anche eventuali altri fratelli o sorelle già indicati in *Polizza* devono aver acquistato la medesima garanzia).

L'estensione è prestata **fino al minore tra i *Massimali* e i sottolimiti di *Massimale* acquistati da tutte le persone assicurate.**

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

2.3 Garanzia *Visite specialistiche*

La garanzia è operante solo se richiamata in *Polizza*.

2.3.1 Oggetto dell'*Assicurazione*

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

2.3.2 Ulteriori prestazioni in copertura

1. 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 stesse garanzie e *Massimale* previsti per la madre al momento della loro nascita.

L'estensione gratuita è 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 è prestata senza i *Termini di Carenza*.**

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

2. Copertura per figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Se il *Contraente* ne fa richiesta e dopo valutazione del *Questionario anamnestico* da parte della *Compagnia*, la garanzia per le sole spese previste al punto 2.3.1 è operante gratuitamente per i figli e i minori in affidamento preadottivo **fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età.**

Tale estensione è prestata a condizione che:

- i bambini di età inferiore ad otto anni sono espressamente indicati in *Polizza* tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti 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 gratuita è prevista anche in presenza di *Nucleo familiare* composto da un solo genitore espressamente indicato in *Polizza* e risultante dallo stato di famiglia;
- tutte le persone assicurate hanno acquistato la garanzia oggetto di estensione gratuita (ad esempio, per poter estendere gratuitamente la garanzia "*Visite specialistiche*" ai bambini con età inferiore ad otto anni, anche eventuali altri fratelli o sorelle

già indicati in *Polizza* devono aver acquistato la medesima garanzia).

L'estensione è prestata fino al minore tra i *Massimali* previsti per tutte le persone assicurate.

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

2.4 Garanzia Cure dentarie

La garanzia è operante solo se richiamata in *Polizza*.

2.4.1 Oggetto dell'Assicurazione

La *Compagnia* riconosce le seguenti spese odontoiatriche sostenute dall'*Assicurato*:

- una seduta di ablazione del tartaro, **una sola volta nel *Periodo assicurativo* e attivabile solo con pagamento in forma diretta da parte della *Compagnia*, nei centri odontoiatrici convenzionati con MyAssistance;**
- una seduta di applicazione topica di fluoro, **una sola volta nel *Periodo assicurativo* e attivabile solo con pagamento in forma diretta da parte della *Compagnia* nei centri odontoiatrici convenzionati con MyAssistance;**
- le *Visite specialistiche* odontoiatriche, gli accertamenti diagnostici odontoiatrici e l'applicazione di protesi dentarie (compreso il costo di quest'ultime), in assenza di *Ricovero* presso un *Istituto di cura*, qualora siano conseguenti a neoplasie maligne o *Infortunio* documentato da referto di pronto soccorso. Le spese sono in copertura **solo se effettuate entro 180 giorni dalla data dell'*Infortunio* o dalla data di *Diagnosi* di neoplasia maligna e nel limite del *Massimale* indicato nell'Allegato 1 "*Massimali*, limiti di *Indennizzo* e *Scoperto*".**

Per attivare le prestazioni ai punti 1 e 2 di cui sopra, l'*Assicurato* deve sempre contattare preventivamente la centrale operativa di MyAssistance per la relativa prenotazione. Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami effettuati e pagati dall'*Assicurato* senza preventiva autorizzazione di MyAssistance.

2.4.2 Ulteriori prestazioni in copertura

Copertura per figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Se il *Contraente* ne fa richiesta e dopo valutazione del *Questionario anamnestico* da parte della *Compagnia*, la garanzia per le sole spese previste al punto 2.4.1 è operante gratuitamente per i figli e i minori in affidamento preadottivo fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età.

Tale estensione è prestata a condizione che:

- i bambini di età inferiore ad otto anni sono espressamente indicati in *Polizza* tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti 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 gratuita è prevista anche in presenza di *Nucleo familiare* composto da un solo genitore espressamente indicato in *Polizza* e risultante dallo stato di famiglia;
- tutte le persone assicurate hanno acquistato la garanzia oggetto di estensione gratuita (ad esempio, per poter estendere gratuitamente la garanzia "Cure dentarie" ai bambini con età inferiore ad otto anni, anche eventuali altri fratelli o sorelle già indicati in *Polizza* devono aver acquistato la medesima garanzia).

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

2.5 Garanzia Esami di routine

La garanzia è operante solo se richiamata in *Polizza*.

2.5.1 Oggetto dell'Assicurazione

La *Compagnia* offre un servizio di medicina preventiva che consente, a partire dalla data di decorrenza della copertura assicurativa, di beneficiare di esami di routine tra i seguenti programmi di medicina preventiva, differenti in funzione dell'età e del sesso dell'*Assicurato* e della forma di copertura prevista.

La forma Base comprende i seguenti esami di routine:

	DONNA	UOMO
FINO AI 17 ANNI (copertura gratuita 1 volta all'anno)	1. <i>Visita specialistica odontoiatrica</i>	1. <i>Visita specialistica odontoiatrica</i>
DAI 18 ANNI	1. <i>Visita specialistica odontoiatrica</i> 2. <i>Esami di laboratorio:</i> <ul style="list-style-type: none">- Calcio- Cloro- Colesterolo HDL- Colesterolo totale- Emocromo- Ferritina- Ferro- Glucosio- GOT- GPT- Potassio- Sodio- Trigliceridi- TSH- Esame urine completo	1. <i>Visita specialistica odontoiatrica</i> 2. <i>Esami di laboratorio:</i> <ul style="list-style-type: none">- Acido Urico- Cloro- Colesterolo HDL- Colesterolo totale- Emocromo- Gamma GT- Glucosio- GOT- GPT- Potassio- PSA- Sodio- Trigliceridi- Esame urine completo

La forma Plus comprende, oltre alle visite e agli esami compresi nella forma Base, uno tra i seguenti 4 pacchetti di esami di routine specialistici a scelta dell'Assicurato:

	DONNA	UOMO
DAI 18 ANNI	<ol style="list-style-type: none"> Prevenzione tumorale donna – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - Ca 15,3 - Ca 19,98 - Ca 125 - CEA - Omocisteina Funzione tiroidea – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - TSH - FT3 - FT4 - Ab. Anti – Tireoglobulina - Ab. Anti – Tireoperossidasi Esami cardiologici – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - CK - Mioglobina - NT-proBNT - GOT - LHD - Emocromo - Sodio - Potassio - Cloro Esami celiachia – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - IgG AntigliandinalgA - AntigliandinalgA - Anti – EndomisiolgG - Anti – EndomisiolgA - Transglutaminasi 	<ol style="list-style-type: none"> Prevenzione tumorale uomo – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - PSA - CEA - Ca 19,9 - PSA Libero - Omocisteina - Rapporto PSA Libero/Totale Funzione tiroidea – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - TSH - FT3 - FT4 - Ab. Anti – Tireoglobulina - Ab. Anti – Tireoperossidasi Esami cardiologici – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - CK - Mioglobina - NT-proBNT - GOT - LHD - Emocromo - Sodio - Potassio - Cloro Esami celiachia – esami di laboratorio inclusi: <ul style="list-style-type: none"> - IgG AntigliandinalgA - AntigliandinalgA - Anti – EndomisiolgG - Anti – EndomisiolgA - Transglutaminasi

Le prestazioni possono essere effettuate come segue:

- per attivare gli esami di routine, **l'Assicurato deve sempre contattare preventivamente la centrale operativa di MyAssistance per la relativa prenotazione. Non saranno prese in considerazione richieste di rimborso per esami effettuati e pagati dall'Assicurato senza preventiva autorizzazione di MyAssistance;**
- la prestazione 'Visita specialistica odontoiatrica' può essere effettuata da ogni Assicurato, **una sola volta nel Periodo assicurativo**, in qualsiasi centro odontoiatrico convenzionato con MyAssistance il cui elenco è disponibile sul sito www.myassistance.it nella sezione dedicata alle strutture odontoiatriche convenzionate. Per i soggetti assicurati di età inferiore o uguale a 17 anni, terminato il periodo di gratuità e quindi dal 18° anno di età, il Premio sarà determinato dalla Compagnia sulla base della tariffa vigente a partire dalla data di rinnovo successiva al periodo di gratuità;
- tutte le restanti prestazioni della garanzia Esami di routine potranno essere effettuate da ogni Assicurato, **una volta ogni due Periodi assicurativi, in un unico Sinistro e solo in determinati centri specializzati convenzionati con MyAssistance reperibili tramite la centrale operativa di MyAssistance:**
 - al numero 02303500037 nei giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle 08,30 alle 18,00, oppure
 - con mail all'indirizzo retail.zurich@myassistance.it.

Nel caso in cui l'Assicurato utilizzi un qualsiasi centro convenzionato con MyAssistance ma non specializzato in esami di routine, la Compagnia sostiene il costo degli esami fino a 80 euro per la forma Base e 140 euro per la forma Plus. L'eventuale eccedenza di costo resta a carico dell'Assicurato. L'elenco dei soli centri convenzionati con MyAssistance è disponibile sul sito www.myassistance.it nella sezione dedicata alle strutture sanitarie convenzionate.

Alcuni esempi relativi alla Forma Base e alla Forma Plus:

Esempio 1 L'Assicurato contatta la centrale operativa di MyAssistance e prenota degli esami di routine in un centro specializzato convenzionato con My Assistance: gli esami sono pagati totalmente dalla Compagnia in forma diretta.

Esempio 2 L'Assicurato non contatta la centrale operativa di MyAssistance e prenota in autonomia degli esami di routine in un centro a sua scelta: gli esami sono pagati totalmente dall'Assicurato senza possibilità di richiederne il rimborso alla Compagnia.

Di seguito un esempio relativo alla Forma Base:

Esempio 3 L'Assicurato contatta la centrale operativa di MyAssistance e prenota degli esami di routine in un centro NON specializzato ma convenzionato con MyAssistance: gli esami, per un costo ipotizzato di 100 euro, sono così pagati:

- dalla Compagnia 80 euro in forma diretta;
- dall'Assicurato 20 euro.

Di seguito un esempio relativo alla Forma Plus:

Esempio 4 L'Assicurato contatta la centrale operativa di MyAssistance e prenota degli esami di routine in un centro NON specializzato ma convenzionato con My Assistance: gli esami, per un costo ipotizzato di 150 euro, sono così pagati:

- dalla *Compagnia* 140 euro in forma diretta;
- dall'Assicurato 10 euro.

Gli esiti degli esami di routine saranno rilasciati solo all'Assicurato a garanzia della massima riservatezza.

La garanzia è operante anche in assenza di *Infortunio* e *Malattia*.

2.6 Garanzia Diaria da Ricovero

La garanzia è operante solo se richiamata in *Polizza*.

2.6.1 Oggetto dell'Assicurazione

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

- *Infortunio*, anche se derivante da *Attacchi Cyber*, ad eccezione di quello che produca *Frattura ossea*, *Fratture di bacino* e *Fratture di vertebre* così come successivamente dettagliato;
- *Malattia*;
- Trapianto di organi,

la *Compagnia* corrisponde la diaria indicata in *Polizza* per ogni giorno di *Ricovero* documentato da cartella clinica, **con il massimo di 300 giorni per *Sinistro***.

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

In caso di *Infortunio*, anche se derivante da *Attacchi Cyber*, che produca *Frattura ossea*, *Fratture di bacino* e *Fratture di vertebre*, la *Compagnia* corrisponde all'Assicurato la diaria indicata in *Polizza* per ogni giorno di prognosi indicati sul referto del Pronto soccorso o indicati nel documento di dimissioni SDO oppure prescritti da un medico specialistico ortopedico-traumatologico **entro i limiti temporali di seguito indicati:**

- a) in caso di *Frattura ossea* sono previsti massimo 30 giorni di diaria per *Sinistro* a partire dal giorno successivo a quello dell'*Infortunio*;
- b) in caso di *Fratture di bacino* e *Fratture di vertebre* sono previsti massimo 60 giorni di diaria per *Sinistro* a partire dal giorno successivo a quello dell'*Infortunio*.

La diaria prevista alle lettere a) "*Frattura ossea*" e b) "*Frattura di bacino e Fratture di vertebre*" non è cumulabile con la diaria da *Ricovero*.

La garanzia non è operante in caso di *Day Hospital* e *Intervento chirurgico ambulatoriale*.

2.6.2 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 stesse garanzie e 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 è 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 Surgery*, la *Compagnia* corrisponde la diaria giornaliera indicata in *Polizza* per 1 (uno) solo giorno di *Ricovero*.



Che cosa non è assicurato?

2.7 Persone non assicurabili

La *Compagnia* non assicura le persone affette da insulinodipendenza, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV.

Se l'*Assicurato* è colpito da queste patologie nel corso del contratto:

- l'*Assicurazione* termina alla prima scadenza annuale dopo la *Diagnosi*;
- la valutazione concreta dello stato di salute dell'*Assicurato* non è rilevante;
- l'incasso dei *Premi* non significa che la garanzia è attiva e tali *Premi* sono restituiti al *Contraente* al netto delle imposte.

2.8 Esclusioni valide per tutte le garanzie

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

1. *Infortuni*, *Malattie*, o stati patologici avvenuti, riscontrati o clinicamente diagnosticati prima della stipula della *Polizza*. Se l'*Assicurato* è sottoposto prima della 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* o stati patologici, gli stessi verranno considerati pregressi e i relativi *Sinistri* saranno esclusi dall'*Assicurazione*;
2. cure e Interventi per l'eliminazione o la correzione di *Difetti fisici* preesistenti alla stipula della *Polizza*. 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 *Difetti fisici*, gli stessi verranno considerati pregressi e i relativi *Sinistri* saranno esclusi dall'*Assicurazione*;
3. cure e Interventi per l'eliminazione o la correzione di *Malformazioni* note, o riconoscibili con l'ordinaria diligenza, o diagnosticate prima della stipula della *Polizza*, salvo quelle di cui l'*Assicurato* sia portatore non consapevole. 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 confermate *Malformazioni*, le stesse verranno considerate pregresse e i relativi *Sinistri* saranno esclusi dall'*Assicurazione*;
4. *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, tunnel carpale, asportazione di nevi comuni, correzione della piramide/setto nasale;
5. *Malattie* da gravidanza o puerperio, se la gravidanza stessa ha avuto inizio anteriormente alla stipula della *Polizza*;
6. Aborto spontaneo, terapeutico e interruzione volontaria di gravidanza, prevista alla lettera a. "Parto e aborto" dei punti 2.1.2 e 2.6.2 Ulteriori prestazioni in copertura delle garanzie Spese sanitarie e Diaria da *Ricovero*, se la gravidanza ha avuto inizio anteriormente alla stipula della *Polizza*;
7. *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;
8. *Infortuni* conseguenti alla pratica di sport aerei in genere e alla partecipazione a corse o gare motoristiche o motonautiche, e inoltre alle relative prove ed allenamenti;
9. *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;
10. *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.);
11. 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 2.6.2 della garanzia Diaria da *Ricovero*;
12. tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'*Assicurato* abbia preso parte volontariamente;
13. *Infortuni* e *Malattie derivanti da Malattie mentali*, *Malattie* psichiatriche, disturbi della sfera psicologica, schizofrenia, forme maniaco – depressive, stati paranoidi, morbo di Parkinson, , morbo di Alzheimer, epilessia, tutte le demenze e tutte le altre alterazioni patologiche organiche del cervello;
14. *Rimborsi* delle spese di natura alberghiera, quali telefono, televisione, servizio bar, ristorante e simili;
15. 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;
16. interruzione volontaria di gravidanza non dettata da necessità terapeutiche, salvo quanto previsto alla lettera a. "Parto e aborto" del punto 2.1.2 e 2.6.2 Ulteriori prestazioni in copertura delle garanzie Spese sanitarie e Diaria da *Ricovero*;
17. 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 2.6.2 della garanzia Diaria da *Ricovero*;

18. accertamenti, *Visite specialistiche*, cure dentarie, cure parodontarie e protesi dentarie, salvo quanto previsto al punto 2.4 – Cure dentarie;
19. tutte le procedure, *Visite specialistiche*, accertamenti ed *Interventi* relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita o alla cura della sterilità e dell'impotenza;
20. *Chirurgia bariatrica*, ogni conseguenza di anoressia e bulimia, nonché prestazioni e terapie con finalità dietologica in genere;
21. prestazioni e terapie rientranti nella *Medicina alternativa o complementare* e, pertanto, non riconosciute dalla medicina ufficiale (esempio: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omtossicologia e chiropratica);
22. *le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia)*;
23. 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;
24. check-up clinici, salvo quanto previsto al punto 2.5 *Esami di routine*;
25. *Day Hospital* a fini diagnostici o terapeutici salvo quanto previsto al punto 2.1.2 lettera h "*Cure oncologiche in assenza di Ricovero*";
26. 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;
27. prestazioni non effettuate da medici, da *Centro medico*, da personale infermieristico professionalmente abilitato o prestazioni non corredate dall'indicazione della *Diagnosi*;
28. cure ed *Interventi* relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
29. *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;
30. 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;
- in caso di *Ricovero* non si considera pernottamento, la permanenza notturna in 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 considera la gravidanza una *Malattia*;
- non si considerano *Visite specialistiche* le visite effettuate da medici praticanti le *Medicine alternative* e quelle effettuate dal medico di famiglia, guardia medica e da medici pediatri;
- non si considerano *Cure mediche* le *Visite specialistiche*, gli accertamenti diagnostici, gli esami e i medicinali.

In aggiunta alle esclusioni riportate al punto 2.8 sono inoltre previste delle specifiche esclusioni suddivise per garanzia così come indicate ai successivi punti 2.9, 2.10 e 2.11.

2.9 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*, *Day Surgery* e *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 Surgery* o *Intervento chirurgico ambulatoriale*;
- la corresponsione della diaria da *Convalescenza*, in assenza di prescrizione medica.

2.10 Esclusioni valide per le garanzie Alta Diagnostica e *Visite specialistiche*

Sono esclusi dall'*Assicurazione*:

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

2.11 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".

2.12 Periodi di *Carenza* – inoperatività della garanzia

Non sono in copertura:

1. le *Malattie* che si *Manifestano* nei trenta (30) giorni successivi a quello di effetto della *Polizza* o all'inserimento di una nuova persona assicurata, anche se diagnosticate successivamente. Per le *Malattie* dipendenti da gravidanza o puerperio la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio dopo la 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 dopo la 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, 2, 3 e 4 del punto 2.8 "Esclusioni valide per tutte le garanzie".**



Cosa fare in caso di Sinistro?

2.13 Denuncia del Sinistro per le garanzie Spese sanitarie, Alta diagnostica, Visite specialistiche e Diaria da Ricovero

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 "Alta diagnostica", l'insieme degli esami e accertamenti diagnostici extra-*Ricovero* eseguiti per la medesima patologia nell'anno assicurativo;
- per la garanzia "*Visite specialistiche*" l'insieme delle *Visite specialistiche*, esami e/o accertamenti diagnostici extra-*Ricovero* eseguiti 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*", "*Fratture di bacino*" e "*Fratture di vertebre*".

a) Modalità di denuncia del *Sinistro*

È possibile avvalersi delle seguenti opzioni per la denuncia del *Sinistro*:

- 1) l'*Assicurato* può contattare l'*Intermediario assicurativo* a cui è assegnata la *Polizza*;
- 2) in alternativa al punto 1), il *Contraente* può **scaricare la app Zurich One e usufruire in autonomia, anche per conto degli altri Assicurati, dei seguenti servizi:**

- cercare una struttura tra le strutture convenzionate con MyAssistance;
- prenotare le prestazioni sanitarie, solo se indennizzabili, nelle strutture convenzionate con MyAssistance nel caso di attivazione della forma diretta;
- attivare la forma diretta con MyAssistance, come previsto alla successiva lettera b) Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti medici convenzionati con MyAssistance con pagamento in forma diretta;
- richiedere un rimborso delle spese mediche o l'erogazione dell'indennità sostitutiva da *Ricovero*, della *diaria da Ricovero* e della *diaria da Convalescenza*, come previsto alla successiva lettera c) Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti medici non convenzionati con MyAssistance o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta;
- consultare le pratiche e il relativo stato;
- visualizzare o scaricare la card che consente di accedere alle tariffe convenzionate con MyAssistance, sia per prestazioni indennizzabili che per prestazioni non indennizzabili;
- contattare la centrale operativa di MyAssistance attiva nei giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle 08,30 alle 18,00, al numero 02303500037 oppure inviare mail all'indirizzo retail.zurich@myassistance.it. La centrale operativa di MyAssistance è inoltre disponibile 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*.

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 (secondo l'articolo 1915 del Codice Civile).

b) Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti medici convenzionati con MyAssistance con pagamento in forma diretta

Nel caso in cui l'*Assicurato* intenda usufruire del pagamento diretto da parte della *Compagnia* per le garanzie:

- Spese Sanitarie, ai punti 2.1.1 e 2.1.2
- Alta Diagnostica, ai punti 2.2.1e 2.2.2

- *Visite specialistiche*, ai punti 2.3.1 e 2.3.2

deve avvalersi di strutture o professionisti medici convenzionati facenti parte del Network di MyAssistancee presenti su tutto il Territorio Italiano.

Le strutture convenzionate con MyAssistance sono disponibili ai seguenti link:

- a) sul sito internet di MyAssistance <http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html>;
- b) sul sito internet della *Compagnia* www.zurich.it.

Per attivare la forma diretta, l'Assicurato deve chiedere, con un preavviso di almeno 2 (due) giorni lavorativi, un'autorizzazione a MyAssistance per il pagamento diretto da parte della Compagnia. L'Assicurato deve specificare la prestazione medica di cui vuole usufruire e fornire la documentazione medica sulla natura della patologia che rende necessaria la prestazione. La preventiva attivazione attraverso MyAssistance è condizione essenziale per l'operatività della procedura di pagamento diretto da parte della Compagnia.

Il preavviso non è necessario per i soli casi di urgenza medica certificata. I casi di urgenza medica devono essere comunicati nel più breve tempo possibile alla centrale operativa di MyAssistance e la relativa documentazione medica sulla natura della patologia può essere fornita anche tramite la struttura convenzionata che eroga la prestazione.

La richiesta di attivazione della forma diretta può essere effettuata tramite il proprio *Intermediario assicurativo* oppure tramite app Zurich One, così come indicato al precedente punto a) Modalità di denuncia del *Sinistro*.

Nell'ambito di un *Ricovero* attivato in forma diretta presso una struttura convenzionata, MyAssistance, gestisce anche i rimborsi relativi a eventuali spese per prestazioni erogate da professionisti medici e/o equipe non convenzionati e il cui costo è stato anticipato dall'Assicurato.

La Centrale Operativa di MyAssistance provvede a:

- a. esaminare la posizione amministrativa e la documentazione clinica per la verifica del diritto alla prestazione;
- b. sospendere la presa in carico richiedendo la necessaria documentazione integrativa nel caso di dubbi sul diritto alla prestazione;
- c. autorizzare o negare la presa in carico in forma diretta;
- d. erogare il servizio di prenotazione delle prestazioni mediche.

Qualora l'Assicurato si avvalga di:

- a) *Istituti di cura* e/o professionisti convenzionati con MyAssistance ma senza attivare la procedura di forma diretta precedentemente descritta, l'Assicurato può comunque accedere alle tariffe convenzionate mostrando la card MyAssistance. **L'Assicurato deve richiedere il rimborso delle spese secondo le modalità descritte alla successiva lettera c. "Utilizzo di Istituti di cura e/o professionisti medici NON convenzionati con MyAssistance o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta";**
- b) *Istituti di cura* convenzionati con MyAssistance per prestazioni erogate da professionisti medici non convenzionati con MyAssistance, l'Assicurato non può attivare la forma diretta e **deve richiedere il rimborso delle spese relative alla prestazione secondo le modalità descritte alla successiva lettera c. "Utilizzo di Istituti di cura e/o professionisti NON convenzionati con MyAssistance o convenzionati, ma con pagamento in forma indiretta."**

Al fine dell'erogazione delle seguenti coperture:

- a) indennità sostitutiva per *Ricovero* prevista al punto 2.1.2 lettera g)
- b) diaria da *Convalescenza* prevista ai punti 2.1.2 lettera k) e punto 2.6.2 lettera d)
- c) Diaria da *Ricovero* prevista al punto 2.6.1.

l'Assicurato, al termine delle cure, deve effettuare una esplicita richiesta tramite il proprio Intermediario assicurativo oppure tramite app Zurich One, così come indicato al precedente punto a) Modalità di denuncia del Sinistro.

- c) Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti NON convenzionati con MyAssistance o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta

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, 2.2.1e 2.2.2 per la garanzia Alta Diagnostica, 2.3.1 e 2.3.2 per la garanzia *Visite specialistiche*;
- erogazione, qualora indennizzabile, dell'indennità sostitutiva per *Ricovero* prevista al punto 2.1.2 lettera g), della diaria da *Convalescenza* prevista ai punti 2.1.2 lettera k) e punto 2.6.2 lettera d) e della Diaria da *Ricovero* prevista al punto 2.6.1 nei casi di seguito elencati:
- prestazione erogata da *Istituti di cura* e/o professionisti non convenzionati con MyAssistance;
- prestazione erogata da *Istituti di cura* e/o professionisti convenzionati con MyAssistance senza richiesta del pagamento diretto così come indicato alla lettera b. "Utilizzo di *Istituti di cura* e/o professionisti convenzionati MyAssistance con pagamento in forma diretta";
- 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 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, o comunque appena ne abbiano la possibilità.

La denuncia di Sinistro deve essere fatta tramite il proprio Intermediario assicurativo oppure tramite app Zurich One, così come indicato al precedente punto a) Modalità di denuncia di Sinistro e deve essere accompagnata dalla seguente documentazione medica e di spesa, intestata all'Assicurato:

- copie di fatture in caso di esami, *Visite specialistiche* ed accertamenti diagnostici previsti dalle garanzie "Spese sanitarie". "*Visite specialistiche*" e "Alta Diagnostica";
- copie di cartella clinica completa e Scheda di Dimissione Ospedaliera (O.S.D.) in caso di *Ricovero*, *Day Surgery*;
- copia di fattura per *Ricovero*, *Day Surgery* e *Intervento chirurgico ambulatoriale*;
- copia del 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';

- copie degli 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*;
- copia del 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*;
- copia della fattura per l'acquisto o noleggio della parrucca a seguito di terapie chemioterapiche nei casi previsti all'articolo 2.1 e 2.1.2 lettera h) della garanzia Spese sanitarie;
- copia delle fatture per le sedute di psicoterapia e psicoanalisi a seguito di *Malattia* oncologica nei casi previsti all'articolo 2.1 e 2.1.2 lettera h) della garanzia Spese sanitarie;
- copia delle fatture o ricevute per l'acquisto o noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, busti, tutori, materasso antidecubito e di apparecchiature fisioterapiche se prescritti dal medico curante o dal medico specialista, nei casi previsti all'articolo 2.1 e 2.1.2 lettera d) della garanzia Spese sanitarie;

La Compagnia si riserva di chiedere ulteriore documentazione con adeguata motivazione.

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

- essere accompagnate da prescrizione 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.*

Al fine dell'erogazione dell'indennità giornaliera, della diaria da *Ricovero* e della *Diaria da Convalescenza*, la denuncia del *Sinistro*, effettuata al termine delle cure, deve prevedere anche 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 *Fratture ossee*, copia della documentazione sanitaria (come, ad esempio, la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico o del pronto soccorso).

La Compagnia si riserva di chiedere ulteriore documentazione con adeguata motivazione.

2.14 Denuncia del *Sinistro* per la garanzia Cure Dentarie

Per attivare le prestazioni in copertura relative all'ablazione del tartaro e all'applicazione topica di fluoro previste all' articolo 2.41 Oggetto dell'*Assicurazione* punti 1 e 2, l'*Assicurato* deve contattare la Centrale Operativa di MyAssistance che prenoterà direttamente la prestazione presso una delle strutture sanitarie convenzionate tramite una delle seguenti modalità:

- telefonicamente al numero 02303500037 attivo nei giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle 08,30 alle 18,00
- oppure inviare mail all'indirizzo retail.zurich@myassistance.it

Le strutture sanitarie convenzionate con MyAssistance sono reperibili sul sito <http://www.myassistance.it/networks/network-medicale/elenco-strutture.html>.

Per attivare le prestazioni in copertura relative alle *Visite specialistiche* odontoiatriche, agli accertamenti diagnostici odontoiatrici e all'applicazione di protesi dentarie previste all'articolo 2.4.1 Oggetto dell'*Assicurazione* punto 3, l'*Assicurato* può avvalersi di strutture e/o professionisti medici convenzionati o non convenzionati con MyAssistance secondo le modalità descritte al punto 2.13 Denuncia del *Sinistro*, lettere a), b) e c).

La denuncia di *Sinistro* deve essere fatta tramite il proprio *Intermediario assicurativo* oppure tramite app Zurich One, così come indicato al precedente punto a) Modalità di denuncia di *Sinistro* e accompagnata dalla documentazione medica e di spesa, attestante la *Diagnosi* della Patologia o l'*Infortunio*, intestata all'*Assicurato*.

2.15 Denuncia del *Sinistro* per la garanzia Esami di routine

Per poter effettuare gli esami di routine, l'*Assicurato* deve contattare la Centrale Operativa di MyAssistance che prenoterà direttamente la prestazione presso una delle strutture sanitarie convenzionate.

Per prenotare gli esami di routine attraverso MyAssistance, l'*Assicurato* può utilizzare una delle seguenti modalità:

1. telefonicamente al numero 02303500037 attivo nei giorni feriali dal lunedì al venerdì, dalle 08,30 alle 18,00
2. oppure inviare mail all'indirizzo retail.zurich@myassistance.it
3. oppure consultare il sito www.myassistance.it nella sezione dedicata alle strutture odontoiatriche convenzionate o nella sezione dedicata alle strutture sanitarie convenzionate, in base al tipo di prestazione.

Per prenotare e conoscere le strutture convenzionate e specializzate in Esami di routine è necessario invece contattare MyAssistance con le modalità previste ai punti 1. 2. e 3.

2.16 Termini di prescrizione

Ogni diritto derivante dal contratto di *Assicurazione* si prescrive in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato l'*Evento* su cui si fonda il diritto (articolo 2952 del Codice Civile).



Come è gestito il *Sinistro*?

2.17 Scoperto

2.17.1 Garanzia Spese sanitarie

Fermi i *Massimali* previsti dalla garanzia o dalla singola prestazione, in caso di *Sinistro* la *Compagnia* rimborsa le spese sostenute

ed effettivamente documentate con deduzione per singolo *Sinistro* della percentuale di *Scoperto* (con l'applicazione del relativo importo minimo e massimo) se indicata in *Polizza*, applicata sull'ammontare delle spese sanitarie solo se l'*Assicurato* si rivolge ad un *Istituto di cura* e/o professionisti medici non convenzionati con MyAssistance o convenzionati ma senza ricorrere alla forma diretta. Tuttavia, nel caso in cui l'*Istituto di cura* sia convenzionato con MyAssistance 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:

- se l'*Assicurato* richiede l'attivazione delle prestazioni in copertura attraverso *Istituto di cura* e /o professionisti medici convenzionati con MyAssistance, ricorrendo alla forma diretta con le modalità di attivazione della convenzione di cui alla lettera b. "Utilizzo di *Istituti di cura* o professionisti convenzionati con MyAssistance con pagamento in forma diretta" del punto del punto 2.13;
- 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 giorni stabiliti in *Polizza* e relativi al pre e post *Ricovero* o del *Day Surgery* o dell'*Intervento chirurgico ambulatoriale* se eseguiti tramite S.S.N (Servizio Sanitario Nazionale) e indipendentemente dal tipo di *Istituto di cura* e professionista medico utilizzato.

Lo *Scoperto*, a carico dell'*Assicurato*, si applica solo se espressamente richiamato in *Polizza*.

Per facilitare la comprensione dei meccanismi di applicazione di *Scoperti*, si riportano di seguito degli esempi.

Esempio 1: 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 minimo di 2.500 euro e il massimo di 5.000,00 euro	2.500,00 euro
<i>Indennizzo</i> :	7.500,00 euro

Esempio 2: 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:	28.000,00 euro
<i>Scoperto</i> : 20% con il minimo di 2.500 euro e il massimo di 5.000,00 euro	5.000,00 euro
<i>Indennizzo</i> :	23.000,00 euro

Esempio 3: 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 minimo di 2500 euro e il massimo di 5.000,00 euro	5.000,00 euro
<i>Indennizzo = Massimale</i> :	100.000,00 euro

2.17.2 Garanzia Alta Diagnostica e *Visite specialistiche*

In caso di *Sinistro*, fermo il *Massimale* previsto dalla garanzia, il rimborso viene effettuato applicando uno *Scoperto*, a carico dell'*Assicurato*, del 30% sull'ammontare delle spese sostenute, con il minimo di *Scoperto* di 50 euro per ciascun *Sinistro* solo se l'*Assicurato* si rivolge ad un *Istituto di cura* e/o professionisti medici non convenzionati con MyAssistance o convenzionati ma senza ricorrere alla forma diretta per accertamenti relativi ad una stessa patologia. Tuttavia, nel caso in cui l'*Istituto di cura* sia convenzionato con MyAssistance ma il professionista medico che effettua l'*Intervento chirurgico* non sia convenzionato, lo *Scoperto* si applica solo all'ammontare delle spese sostenute per il professionista medico, richieste tramite l'attivazione della forma indiretta.

Lo *Scoperto* e il minimo non si applicano:

- se l'*Assicurato* richiede l'attivazione delle prestazioni in copertura attraverso *Istituto di cura* o professionisti medici convenzionati con MyAssistance, ricorrendo alla forma diretta con le modalità di attivazione previste alla lettera b. Utilizzo di *Istituti di cura* o professionisti convenzionati con MyAssistance con pagamento in forma diretta" del punto 2.13;
- ai ticket per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale indipendentemente dal tipo di *Istituto di cura* e professionista medico utilizzato.

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

2.17.3 Garanzia Cure dentarie

- 1) In riferimento alle *Visite specialistiche* odontoiatriche, agli accertamenti diagnostici odontoiatrici e all'applicazione di protesi dentarie previste all'articolo 2.4.1 Oggetto dell'*Assicurazione* punto 3.

In caso di *Sinistro*, fermo il *Massimale* previsto in *Polizza*, il rimborso viene effettuato applicando uno *Scoperto*, a carico dell'*Assicurato*, del 30% sull'ammontare delle spese sostenute, con il minimo di 50 euro per ciascun *Sinistro* solo se l'*Assicurato* si rivolge ad un *Istituto di cura* e/o professionisti medici non convenzionati con MyAssistance o convenzionati ma senza ricorrere alla forma diretta per accertamenti relativi ad una stessa patologia. Tuttavia, nel caso in cui l'*Istituto di cura* sia convenzionato con MyAssistance ma il professionista medico che effettua l'*Intervento chirurgico* non sia convenzionato, lo *Scoperto* si applica solo all'ammontare delle spese sostenute per il professionista medico, richieste tramite l'attivazione della forma indiretta.

Lo Scoperto e il minimo non si applicano:

- se l'Assicurato richiede l'attivazione delle prestazioni in copertura attraverso *Istituto di cura e /o professionisti medici convenzionati con MyAssistance*, ricorrendo alla forma diretta con le modalità di attivazione previste alla lettera b. Utilizzo di *Istituti di cura* o professionisti convenzionati con MyAssistance con pagamento in forma diretta” del punto 2.13;
- ai ticket per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale indipendentemente dal tipo di *Istituto di cura* e professionista medico utilizzato.

2) in riferimento alle sedute di ablazione del tartaro e di applicazione topica di fluoro previste all'articolo 2.4.1 Oggetto dell'Assicurazione punti 1 e 2.

In caso di *Sinistro*, fermo il *Massimale* previsto in *Polizza*, la garanzia è *attivabile solo con pagamento in forma diretta nei centri odontoiatrici convenzionati con MyAssistance*, senza applicazione di *Scoperto* e minimo, con le modalità di attivazione previste alla lettera b. “Utilizzo di *Istituti di cura* o professionisti convenzionati con MyAssistance con pagamento in forma diretta” del punto 2.13 Denuncia del *Sinistro* punti a), b) e c).

2.18 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 30 (trenta) 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 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.

se la *Compagnia* ritiene necessario incaricare dei consulenti (ad esempio, periti, accertatori) il termine per formulare una proposta di *Indennizzo* o respingere la richiesta di *Indennizzo* è di 30 giorni dal ricevimento della perizia.

2.19 Pagamento dell'*Indennizzo*

Forma diretta

La *Compagnia* tiene a proprio carico le spese indennizzabili secondo le condizioni della convenzione stipulata da MyAssistance con gli *Istituti di cura*, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

La *Compagnia* non si fa carico delle prestazioni non pertinenti rispetto alla *Diagnosi* indicata da certificato medico e comunicata a MyAssistance all'atto della richiesta di autorizzazione, delle prestazioni e delle spese non rientranti fra quelle oggetto della convenzione stipulata da MyAssistance con gli *Istituti di cura*, i professionisti e i centri clinici convenzionati e di tutte le prestazioni sanitarie non autorizzate da MyAssistance.

Tali prestazioni, solo se oggetto di copertura assicurativa e ritenute indennizzabili, sono rimborsate nelle modalità previste al successivo paragrafo “Forma indiretta”.

L'erogazione della diaria da *Ricovero* e della Diaria da *Convalescenza* viene effettuata entro 15 giorni dalla richiesta dell'Assicurato da MyAssistance, salva la possibilità per quest'ultima di chiedere specifici documenti mancanti come prevede l'articolo 2.13 “Tempi di gestione del *Sinistro*”.

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* oppure la sussistenza di condizioni 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 della raccomandata. 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, l'erogazione dell'indennità sostitutiva da *Ricovero* giornaliera e della diaria da *Ricovero* o della Diaria da *Convalescenza*, viene effettuato entro 15 giorni dalla richiesta dell'Assicurato da MyAssistance salva la possibilità per quest'ultima di chiedere ulteriori specifici documenti mancanti come prevede l'articolo 2.13 “Tempi di gestione del *Sinistro*”.

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.

Ai fini della denuncia l'Assicurato può fornire la documentazione medica e fiscale (come ad esempio parcella, onorari, fatture, cartelle cliniche) in fotocopia o scannerizzata. La *Compagnia* si riserva la facoltà (sia per il pagamento in forma diretta sia indiretta) di richiedere la documentazione in originale per eventuali approfondimenti che dovrà essere consegnata all'*Intermediario assicurativo*. Gli originali verranno restituiti all'Assicurato tramite l'*Intermediario assicurativo*.

2.20 Procedura per la valutazione del danno

Le conseguenze invalidanti del *Sinistro* sono concordate con le seguenti modalità:

a) direttamente dalla *Compagnia* o persona da questa incaricata, con l'Assicurato o persona da lui designata;

oppure

b) su richiesta di una delle Parti, tra due Medici nominati rispettivamente uno dalla *Compagnia* e uno dall'Assicurato, con apposito atto unico.

Ciascun Medico ha facoltà di farsi assistere e affiancare da altri Medici specialisti, che potranno intervenire nelle operazioni peritali senza avere alcun potere decisionale.

In caso di inattività di una delle Parti quella più diligente, decorsi 20 giorni dalla comunicazione di richiesta di nomina, farà istanza al Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici per la nomina del Medico di parte.

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

In caso di disaccordo sulle conseguenze invalidanti del Sinistro o su richiesta di uno dei Medici:

1. entro 30 giorni dalla relativa verbalizzazione i due Medici devono nominarne un terzo scelto tra una terna di nominativi proponibile da entrambe le parti;
2. qualora non ci sia accordo verbalizzato su alcuno dei nominativi proposti, la parte più diligente proporrà, entro 30 giorni dalla data di detto verbale altri nominativi;
3. se il mancato accordo permane, viene verbalizzato e, entro 20 giorni, la parte più diligente chiederà al Consiglio dell'Ordine dei Medici, avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici, con apposita istanza, la nomina del terzo Medico.

Le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza dal Collegio dei Medici.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Medico ed eventuali specialisti incaricati, oltre che il 50% delle spese del terzo Medico.

2.21 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.

2.22 Interruzione Servizio MyAssistance

La *Compagnia*, per la gestione e la liquidazione dei *Sinistri*, si avvale di MyAssistance 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 MyAssistance 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:

- **15 giorni** dalla suddetta scadenza in caso di sostituzione della convenzione;
- **45 giorni** dalla suddetta scadenza in caso di cessazione della convenzione.

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* ha 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:

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

il **Familiare**: è qualsiasi persona convivente con l'*Assicurato* risultante da regolare certificato di stato di famiglia dell'*Assicurato*.

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

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

la **Struttura Organizzativa**: è 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*.

il **Viaggio**: è 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 a seconda della forma di copertura scelta dal *Contraente*; nello specifico:

- **Forma Base**, comprende le Prestazioni indicate agli articoli 3.2 e 3.3;
- **Forma Plus**, comprende le Prestazioni indicate agli articoli 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5;
- **Forma Top**, comprende le Prestazioni indicate agli articoli 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 e 3.6.

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 dettagliate.

1) Assistenza medica telefonica generica

Se l'*Assicurato* o il suo Familiare necessita di consigli e suggerimenti sulle migliori misure d'urgenza da adottare in relazione al proprio stato di salute, può 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.

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 può 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* tiene a proprio carico il costo della Prestazione senza limiti di *Sinistri per Periodo assicurativo* e Prestazioni per ciascun *Sinistro*.

2) Assistenza pediatrica telefonica generica

Se l'*Assicurato* o il suo Familiare necessita 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, può 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.

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 può 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 tiene a proprio carico il costo della Prestazione senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo e Prestazioni per ciascun Sinistro.

3) Video consulto medico

Se l'Assicurato o il suo Familiare necessita di informazioni e consigli sui primi provvedimenti d'urgenza da adottare sulla base di una valutazione dello stato di salute constatabile attraverso video consulto, può 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.

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 può 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 tiene a proprio carico il costo della Prestazione senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo e di Prestazioni per Sinistro.

4) Invio di un medico/pediatra a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano.

Se, a seguito della prestazione Assistenza medica/pediatrica telefonica generica, i medici della Struttura organizzativa valutano necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa invierà un medico generico o un pediatra convenzionato sul posto sostenendone i relativi costi.

La Compagnia tiene a proprio carico il costo della Prestazione con il limite di 3 (tre) Sinistri per Periodo assicurativo e 1 (una) Prestazione per Sinistro.

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

5) Trasporto presso un Centro medico

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano.

Se, a seguito della prestazione Assistenza medica/pediatrica telefonica generica, i medici della Struttura organizzativa valutano necessario il trasferimento dell'Assicurato presso il Centro medico attrezzato più vicino al suo domicilio, la Struttura Organizzativa predisporrà l'organizzazione e l'invio del mezzo di trasporto più idoneo (autoambulanza, noleggio con conducente ecc).

La Compagnia tiene a proprio carico il relativo costo fino al raggiungimento 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.

In caso di emergenza la Struttura Organizzativa non può in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

3.3 Cure e protezione

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.

6) Prescrizione medica

La Prestazione è attiva solo nel Territorio italiano.

Se a seguito di un consulto, i medici della Struttura Organizzativa valutano necessaria l'assunzione di un farmaco, la Struttura Organizzativa provvede a trasmettere all'Assicurato una ricetta medica "bianca" (non emessa nell'ambito del SSN).

Inoltre, nel caso in cui, a seguito del consulto medico, i medici della Struttura Organizzativa valutino necessario una *Visita specialistica* o un esame diagnostico, la Struttura Organizzativa provvederà a trasmettere all'Assicurato una prescrizione medica su ricetta bianca.

In alternativa, nel caso in cui i medici della Struttura Organizzativa lo valutino necessario, la Struttura Organizzativa invierà un medico presso il domicilio dell'Assicurato o nel luogo dove questi risiede temporaneamente per l'esecuzione di un esame obiettivo. **La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo e di Prestazioni per Sinistro.**

7) Consegna farmaci a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel Territorio Italiano.

Se l'Assicurato non è in grado, così come documentato dalla cartella sanitaria, di occuparsi personalmente del ritiro dei farmaci e necessita, sulla base di specifica indicazione medica scritta, di medicinali e/o di articoli sanitari, può 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 può essere richiesta tutti i giorni 24 ore su 24; Il servizio è 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** tiene 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) **Prestazioni per Sinistro**.

Sono a carico dell'**Assicurato** i costi relativi ai medicinali e/o articoli sanitari.

Per questa prestazione la **Struttura Organizzativa** definirà preventivamente le modalità di erogazione del servizio; a tal fine, la **Prestazione** dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla **Struttura Organizzativa** di disporre il servizio stesso.

8) Care Management

Se l'**Assicurato**, a seguito di terapia medico/farmacologica, necessita di un periodo di **Convalescenza** presso la Residenza o il Domicilio, la **Struttura Organizzativa**, su semplice richiesta telefonica dell'**Assicurato** provvede all'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** tiene a proprio carico il costo della **Prestazione** senza limiti di **Sinistri per Periodo assicurativo** e di **Prestazioni per Sinistro**.

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

9) Consultant service – “conciierge”

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

Se l'**Assicurato** o il suo Familiare necessita 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, fornisce le informazioni richieste.

3.4 Assistenza lontano da casa

Relativamente alle **Prestazioni** di cui ai punti dal 10 al 22 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.

10) Trasferimento in Istituto di cura attrezzato

Se l'**Assicurato** non è 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** provvede 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, Day Hospital, Day Surgery**.

La **Compagnia** tiene a proprio carico i relativi costi con il limite di 1 (uno) **Sinistro per Periodo assicurativo** e (1) una **Prestazione per Sinistro**, entro il limite di € 3.000 in Italia e € 10.000 all'estero.

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.

11) Interprete a disposizione all'estero

La **Prestazione** è attiva solo al di fuori del **Territorio Italiano**.

Se l'**Assicurato** necessita dell'intervento di un interprete per poter comunicare con i medici che lo hanno in cura, la **Struttura Organizzativa** provvede ad inviarlo presso l'**Istituto di cura** all'estero.

La **Compagnia** tiene a proprio carico il costo della **Prestazione** senza limiti per **Periodo assicurativo**.

12) Rientro salma

Se si verifica il decesso dell'**Assicurato**, la **Struttura Organizzativa** predispone ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

La **Compagnia** tiene a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 2.000,00 euro per **Sinistro in Italia**, e fino ad un massimo di 4.000,00 euro per **Sinistro** all'estero.

Se il trasporto comporta 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.

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

13) Prolungamento del soggiorno

Se 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, con il limite di € 1.000 per **Sinistro** ed anno assicurativo.

14) 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.**

15) Spese d'albergo

Se l'Assicurato si trova in Viaggio, accompagnato da Familiari, la Struttura Organizzativa provvede 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 a € 80,00 al giorno per persona e con un massimo di € 1.000,00 per Sinistro.

16) Rientro dei Familiari

Se l'Assicurato si trova in Viaggio accompagnato da Familiari, viene 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 Struttura Organizzativa può richiedere gli eventuali biglietti di Viaggio non utilizzati per il rientro. La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.**

17) Viaggio di un Familiare

Se l'Assicurato necessita 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 il costo della Prestazione senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.

18) Soggiorno di un Familiare

A seguito dell'erogazione della Prestazione "Viaggio di un Familiare", se 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, fino a € 80,00 al giorno con un limite di € 1.000,00 per Sinistro.

19) Ricongiungimento

Se un Familiare, residente con l'Assicurato **come da certificato di stato di famiglia**, trovandosi in Viaggio, necessita 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. **La Compagnia terrà a proprio carico il relativo costo. Il Ricongiungimento potrà essere richiesto nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura dell'Assicurato.**

20) Accompagnamento di minori

Se l'Assicurato in Viaggio, accompagnato da minori di 15 anni, si trova 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 della Prestazione, comprensivo del biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) del minore senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.

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

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

Se l'Assicurato si trova in Viaggio e, dopo le dimissioni dall'Istituto di cura, si trova 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, (l'eventuale eccedenza resterà a carico dell'Assicurato), senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.

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

22) Rientro del convalescente

Se l'Assicurato, a seguito delle dimissioni dall'Istituto di cura, necessita 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, senza limiti di Sinistri per Periodo assicurativo.

23) Anticipo spese di prima necessità

Se l'Assicurato deve sostenere delle spese impreviste e non è 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 deve 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.

3.5 Assistenza durante e post Ricovero, Day Hospital, Day Surgery

Le Prestazioni elencate dal punto 24 al punto 34 sono fornite a seguito di *Infortunio* o *Malattia* che comporti un *Day Hospital*, *Day Surgery*, *Ricovero*. Le Prestazioni possono essere richieste nei 90 giorni post *Ricovero*, *Day Hospital*, *Day Surgery*.

La Compagnia terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza di un *Massimale* unico a consumo di € 2.500,00 per Assicurato e per Sinistro, fino a un massimo di 3 (tre) Sinistri per Assicurato ed *Periodo assicurativo*.

Relativamente alle Prestazioni di cui ai punti dal 24 al 33 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.

24) Diagnostica a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel *Territorio Italiano*.

Se l'Assicurato necessita di eseguire prelievi del sangue, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvede a:

- organizzare il servizio di prelievo dei campioni, previa verifica che gli stessi siano effettuabili presso il Domicilio la Residenza dell'Assicurato;
- consegnare il campione presso il laboratorio di analisi;
- trasmettere, successivamente, il referto delle analisi all'Assicurato.

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

Restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami.

25) Ecografie a domicilio

La Prestazione è attiva solo nel *Territorio Italiano*.

Se l'Assicurato necessita di eseguire ecografie, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvede a:

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

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

Restano a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

26) Invio di un operatore per assistenza sanitaria al domicilio

La Prestazione è attiva solo nel *Territorio Italiano*.

Se l'Assicurato necessita di essere assistito da operatore sanitario, la Struttura Organizzativa provvede al suo reperimento e lo invierà presso il suo Domicilio o la Residenza dell'Assicurato.

27) Invio di un operatore per assistenza sanitaria presso la Struttura Ospedaliera

La Prestazione è attiva solo nel *Territorio italiano*.

Se l'Assicurato necessita, durante il *Ricovero*, il *Day Hospital* o il *Day Surgery*, di essere assistito da operatore sanitario, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Struttura Ospedaliera.

28) Invio di un fisioterapista

La Prestazione è attiva solo nel *Territorio Italiano*.

Se l'Assicurato necessita di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza.

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.

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

Se le Prestazioni:

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

non possono 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 tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

30) Invio di un infermiere

La Prestazione è attiva solo nel *Territorio italiano*.

Se l'Assicurato necessita di un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento e lo invierà presso la Residenza.

L'invio di un infermiere potrà essere richiesto tutti i giorni 24 ore su 24; il servizio verrà fornito dalle ore 9:00 alle 18:00.

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

Se l'Assicurato necessita, durante il *Ricovero*, il *Day Hospital* o il *Day Surgery* 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.

32) Autista a disposizione per vita quotidiana

Se l'*Assicurato*, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'*Istituto di cura*, si trova 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.

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

33) Video consulto per secondo parere medico rispetto a terapia in corso

Se l'*Assicurato* desidera un secondo parere medico sulle terapie proposte, 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, approfondimenti rispetto ad un'opinione medica precedentemente ricevuta.

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

3.6 Doppia protezione

Le Prestazioni elencate dal punto 35 al punto 42 sono fornite a seguito di *Infortunio* o *Malattia*.

Relativamente alle Prestazioni di cui ai punti dal 36 al 42 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.

34) Video consulto medico specialistico

Se, a seguito della prestazione Assistenza medica telefonica/pediatrica, i medici della Struttura organizzativa valutano necessaria l'esecuzione di un videoconsulto specialistico, verrà organizzato un collegamento video tramite piattaforma web diretto tra l'*Assicurato* o il suo Familiare e il medico specialista per una prima consulenza medica.

La *Compagnia* terrà a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di 5 videoconsulti per *Periodo assicurativo*.

35) Secondo Parere Medico

Se l'*Assicurato* nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'*Istituto di cura* desidera 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*, per un numero illimitato di *Sinistri*, entro il limite di 1 (una) Prestazione per *Sinistro*.

36) Primo colloquio di consulenza psicologica

Se l'*Assicurato* nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'*Istituto di cura* necessita 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, per un numero illimitato di *Sinistri*, entro il limite di 1 (una) Prestazione per *Sinistro*.

37) Traduzione della cartella clinica

Se 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 senza limiti di *Sinistri* per *Periodo assicurativo*.

38) Fornitura di ausili sanitari o ortopedici in Italia

Se l'*Assicurato* al momento della dimissione dall'*Istituto di cura* richiede, 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.

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

Per le Prestazioni elencate dal punto 39 al punto 42 la Compagnia terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza di un Massimale unico a consumo di € 2.500,00 per Assicurato e per Sinistro, fino a un massimo di 3 (tre) Sinistri per Assicurato ed Periodo assicurativo.

39) Invio Taxi

A seguito dell'attivazione della prestazione Persona amica, se la persona indicata dall'Assicurato, che si trova, anche temporaneamente, presso la Residenza dell'Assicurato dopo le sue dimissioni dall'Istituto di cura, ha manifesta necessità di effettuare degli spostamenti, la Struttura Organizzativa dispone il servizio di taxi.

40) Invio collaboratore/trice familiare

Se l'Assicurato, nei 90 (novanta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, è impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa invia un collaboratore/trice familiare presso la Residenza, compatibilmente con le disponibilità locali.

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

41) 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 e gatto), la Struttura Organizzativa effettuerà la ricerca di un pet sitter e lo invierà alla Residenza dell'Assicurato.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo della Prestazione per 5 giorni per un'ora al giorno.

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

Se l'Assicurato, nei 30 (trenta) giorni successivi alle dimissioni dall'Istituto di cura, si trova nell'impossibilità di accudire il proprio animale (cane e gatto), la Struttura Organizzativa predisporrà il trasporto dell'animale (cane e gatto), presso un parente che possa custodirli e prendersi cura dell'animale stesso.

La Compagnia terrà a proprio carico il costo per la percorrenza del tragitto tra il luogo in cui si trovi l'animale e la destinazione prescelta per un massimo di Km 50, con il limite di 1 (una) Prestazione per Sinistro.

3.7 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 minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni

Se il Contraente ne fa richiesta, la garanzia è operante gratuitamente per i figli e i minori in affidamento preadottivo **fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età**. Tale estensione è prestata a condizione che:

- i bambini di età inferiore ad otto anni sono espressamente indicati in Polizza tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti 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 gratuita è prevista anche in presenza di **Nucleo familiare** composto da un solo genitore espressamente indicato in Polizza e risultante dallo stato di famiglia;
- tutte le persone assicurate hanno acquistato la garanzia oggetto di estensione gratuita (ad esempio, per poter estendere gratuitamente la garanzia "Assistenza" ai bambini con età inferiore ad otto anni, anche eventuali altri fratelli o sorelle già indicati in Polizza devono aver acquistato la medesima garanzia).

L'estensione è prestata per la forma di garanzia con Premio inferiore prevista per le persone assicurate.

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

3.8 Disciplina delle Prestazioni valide per tutte le forme contrattuali

La garanzia è prestata nelle seguenti modalità:

- a) **In caso di permanenza continuativa dell'Assicurato al di fuori del Territorio Italiano per un periodo superiore a 90 giorni, la copertura è sospesa.**
- b) **La garanzia, se non specificato diversamente, è prestata non più di una volta per tipo di Prestazione per singolo Sinistro, per un massimo di 3 (tre) Sinistri per tipo di prestazione per Periodo assicurativo.**
- c) **Restano a carico dell'Assicurato eventuali eccedenze rispetto al Massimale indicato all'interno di ciascuna Prestazione.**
- d) **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.**
- e) **La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.**
- f) **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.**
- g) **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.**
- h) **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.**
- i) **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?

3.9 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?

3.10 Esclusioni

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

- a) *Infortunati* 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) *Infortunati* 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) *Infortunati 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) *Infortunati 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) *Infortunati* 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 trovassero 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 30 (trenta) 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.



Cosa fare in caso di Sinistro?

3.11 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)**
- **tramite WhatsApp al numero: +393206018728**

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..

Ai fini della conclusione dell'assistenza, la Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato, indicandogliene le modalità, ulteriori informazioni e/o documentazione utili a provare il *Sinistro*.

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.

Sezione 4

Tutela Legale

Premessa

La *Compagnia* ha scelto di affidare la gestione dei *Sinistri* di Tutela legale ad una *Compagnia* specializzata, così come previsto dalla normativa introdotta dal D. Lgs. N° 209 del 7 Settembre 2005 – Titolo XI, Capo II, Art.163 e Art 164.

La gestione è affidata a:

D.A.S.

Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in Via Enrico Fermi 9/b – 37135 Verona

Tel. (045) 8378901 - Fax (045) 8351023, sito internet: www.das.it,

in seguito detta D.A.S..

A D.A.S., in via preferenziale, dovranno pertanto essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa ai *Sinistri*.

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



Che cosa è assicurato e come?

4.1 Oggetto dell'Assicurazione

La sezione Tutela Legale si compone di due garanzie specifiche: Consulenza legale telefonica e Spese Legali.

Consulenza Legale Telefonica

La garanzia è sempre operante per tutti gli Assicurati indicati in Polizza.

La *Compagnia* offre l'accesso, tramite DAS, a un servizio assicurativo di consulenza legale telefonica erogato da consulenti legali esperti, allo scopo di:

- affrontare in modo corretto controversie di natura legale;
- impostare correttamente comunicazioni rivolte a controparti, come ad esempio richieste di risarcimento o diffide;
- ottenere chiarimenti su leggi, decreti e normative vigenti.

La Consulenza legale telefonica opera nel caso in cui il *Contraente* e l'*Assicurato*, nell'ambito della propria vita privata extraprofessionale siano rimasti vittime di *Infortunio* o *Malattia* indennizzabile secondo quanto disciplinato dalla Sezione 2 - Protezione Salute:

- a) per sostenere controversie nei confronti di ospedali, case di cura o medici per danni subiti dovuti a negligenza o inadeguatezza dell'attività professionale ad esso prestata in qualità di paziente;
- b) per sostenere richieste di risarcimento danni alla persona o a cose di sua proprietà, dovuti a *Fatto illecito* di terzi;
- c) per sostenere controversie di natura contrattuale relative all'acquisto di beni e di servizi, in relazione all'ambito salute;
- d) per difendersi in un procedimento penale correlato all'*Infortunio* indennizzabile a termini di *Polizza*.

Il servizio fornisce inoltre informazioni specifiche in merito alla normativa sulla protezione dei *Dati personali*.

Spese Legali

La garanzia è operante solo se richiamata in Polizza.

La *Compagnia* assicura il rischio dell'assistenza *stragiudiziale* e giudiziale, che si rendono necessarie per la tutela dei diritti dell'*Assicurato* nell'ambito della propria vita privata extraprofessionale nel caso in cui sia rimasto vittima di *Infortunio* o *Malattia* anche se riconducibili ad *Attacchi Cyber* e indennizzabile secondo quanto disciplinato nella Sezione 2 "Protezione Salute".

La garanzia opera nei limiti del Massimale e delle condizioni previsti in Polizza.

1. La garanzia vale esclusivamente se l'*Assicurato*:
 - a) subisce un *Danno extracontrattuale* a causa di *Fatto illecito* di terzi; la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
 - b) deve sostenere vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'*Assicurato* si sia rivolto per le cure in seguito ad *Infortunio* o *Malattia* indennizzabile secondo quanto disciplinato dalla Sezione 2 "Protezione Salute".
2. In relazione a tali *Eventi*, sono comprese le spese:
 - a) per l'intervento di un legale per grado di giudizio incaricato alla gestione del caso assicurativo;
 - b) per l'intervento di un perito d'ufficio (C.T.U.);

- c) per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- d) liquidate a favore di controparte in caso di **Soccombenza con esclusione della quota di spese a carico di altri soggetti coinvolti nella controversia secondo quanto stabilito dal Codice Civile in tema di vincolo di solidarietà**;
- e) conseguenti ad una *Transazione* autorizzata da *DAS*, comprese le spese della controparte, **solo se autorizzate da DAS**;
- f) di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei *Sinistri*;
- g) per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- h) degli arbitri e del legale intervenuti, nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- i) di indennità dell'Organismo di mediazione se la controversia deve essere risolta in mediazione civile, **posta ad esclusivo carico dell'Assicurato con esclusione della quota di spese a carico di altri soggetti coinvolti nella controversia secondo quanto stabilito dal Codice Civile in tema di vincolo di solidarietà**, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo
- j) relative al contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di *Soccombenza*.

4.2 Persone assicurate

In riferimento alla garanzia Consulenza Legale telefonica le persone assicurate sono il *Contraente* e gli *Assicurati* indicati in *Polizza*.
In riferimento alla garanzia Spese Legali le persone assicurate sono gli *Assicurati* indicati in *Polizza*.

La copertura è inoltre estesa gratuitamente alle seguenti persone assicurate:

- a) **Copertura per figli neonati – valida sia per la garanzia Consulenza legale telefonica che per la garanzia Spese legali**
 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.
Decorso il termine dei 180 giorni la garanzia cessa il suo effetto.
- b) **Copertura per figli e minori in affidamento preadottivo di età inferiore ad otto anni - valida per la garanzia Spese legali**
Se il *Contraente* ne fa richiesta, la garanzia è operante gratuitamente per i figli e i minori in affidamento preadottivo fino alla prima scadenza annua successiva al compimento dell'ottavo anno di età.

Tale estensione è prestata **a condizione che:**

- **i bambini di età inferiore ad otto anni siano espressamente indicati in *Polizza* tra le persone assicurate insieme ad entrambi i genitori o affidatari risultanti 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 gratuita è prevista anche in presenza di *Nucleo familiare* composto da un solo genitore espressamente indicato in *Polizza* e risultante dallo stato di famiglia;**
- tutte le persone assicurate abbiano acquistato la garanzia Spese Legali. Ad esempio, per poter estendere gratuitamente la garanzia "Spese legali" ai bambini con età inferiore ad otto anni, **oltre ai genitori anche** eventuali altri fratelli o sorelle già indicati in *Polizza* devono aver acquistato la garanzia 'Spese legali' altrimenti il figlio minore di 8 anni beneficia della sola garanzia Consulenza legale telefonica

L'estensione è prestata fino al minore tra i *Massimali* della garanzia Spese legali previsti per tutte le persone assicurate.

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

4.3 Insorgenza del *Sinistro* – Operatività della garanzia assicurativa

In riferimento alla garanzia Consulenza legale telefonica

Un *Evento* è considerato in garanzia se avviene dalle ore 24 del giorno di decorrenza della *Polizza*. Il *Sinistro* avviene nel momento in cui l'*Assicurato*, la controparte o un terzo inizia a violare norme di legge o di contratto.

Per determinare la data in cui avviene un *Evento*, si considera:

- a) la data del primo *Evento* che ha dato origine al diritto al risarcimento, nei casi di richieste di risarcimento per *Danni Extracontrattuali* subiti;
- b) la data in cui è avvenuta la prima violazione, anche presunta, di una norma di legge o di contratto, da parte dell'*Assicurato* o della controparte o di un terzo, nelle ipotesi di controversie contrattuali.

In riferimento alla garanzia Spese Legali

Un *Evento* è considerato in garanzia se avviene:

- trascorsi **90 giorni dalla data di decorrenza della *Polizza*, a condizione che il *Premio* sia stato corrisposto, in caso di controversie contrattuali;**
- **dalle ore 24 del giorno di decorrenza della *Polizza*, a condizione che il *Premio* sia stato corrisposto**, in tutti gli altri casi per determinare la data in cui avviene un *Evento*, si considera:
 - a) la data del primo *Evento* che ha dato origine al diritto al risarcimento, nei casi di richieste di risarcimento per *Danni Extracontrattuali* subiti;
 - b) la data in cui è avvenuta la prima violazione, anche presunta, di una norma di legge o di contratto, da parte dell'*Assicurato* o della controparte o di un terzo, nelle ipotesi di controversie contrattuali.

La garanzia si estende agli *Eventi* manifestatisi entro 2 (due) anni dalla cessazione del contratto, se avvenuti nel *Periodo assicurativo*.

Se l'*Evento* si protrae attraverso più violazioni successive della stessa natura, la *Compagnia* prenderà in considerazione la data in cui si è verificata la prima violazione, anche presunta.



Dove vale la copertura?

4.4 Validità territoriale

In riferimento alla garanzia **Consulenza legale telefonica** la consulenza è valida solo in relazione a leggi e normative italiane.

In riferimento alla garanzia **Spese Legali** le garanzie riguardano i *Sinistri* che insorgono e devono essere processualmente trattati ed eseguiti in Unione Europea, Gran Bretagna, Svizzera, Principato di Monaco, Liechtenstein.



Che cosa non è assicurato?

4.5 Esclusioni

In riferimento alla garanzia **Spese Legali** la copertura non vale per:

- a) danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- b) fatti conseguenti a *Eventi* bellici, atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate;
- c) materia fiscale e tributaria e materia amministrativa;
- d) controversie e procedimenti relativi a veicoli, mezzi nautici e mezzi aerei in genere;
- e) per fatti dolosi dell'*Assicurato*;
- f) procedimenti penali;
- g) controversie di *Diritto civile* di natura contrattuale, salvo quanto previsto dalla garanzia **Spese legali** articolo 4.1 Oggetto dell'*Assicurazione* – Spese Legali, punto 1. lett. b);
- h) controversie di lavoro;
- i) controversie e/o procedimenti derivanti da *Infortunio* o *Malattia* non indennizzabili secondo quanto disciplinato dalla **Sezione 2** "Protezione Salute";
- j) controversie nei confronti di Enti e/o *Assicurazioni* previdenziali e assistenziali.

4.6 Spese non sostenute o rimborsate

In riferimento alla consulenza legale telefonica la *Compagnia* non assume a proprio carico alcun tipo di spesa per l'assistenza legale stragiudiziale o giudiziale dell'*Assicurato*.

In riferimento alla garanzia **Spese Legali** la *Compagnia* non si farà carico delle seguenti spese:

- a) spese, anche preventivate, non concordate con DAS, secondo le regole previste ai successivi punti 4.8 Diritto alle prestazioni e 4.9 Fasi di gestione del *Sinistro* e scelta del legale;
- b) spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'*Assicurato* a professionisti diversi da quelli autorizzati da DAS;
- c) spese del legale per attività che non siano state effettivamente svolte e dettagliate in parcella;
- d) spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che, per l'esecuzione dell'incarico ricevuto, debba trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale;
- e) onorari per l'intervento di ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio. Se l'*Assicurato* sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia, la *Compagnia* sostiene o rimborsa gli onorari di un legale domiciliatario fino a un massimo di 3.000,00 euro per *Sinistro* e per anno, escludendo ogni duplicazione di onorari;
- f) spese dovute da altri soggetti debitori e poste a carico dell'*Assicurato* secondo il principio di solidarietà (art. 1292 codice civile);
- g) spese rimborsate dalla controparte. Se tali spese sono state anticipate dalla *Compagnia*, l'*Assicurato* dovrà restituirle entro 60 giorni dal momento in cui ha ricevuto il rimborso;
- h) spese ulteriori rispetto a quelle del legale incaricato per la gestione della controversia, se tale controversia si conclude con una *Transazione* non concordata con DAS;
- i) pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- j) oneri fiscali, ad eccezione dell'IVA indetraibile per l'*Assicurato* esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e del contributo unificato di iscrizione a ruolo.
- k) costi relativi all'esecuzione forzata del titolo esecutivo oltre il secondo tentativo. In ogni caso vengono escluse le *Spese* diverse da quelle legali, *Peritali* e processuali (come ad esempio gli oneri per il reperimento di documentazione per l'istanza di vendita, le spese del notaio incaricato alla vendita o le spese per le attività di pignoramento);
- l) oneri fiscali, ad eccezione dell'IVA indetraibile per l'*Assicurato* esposta nelle fatture dei professionisti incaricati e del contributo unificato di iscrizione a ruolo.



Cosa fare in caso di Sinistro?

4.7 Denuncia di Sinistro

In riferimento alla garanzia Consulenza legale telefonica per richiedere la consulenza, l'Assicurato dovrà contattare il seguente numero verde:

800 345543 - attivo dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00

fornendo il numero di Polizza e un recapito telefonico al quale essere ricontattato.

In riferimento alla garanzia Spese Legali per richiedere le prestazioni previste dall'Assicurazione, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto alternativamente:

- a) a DAS preferibilmente chiamando il numero verde 800 345543 o scrivendo a sinistri@DAS.it. DAS raccoglierà la richiesta (denuncia di Sinistro), indicherà i documenti necessari per l'attivazione della garanzia in funzione della tipologia di Evento accaduto, fornirà tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del caso e rilascerà un numero identificativo della pratica;
- b) al proprio Intermediario assicurativo, che ha in carico la Polizza e che si attiverà direttamente con DAS per la denuncia di Sinistro.

Tutta la documentazione dovrà essere regolarizzata a spese dell'Assicurato, se previsto dalle vigenti norme fiscali di bollo e di registro.

L'Assicurato dovrà far pervenire tempestivamente a DAS copia di ogni ulteriore atto o documento pervenuto dopo la denuncia di Sinistro e ogni notizia utile alla gestione del suo caso.

4.8 Diritto alle prestazioni

In riferimento alla garanzia Spese Legali per avere diritto alle prestazioni l'Assicurato deve rispettare le seguenti disposizioni:

- a) denunciare il Sinistro tempestivamente e comunque entro il tempo utile per la sua difesa e comunque entro due anni dal momento in cui poteva essere fatto valere il diritto alla prestazione assicurativa;
- b) aggiornare tempestivamente DAS su ogni circostanza rilevante ai fini dell'erogazione delle prestazioni previste;
- c) avvisare DAS e ottenere conferma a procedere prima di incaricare un legale o un perito;
- d) ottenere conferma a procedere da parte di DAS prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato,
- e) non può concordare con la controparte, senza la preventiva autorizzazione di DAS, alcuna Transazione o accordo a definizione della controversia che preveda a carico della Compagnia spese ulteriori rispetto alle competenze del legale dell'Assicurato. Se l'Assicurato procede senza autorizzazione, DAS garantirà il rimborso degli oneri a suo carico solo a seguito di verifica di un'effettiva urgenza nel concludere l'operazione e se la stessa è conveniente.

4.9 Fasi di gestione del Sinistro e scelta legale

Di seguito vengono descritte le attività relative alle diverse fasi individuate per la garanzia Spese Legali:

1 – Fase stragiudiziale

2 – Autorizzazione all'azione in giudizio

3 – Fase giudiziale

Fase 1: Prima dell'eventuale azione in giudizio, la gestione del caso è riservata esclusivamente a DAS, secondo le seguenti disposizioni:

- a) ricevuta la denuncia del Sinistro, DAS svolge ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia, direttamente o con l'ausilio di professionisti da essa individuati (secondo quanto previsto dall'art. 164 comma 2 lettera a) del Codice delle Assicurazioni Private – D. Lgs. 209/05). **A tal fine l'Assicurato dovrà rilasciare, ove richiesto da DAS, apposita procura per la gestione della controversia;**
- b) per la risoluzione della controversia, DAS valuterà l'opportunità di ricorrere o aderire a procedure di risoluzione amichevole delle controversie, come ad esempio mediazione civile, negoziazione assistita, conciliazione paritetica;
- c) **l'Assicurato potrà scegliere fin da questa fase un legale di propria fiducia se si verifica una situazione di conflitto di interessi con DAS o con la Compagnia.**

Fase 2: DAS autorizzerà l'eventuale azione in giudizio:

- a) **se la composizione amichevole non riesce e le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo. L'Assicurato comunica a DAS le informazioni e argomentazioni su cui fondare l'azione o la resistenza in giudizio al fine di consentire a DAS di valutare le possibilità di successo.**

Fase 3: Per la fase giudiziale DAS trasmette la pratica al legale designato in base alle seguenti disposizioni:

- a) l'Assicurato può indicare a DAS un legale di propria fiducia;
- b) se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, DAS può individuare direttamente il legale;
- c) **l'Assicurato deve conferire in ogni caso regolare mandato al legale individuato fornendo allo stesso tutte le informazioni e la documentazione necessarie per consentire la miglior tutela dei propri interessi;**
- d) qualora nel corso dello stesso grado di giudizio l'Assicurato decida di revocare l'incarico professionale conferito a un legale e di

dare incarico a un nuovo legale, **DAS non rimborserà le spese del nuovo legale riferite ad attività già svolte dal primo avvocato. Tale disposizione non si applica nel caso di rinuncia all'incarico da parte del legale.**

DAS gestirà a tutti gli effetti un unico *Sinistro*:

- a) in presenza di vertenze, promosse da o contro una o più persone e aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- b) in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo *Evento*-fatto nei quali siano coinvolti uno o più Assicurati;
- c) qualora l'*Evento* che dà diritto alle prestazioni si protragga attraverso più violazioni successive della stessa natura.

4.10 Esonero di responsabilità

In riferimento alla garanzia **Consulenza legale telefonica**

Trattandosi di un servizio di consulenza legale esclusivamente telefonica, in nessun caso la *Compagnia* e DAS potranno essere ritenute responsabili per l'utilizzo della stessa consulenza in eventuali controversie intraprese dall'*Assicurato*, né potranno essere chiamate a tenere indenne l'*Assicurato* da eventuali spese o rimborsi dovuti a qualunque titolo in conseguenza di tali controversie, essendo queste proposte in nome e per conto proprio dallo stesso *Assicurato*.

In riferimento alla garanzia **Spese Legali**

La *Compagnia* e DAS non sono responsabili:

- dell'operato di legali e periti;
- di eventuali ritardi nell'erogazione delle prestazioni che siano stati determinati dalla mancanza di idonea documentazione a supporto delle richieste dell'*Assicurato*.

4.11 Arbitrato

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo tra l'*Assicurato* e DAS sulla gestione delle prestazioni, sia l'*Assicurato* sia DAS possono chiedere di demandare la questione ad un arbitro designato di comune accordo dalle Parti. Se tale accordo non si realizza, l'arbitro verrà designato dal Presidente del Tribunale competente ai sensi di legge.

1. L'*Assicurato* e DAS contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, **salvo diverso accordo tra le Parti**.
2. L'arbitro decide secondo equità. Qualora la decisione dell'arbitro sia sfavorevole all'*Assicurato*, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'*Assicurato* ottiene un risultato più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da DAS, in linea di fatto o di diritto, può richiedere a DAS il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, **nei limiti del Massimale previsto dalla Polizza**.
3. Qualora l'*Assicurato* intenda in alternativa adire le vie giudiziarie, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione come previsto dal D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010.

4.12 Termini di Liquidazione

Nell'erogazione delle prestazioni, ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutate le spese sostenute dall'*Assicurato*, DAS entro 30 giorni

- paga l'*indennizzo* al beneficiario;
- comunica i motivi per cui l'*indennizzo* non può essere pagato.

Allegato 1

Massimali, limiti di Indennizzo e Scoperto

Il presente Allegato 1 fornisce informazioni di dettaglio rispetto a quanto previsto dagli articoli 2.1.1 - Oggetto dell'Assicurazione e 2.1.2 - Ulteriori prestazioni in copertura della garanzia Spese sanitarie.

Garanzia Spese sanitarie

Prestazione sanitaria	Massimali, limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo		presso Istituti di cura e professionisti medici convenzionati con MYAssistance con pagamento in forma diretta	presso Istituti di cura e professionisti medici NON convenzionati con MYAssistance o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta														
	FORMA BASE	FORMA PLUS	SCOPERTO	SCOPERTO														
			FORMA BASE e FORMA PLUS	FORMA BASE e FORMA PLUS														
<p>Ricoveri, Day Surgery e Interventi chirurgici</p> <p>Prestazioni erogate PRIMA, DURANTE e DOPO il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico nei giorni stabiliti in Polizza</p>	<p>Massimale: indicato in Polizza ad eccezione dei seguenti Eventi che prevedono i seguenti sottolimiti di Massimale da applicare anche alle relative prestazioni erogate PRIMA, DURANTE E DOPO il Ricovero, Day Surgery e Interventi chirurgici :</p> <table border="0"> <tr> <td>1. Cataratta:</td> <td>1.000 euro</td> </tr> <tr> <td>2. Lesione menisco/ginocchio</td> <td>2.000 euro</td> </tr> <tr> <td>3. Ernia</td> <td>2.000 euro</td> </tr> <tr> <td>4. Ipertrafia dei turbinati nasali</td> <td>2.000 euro</td> </tr> <tr> <td>5. Emorroidi</td> <td>2.000 euro</td> </tr> <tr> <td>6. Varici</td> <td>2.000 euro</td> </tr> <tr> <td>7. Ernia discale</td> <td>5.000 euro</td> </tr> </table> <p>Limite temporale: sono previsti limiti temporali in termini di giorni indicati in Polizza per prestazioni erogate prima e dopo il Ricovero. Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale</p>	1. Cataratta:	1.000 euro	2. Lesione menisco/ginocchio	2.000 euro	3. Ernia	2.000 euro	4. Ipertrafia dei turbinati nasali	2.000 euro	5. Emorroidi	2.000 euro	6. Varici	2.000 euro	7. Ernia discale	5.000 euro	<p>Massimale: indicato in Polizza</p> <p>Limite temporale: sono previsti limiti temporali in termini di giorni indicati in Polizza per prestazioni erogate prima e dopo il Ricovero. Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>
1. Cataratta:	1.000 euro																	
2. Lesione menisco/ginocchio	2.000 euro																	
3. Ernia	2.000 euro																	
4. Ipertrafia dei turbinati nasali	2.000 euro																	
5. Emorroidi	2.000 euro																	
6. Varici	2.000 euro																	
7. Ernia discale	5.000 euro																	
<p>DURANTE il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale:</p> <p>Rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato</p>	<p>Massimale: 3.000 euro</p>		nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>														
<p>DOPO il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale:</p> <p>Cure termali</p>	<p>Massimale: 1.500 euro Con il limite temporale in termini di giorni indicato in Polizza per prestazioni dopo il Ricovero, Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale</p>		nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>														
<p>DOPO il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale:</p> <p>Acquisto e noleggio di stampelle, carrozzine, corsetti, busti, tutori, materasso antidecubito e di apparecchiature fisioterapiche se prescritti dal medico curante o dal medico specialista</p>	<p>Massimale: 10.000 euro Con il limite temporale in termini di giorni indicato in Polizza per prestazioni dopo il Ricovero, Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale</p>		nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>														

<p>DOPO il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale:</p> <p>Acquisto o noleggio di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche</p>	<p>Massimale: 1.000 euro Con il limite temporale in termini di giorni indicato in Polizza per prestazioni dopo il Ricovero, Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>
<p>DOPO il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale:</p> <p>In caso di Malattia oncologica n. 10 (dieci), sedute di psicoterapia e psicoanalisi se prescritte da un medico specialista (medico psichiatra, neurologo o oncologo) e direttamente riconducibili alla patologia</p>	<p>Massimale: 2.500 euro Con il limite temporale in termini di giorni indicato in Polizza per prestazioni dopo il Ricovero, Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>
<p>Prestazioni erogate PRIMA, DURANTE e DOPO il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale:</p> <p>Spese di trasporto in caso di Ricoveri, Day Surgery e Interventi chirurgici ambulatoriali</p>	<p>Massimale: 4.000 euro</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>
<p>Prestazioni erogate PRIMA, DURANTE e DOPO il Ricovero, Day Surgery e Intervento chirurgico ambulatoriale:</p> <p>Spese di trasporto in caso di Ricoveri, Day Surgery e Interventi chirurgici ambulatoriali per trapianto</p>	<p>Massimale: 8.000 euro</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>
<p>Chirurgia plastica, estetica e Stomatologica ricostruttiva</p>	<p>Massimale: indicato in Polizza.</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Parto con taglio cesario - Aborto spontaneo o terapeutico - Aborto conseguente a trumatologia del feto a seguito di atto violento nei confronti dell'Assicurata - Aborto conseguente a trumatologia del feto a seguito di <i>Eventi</i> accidentali occorsi all'Assicurata del feto a seguito di <i>Eventi</i> accidentali occorsi all'Assicurata - Interruzione volontaria di gravidanza solo se avvenuta a seguito di violenza sessuale nei confronti dell'Assicurata 	<p>Massimale: 7.000 euro</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>
<p>Parto senza taglio cesareo</p>	<p>Massimale: 3.000 euro</p>	nessuno	<p>Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza</p>

Infortunio in assenza di Ricovero	Massimale: 2.500 euro	nessuno	Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza.
Trapianti	Massimale: indicato in Polizza.	nessuno	Solo se indicato in Polizza (*): E' prevista l'applicazione della percentuale di Scoperto sull'importo delle spese - con un importo minimo e massimo indicati in Polizza
Cure oncologiche in assenza di Ricovero, Day Surgery o Intervento chirurgico ambulatoriale	FORMA BASE	FORMA PLUS	FORMA BASE e FORMA PLUS
	Massimale: indicato in Polizza - 1.000 euro per acquisto o noleggio di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche - 2.500 euro per n. 10 (dieci) , sedute di psicoterapia e psicoanalisi se prescritte da un medico specialista (medico psichiatra, neurologo o oncologo) e direttamente riconducibili alla patologia	Massimale: indicato in Polizza - 1.000 euro per acquisto o noleggio di parrucca a seguito di terapie chemioterapiche - 2.500 euro per n. 10 (dieci) , sedute di psicoterapia e psicoanalisi se prescritte da un medico specialista (medico psichiatra, neurologo o oncologo) e direttamente riconducibili alla patologia	nessuno
Indennità sostitutiva per Ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale	150 euro per giorno di Ricovero fino ad un massimo di 100 giorni	nessuno	nessuno
Ricovero per Malattia improvvisa o Infortunio al di fuori del Territorio Italiano	Massimale: indicato in Polizza.	nessuno	nessuno

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

Garanzia Alta Diagnostica

Prestazione sanitaria	Massimale, limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo		SCOPERTO e MINIMO	SCOPERTO e MINIMO
	FORMA BASE	FORMA PLUS	FORMA BASE e FORMA PLUS	FORMA BASE e FORMA PLUS
Alta Diagnostica	<p>Massimale indicato in Polizza ad eccezione dei seguenti accertamenti diagnostici che prevedono i seguenti sottolimiti di Massimale:</p> <p>1.Risonanza magnetica nucleare (RMN) 250 euro</p> <p>2.Ecocolordoppler 150 euro</p> <p>3.Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto endovenoso 100 euro</p> <p>4.TAC senza mezzo di contrasto 250 euro</p> <p>5.TAC con mezzo di contrasto 300 euro</p>	<p>Massimale: indicato in Polizza</p>	nessuno	30% con minimo di 50 euro per Sinistro per accertamenti relativi ad una stessa patologia (*)

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

Garanzia Visite specialistiche

Prestazione sanitaria	Massimale, limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo	presso Istituti di cura e professionisti medici convenzionati con MYAssistance con pagamento in forma diretta	presso Istituti di cura e professionisti medici NON convenzionati con MYAssistance o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta
		SCOPERTO e MINIMO	SCOPERTO e MINIMO
Visite specialistiche	Massimale: indicato in Polizza.	nessuno	30% con minimo di 50 euro per Sinistro per accertamenti relativi ad una stessa patologia (*)

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

Cure dentarie

Prestazione sanitaria	Massimale, limiti di Indennizzo per Assicurato e per Periodo assicurativo	presso Istituti di cura e professionisti medici convenzionati con MYAssistance con pagamento in forma diretta	presso Istituti di cura e professionisti medici NON convenzionati con MYAssistance o convenzionati ma con pagamento in forma indiretta
		SCOPERTO e MINIMO	SCOPERTO e MINIMO
1 seduta di ablazione del tartaro e 1 seduta di applicazione topica del fluoro	<p>Massimale: indicato in Polizza.</p> <p>Prestazione prevista 1 sola volta per Periodo assicurativo per seduta. Attivabile solo con pagamento in forma diretta nei centri odontoiatrici convenzionati con MyAssistance</p>	nessuno	nessuno
Visite specialistiche odontoiatriche, accertamenti diagnostici e applicazione di protesi dentarie (compreso il costo di quest'ultime) qualora conseguenti a neoplasie maligne o Infortunio	<p>Massimale: indicato in Polizza con il limite temporale di 180 giorni dalla data dell'Infortunio</p>	nessuno	30% con minimo di 50 euro per Sinistro per accertamenti a relativi ad una stessa patologia (*)

(*) 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, Alta Diagnostica e *Visite specialistiche*.

Età Assicurato	% incremento	Età Assicurato	% incremento
1	0,00%	41	1,71%
2	0,00%	42	1,46%
3	0,00%	43	1,43%
4	0,00%	44	1,61%
5	0,00%	45	1,98%
6	0,00%	46	2,48%
7	0,00%	47	2,93%
8	0,00%	48	3,27%
9	4,76%	49	3,53%
10	4,55%	50	3,69%
11	5,22%	51	3,78%
12	5,37%	52	3,80%
13	4,70%	53	3,76%
14	4,50%	54	3,67%
15	4,30%	55	3,54%
16	4,81%	56	3,38%
17	4,92%	57	3,25%
18	5,63%	58	3,16%
19	5,92%	59	3,10%
20	4,75%	60	3,07%
21	4,00%	61	3,08%
22	3,85%	62	3,19%
23	4,94%	63	3,42%
24	4,71%	64	3,73%
25	3,60%	65	4,12%
26	3,69%	66	4,55%
27	3,55%	67	4,93%
28	5,05%	68	5,24%
29	3,27%	69	5,49%
30	7,82%	70	5,67%
31	6,74%	71	5,81%
32	6,15%	72	5,90%
33	3,96%	73	5,94%
34	5,28%	74	5,96%
35	3,76%	75	5,95%
36	3,42%	76	5,91%
37	3,21%	77	5,84%
38	2,92%	78	5,73%
39	2,57%	79	5,60%
40	2,14%	80	5,44%

Zurich Insurance Europe AG

Sede a Francoforte sul Meno, Platz der Einheit 2, 60327 Frankfurt, Germania
Registro del Tribunale di Francoforte HRB 133359 - Sottoposta alla vigilanza di
BaFin, Autorità Federale di Supervisione 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
Indirizzo PEC: zurich.insurance.europe@pec.zurich.it - www.zurich.it

P:1947.SET INFORMATIVO - ed. 07.2025

