

Condizioni di Assicurazione

Mediolanum Protezione Salute

Contratto di assicurazione per rimborso spese sanitarie

Edizione 25/07/2025

Il presente contratto è stato predisposto in conformità alle linee guida "Contratti Chiari e Comprensibili Ed. 2024" elaborate dal tavolo di lavoro coordinato dall'ANIA.

È un prodotto di





Retro di copertina



Gentile Cliente,

desideriamo presentare in breve la nostra proposta di assicurazione pensata per offrire una copertura sanitaria completa che protegge la salute della persona e della famiglia con due diverse formule che chiamiamo "Variabile per Età" e "Vita Intera". Stiamo parlando di **Mediolanum Protezione Salute**.

A COSA SERVE

È la nostra polizza pensata per coprire le spese sanitarie, **dovute a infortunio o malattia**, delle persone assicurate che possono accedere a strutture sanitarie attentamente selezionate e con elevati standard qualitativi.

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Tutte le persone che hanno meno di 70 anni compiuti se si sceglie la formula "Variabile per Età", o che hanno tra 3 e 70 anni compiuti se si sceglie la formula "Vita Intera".

COSA OFFRE

Questa polizza prevede una garanzia Base, obbligatoria, per la copertura delle spese sanitarie in caso di ricovero e garanzie aggiuntive opzionali su tre livelli crescenti per arrivare ad avere una copertura completa e coprire i costi anche per: interventi chirurgici ambulatoriali, day hospital/surgery, cure oncologiche, prestazioni pre/post ricovero, indennità sostitutiva per ricovero in regime di Servizio Sanitario Nazionale, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, cure fisioterapiche, acquisto di lenti e occhiali e cure odontoiatriche. In aggiunta, forniamo sempre un servizio di assistenza.

LIMITI, ESCLUSIONI E SCOPERTI

Prevede limitazioni, esclusioni e scoperti che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento degli indennizzi. Inoltre, sono presenti periodi di carenza, che decorrono da quando sono attive le coperture, durante i quali le persone assicurate non sono coperte.

Per facilitare la lettura delle Condizioni di Assicurazione abbiamo scelto di usare un linguaggio più semplice e immediato, inserendo anche dei box di consultazione che vogliono solo essere un aiuto per rispondere a dubbi o domande e sono identificati da questa scritta:



Rispondiamo a un dubbio



Facciamo un esempio

È importante prestare attenzione ai termini in **grassetto** che richiamano informazioni di importanza rilevante, a quelli in *Corsivo* che identificano le definizioni richiamate nel Glossario, ai riquadri **arancioni** per le coperture escluse (le esclusioni), **fucsia** per i periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l'indennizzo (i periodi di carenza) e **blu** per le somme massime che possono essere pagate (i massimali). Se si sta leggendo il documento in formato elettronico PDF, i termini in Corsivo sono dei link che rimandano sia alle definizioni nel glossario sia agli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Alcune garanzie richiedono necessariamente l'utilizzo dei termini usati in medicina, per la cui comprensione può essere utile l'aiuto di un medico.

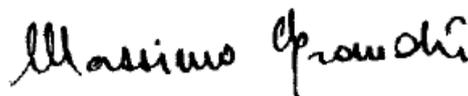
Inoltre, in fondo alle Condizioni trova un riepilogo delle coperture assicurative offerte dalla polizza, con relativi massimali, limitazioni e scoperti:  **LA POLIZZA IN SINTESI**.

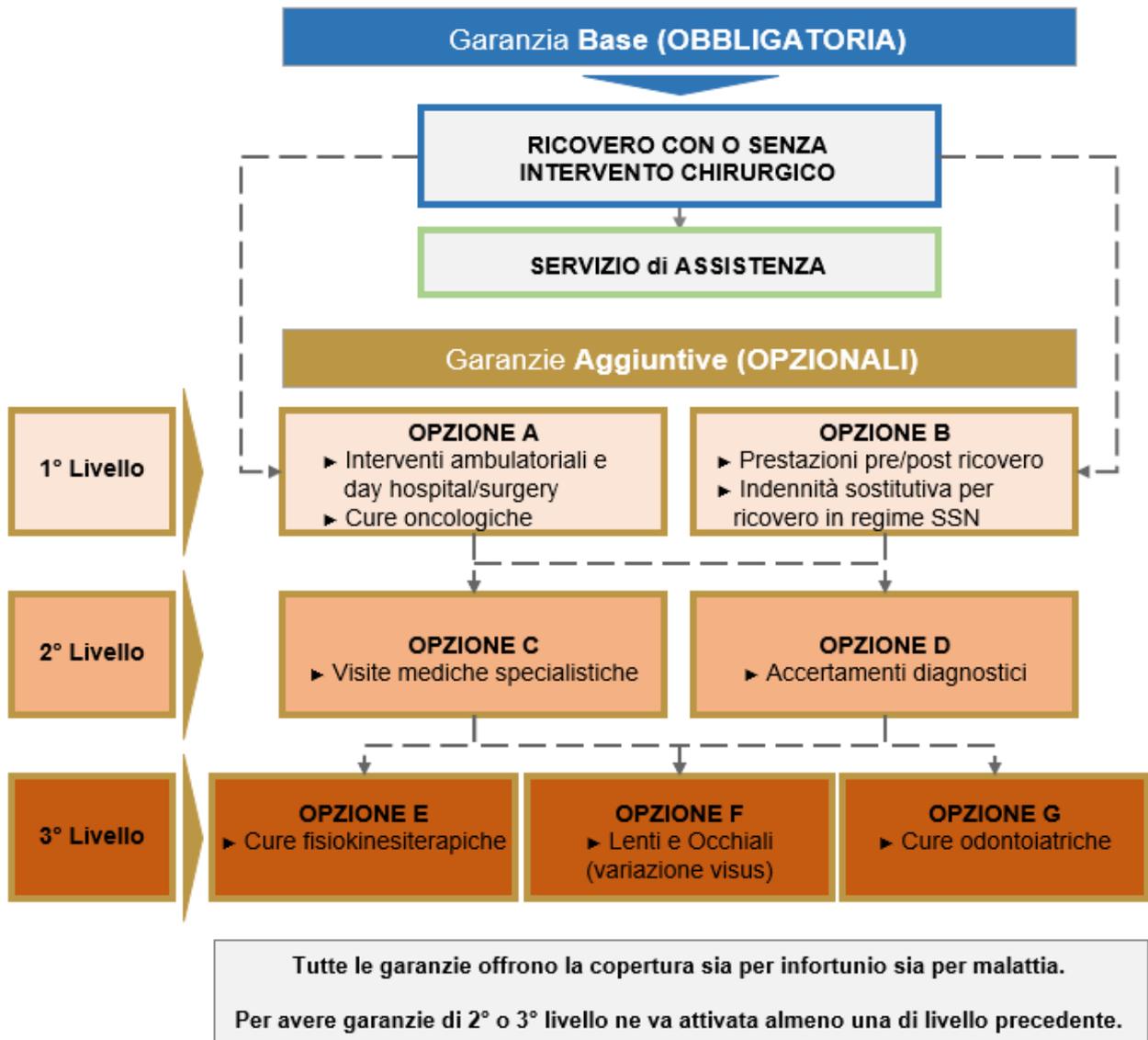
Le ricordiamo che accedendo all'area riservata del sito internet www.mediolanumassicurazioni.it può consultare e gestire telematicamente la sua posizione assicurativa (c.d. Home Insurance), oppure può sempre contattare il suo Family Banker di Banca Mediolanum.

Buona lettura!

Con i miei migliori saluti,

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Amministratore Delegato e Rappresentante Legale
Massimo Grandis





- Legenda:**
- garanzia OBBLIGATORIA attivabile nelle formule "Variabile per età" e "Vita intera"
 - garanzia AGGIUNTIVA attivabile anche singolarmente
 - garanzia sempre inclusa

INDICE

GLOSSARIO.....	5 di 35
 CHE COSA/CHI È ASSICURATO?.....	8 di 35
Art. 1. Chi può essere assicurato con Mediolanum Protezione Salute	8 di 35
Art. 2. Cosa è assicurato con Mediolanum Protezione Salute	8 di 35
Art. 3. Le formule “Variabile per età” e “Vita intera”	9 di 35
Art. 4. Domande per valutare lo stato di salute delle persone assicurate (il Questionario Sanitario o il Rapporto di visita medica)	10 di 35
Art. 5. Garanzie previste e somme massime pagabili (i massimali)	10 di 35
Art. 5.1. Garanzia Base - Ricovero con o senza intervento chirurgico	10 di 35
Art. 5.2 Garanzie aggiuntive opzionali	12 di 35
Art. 5.2.1 Garanzie aggiuntive di 1° Livello	12 di 35
Art. 5.2.2. Garanzie aggiuntive di 2° Livello.....	14 di 35
Art. 5.2.3. Garanzie aggiuntive di 3° Livello	15 di 35
Art. 5.3. Servizio di Assistenza.....	16 di 35
Art. 5.3.1. Prestazioni di Assistenza medica.....	16 di 35
Art. 5.3.2. Prestazioni di Assistenza in viaggio.....	17 di 35
Art. 5.3.3. Prestazioni di Assistenza a domicilio in Italia	19 di 35
 CHE COSA NON È ASSICURATO?	20 di 35
Art. 6. Chi non può essere assicurato	20 di 35
 CI SONO LIMITI DI COPERTURA?	20 di 35
Art. 7. Casi in cui si riduce l’indennizzo (gli scoperti)	20 di 35
Art. 7.1. Casi in cui si riduce l’indennizzo per la Garanzia Base	20 di 35
Art. 7.2. Casi in cui si riduce l’indennizzo per le Garanzie aggiuntive di 1° livello.....	20 di 35
Art. 7.3. Casi in cui si riduce l’indennizzo per le Garanzie aggiuntive di 2° livello.....	21 di 35
Art. 7.4. Casi in cui si riduce l’indennizzo per le Garanzie aggiuntive di 3° livello.....	21 di 35
Art. 8. Dove sono valide le garanzie	22 di 35
Art. 9. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l’indennizzo (periodi di carenza)	22 di 35
Art. 10. Casi in cui non si ha diritto all’Indennizzo (le esclusioni).....	23 di 35
 CHE OBBLIGHI HO?.....	24 di 35
Art. 11. Dichiarazioni del contraente e delle persone assicurate	24 di 35
Art. 12. Aggravamento del rischio.....	24 di 35
GESTIONE DEI SINISTRI.....	24 di 35
Art. 13. Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)	24 di 35
Art. 13.1. Come richiedere il pagamento diretto o il rimborso delle spese sanitarie.....	25 di 35
Art. 13.2. Il Documento di accesso alla prestazione assicurativa	26 di 35
Art. 13.3. Come attivare il Servizio di Assistenza per Infortunio e Malattia.....	26 di 35

Art. 14. Come viene valutato e liquidato il Sinistro	27 di 35
 QUANDO E COME DEVO PAGARE?	28 di 35
Art. 15. Il Premio di polizza	28 di 35
Art. 16. L'adeguamento del premio di polizza, dei massimali e degli scoperti.....	29 di 35
 QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?	30 di 35
Art. 17. Conclusione del contratto di polizza	30 di 35
Art. 18. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza delle coperture)	30 di 35
Art. 19. Quanto dura la polizza e da quando non si è più assicurati.....	30 di 35
 COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?	30 di 35
Art. 20. Diritto di ripensamento e disdetta successiva (il recesso)	30 di 35
 ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA	31 di 35
Art. 21. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione.....	31 di 35
Art. 22. La polizza fatta per proteggere qualcun altro (l'assicurazione per conto altrui).....	31 di 35
Art. 23. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)	31 di 35
Art. 24. Il Regime fiscale della polizza	31 di 35
Le somme pagate da Mediolanum Assicurazioni sono esenti da imposta.....	32 di 35
Art. 25. Quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente)	32 di 35
Art. 26. Il sistema alternativo per risolvere i disaccordi (l'Arbitrato).....	32 di 35
Art. 27. Legge applicabile alla polizza	32 di 35
Art. 28. Cosa si deve fare se sono state sottoscritte anche altre polizze (il cumulo)	32 di 35
Art. 29. Modalità di comunicazione.....	33 di 35
Art. 30. L'area riservata del sito internet (Home Insurance).....	33 di 35
 LA POLIZZA IN SINTESI	34 di 35

GLOSSARIO

Riportiamo le definizioni dei termini utilizzati e che ritrova scritti in Corsivo in queste Condizioni di Assicurazione. Tutte s'intendono sia al singolare sia al plurale.

Centrale operativa medica

La struttura di Aon Advisory and Solutions S.r.l. composta da medici, tecnici e operatori, che in accordo con la Compagnia provvede, per conto di quest'ultima, a fornire alla persona assicurata le informazioni necessarie e organizzare per la stessa le prestazioni richieste e previste dalla polizza, prenotandole eventualmente In Network.

Compagnia

Mediolanum Assicurazioni S.p.A., impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Conglomerato finanziario

L'insieme di Banca Mediolanum e delle società da questa controllate, direttamente o indirettamente.

Contraente

Chi stipula il contratto di assicurazione per proteggere sé stesso e/o altre persone; può gestire il contratto e ha obblighi e diritti (ad esempio chiedere che non venga rinnovato).

Contratto a distanza

Il contratto che viene concluso senza che ci sia mai la contemporanea presenza fisica del contraente e del distributore per il tramite di un suo incaricato (consulenti, addetti o dipendenti), con tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto stesso, compresa la sua conclusione.

Cura

L'insieme dei mezzi diagnostici e terapeutici e delle prescrizioni mediche relative a malattie o a stati patologici o disfunzionali, che hanno la finalità di guarire quella malattia o disfunzione.

Day Hospital

Il ricovero solo nelle ore diurne (non di notte) per fare prestazioni sanitarie relative a accertamenti diagnostici, visite specialistiche e terapie chirurgiche in una struttura sanitaria (istituti di cura, centri clinici, ospedali, centri diagnostici e case di cura). Le prestazioni fatte devono essere documentate in una cartella clinica.

Documento di polizza

Il documento che la Compagnia invia al contraente se accetta la sua proposta di polizza. Con questo documento, che prova l'esistenza della polizza, lo informa anche del fatto che le persone assicurate sono coperte per le garanzie e le somme che sono riportate sullo stesso e da quando inizia la loro copertura.

Famiglia

Le persone che fanno parte della famiglia di chi viene indicato per primo nell'elenco degli assicurandi sul modulo di proposta e vengono identificate con nome e cognome sul modulo di proposta per essere protette con questa polizza. Devono essere persone che convivono tra loro e compaiono sullo stesso "stato di famiglia" quando si verifica un sinistro. Consideriamo membri della Famiglia anche i conviventi "more uxorio" di chi viene indicato per primo nell'elenco degli assicurandi (cioè che vivono come se fossero marito e moglie pur non essendo sposati) e i suoi figli fiscalmente a carico anche se non conviventi.

Fuori Network (prestazioni)

Tutte le strutture sanitarie e i professionisti che non fanno parte della rete OneCare – OneNet, e quindi non convenzionati con Aon Advisory and Solutions S.r.l., ai quali la persona assicurata può comunque rivolgersi per le prestazioni sanitarie previste dalla polizza dovendo però anticipare le relative spese.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia a una persona assicurata in caso di sinistro indennizzabile, con i limiti e i massimali previsti dalle singole garanzie.

Infortunio

L'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa a una persona assicurata danni fisici obiettivamente riscontrabili e accertabili.

In Network (prestazioni)

La rete OneCare – OneNet, composta dall'insieme delle strutture sanitarie (ospedali, case di cura e centri diagnostici, studi professionali, istituti di cura, centri clinici) e dei professionisti (ad esempio medici, fisioterapisti o psicologi) convenzionati con Aon Advisory and Solutions S.r.l., alle quali la persona assicurata può essere indirizzata dalla centrale operativa medica per le prestazioni sanitarie previste dalla polizza senza dover anticipare alcun importo, se autorizzata da questa.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è disponibile nel sito di OneCare – OneNet alla voce "Strutture Convenzionate" ed è periodicamente aggiornato.

Malattia (o patologia)

L'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio (ad esempio diabete). Non deve essersi manifestata cioè aver dato origine a sintomi e/o esami e/o diagnosi e/o cure prima della data di attivazione della polizza.

Malattia improvvisa

L'alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio, di cui la persona assicurata non sapeva di soffrire (ad esempio un infarto).

Non si deve trattare di malattie di cui la persona assicurata ha già sofferto prima dell'attivazione della polizza e che si manifestano nuovamente.

Massimale

La somma massima dovuta dalla Compagnia alla persona assicurata, o ai beneficiari, in caso di sinistro.

Modulo di proposta

Il modulo della Compagnia che deve essere compilato e firmato per chiedere di essere protetti con la Polizza "Mediolanum Protezione Salute", contiene informazioni e dichiarazioni rilevanti per la validità della polizza stessa.

Mediolanum Carta Salute

La tessera virtuale rilasciata dalla Compagnia alle persone assicurate per poter avere, solo sulle strutture sanitarie convenzionate con Aon Advisory and Solutions S.r.l., sconti e agevolazioni anche per prestazioni non previste dalle garanzie che sono state attivate.

Non autosufficienza

L'impossibilità fisica di riuscire a compiere da soli almeno 3 di queste azioni quotidiane:

- lavarsi almeno in maniera adeguata, in una vasca da bagno o in una doccia (riuscendo a entrare e uscire);
- mettersi e togliersi diversi tipi di indumenti, riuscendo ad allacciare e slacciare eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- muoversi in casa da una stanza all'altra;
- spostarsi, passando eventualmente dal letto a una sedia a rotelle e viceversa;
- andare in bagno, o controllare comunque la continenza (urina e feci), in modo da mantenere il livello di igiene personale soddisfacente;
- bere e mangiare, anche se il cibo viene preparato da altri.

Persona assicurata

La persona fisica, residente in Italia, che ha tra 3 e 70 anni quando viene attivata la polizza e che è protetta almeno con la garanzia base per ricovero con o senza intervento chirurgico (fino a quando la Compagnia non comunica l'attivazione della polizza la definiamo assicurando). Può coincidere con il contraente. Deve dare informazioni vere e corrette sul suo stato di salute. In caso di sinistro deve rispettare gli obblighi previsti e gli spetta il pagamento dell'indennizzo.

Polizza (contratto di)

Il contratto con cui una compagnia di assicurazione, a fronte del pagamento di una somma prestabilita (il premio), si fa carico della copertura di un rischio al posto della persona assicurata e si obbliga a pagarle l'indennizzo previsto dal

contratto stesso se si verifica un evento dannoso (il sinistro).

Premio

La somma di denaro che è necessario pagare alla Compagnia per avere le coperture assicurative previste dalla polizza.

Questionario Sanitario

Il documento che ogni persona assicurata deve compilare per fornire alla Compagnia informazioni sul proprio stato di salute. Tali informazioni sono utili e necessarie a stabilire se questa persona può essere protetta.

Rapporto di visita medica

Il documento che deve essere compilato da un medico italiano relativo allo stato di salute della persona assicurata, se la Compagnia lo richiede.

Ricovero (con pernottamento)

Il dover rimanere in una struttura sanitaria per almeno una notte per le prestazioni previste dalla polizza.

Sinistro

L'evento dannoso al verificarsi del quale è prestata la copertura assicurativa, se ricorrono le condizioni previste dalla polizza.

Struttura Organizzativa

La struttura di IMA Servizi S.c.a.r.l. (società del gruppo assicurativo IMA Italia Assistance), composta da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, che la persona assicurata può chiamare telefonicamente tutti i giorni dell'anno. Organizza e fornisce le prestazioni di assistenza previste dalla polizza.

Tecniche di comunicazione a distanza

Le tecniche diverse dagli annunci pubblicitari con le quali le banche e gli intermediari contattano la clientela, anche per il tramite di propri consulenti, addetti e dipendenti. Tali tecniche non comportano la presenza fisica e simultanea del cliente e dell'intermediario o di un suo incaricato. Tra esse rientrano ad esempio il telefono e internet.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

Art. 1. Chi può essere assicurato con Mediolanum Protezione Salute

Questa *Polizza* è un contratto di assicurazione tra Mediolanum Assicurazioni (cioè noi o la *Compagnia*) e il *Contraente* per proteggere, e quindi assicurare a fronte del pagamento di un *Premio* annuale, una o più persone, fino a un massimo di 5 (incluso il *Contraente*, se si vuole assicurare) che fanno parte di una stessa *Famiglia*, con due diverse formule che chiamiamo “Variabile per Età” e “Vita Intera”.

Quindi, ad esempio, se il *Contraente* è anche uno degli assicurati, può proteggere al massimo altre 4 persone della sua *Famiglia*.

Per le garanzie che vengono sottoscritte nella formula “Variabile per Età”:

- ogni *Persona assicurata* non deve avere più di 70 anni quando viene compilato il *Modulo di proposta*;
- se una *Persona assicurata* compie 75 anni durante l'eventuale rinnovo annuale della *Polizza*, è coperta fino alla scadenza di quel rinnovo annuale, poi la copertura per lui finisce.

Per le garanzie che vengono sottoscritte nella formula “Vita Intera” ogni *Persona assicurata*:

- deve avere tra i 3 e i 70 anni quando viene compilato il *Modulo di proposta*;
- è coperto per tutta la sua vita, se viene pagato con regolarità il *Premio* annuale o il *Contraente* non decide di chiudere prima la *Polizza*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Tutte le persone assicurate devono essere residenti in Italia.

Quando si compila il *Modulo di proposta*, la persona che viene indicata per prima nell'elenco degli assicurandi deve essere maggiorenne.

Art. 2. Cosa è assicurato con Mediolanum Protezione Salute

Tutte le garanzie offerte da questa *Polizza* coprono solo gli eventi dannosi (il *Sinistro*) dovuti a *Infortunio* o *Malattia* o parto.

Per ogni *Persona assicurata* si possono attivare una Garanzia Base obbligatoria, e fino a 3 livelli crescenti di garanzie aggiuntive opzionali, per avere il rimborso delle spese di prestazioni sanitarie che deve sostenere o ha già sostenuto, dovute a:

per la Garanzia Base obbligatoria

deve essere acquistata per ogni *Persona assicurata* se si vuole attivare la polizza

- Ricovero con o senza intervento chirurgico (compresi parto e interventi particolari)

per le Garanzie aggiuntive di 1° livello

- Opzione A (interventi chirurgici ambulatoriali, day hospital/surgery e cure oncologiche)
- Opzione B (prestazioni pre/post ricovero e indennità sostitutiva per ricoveri in Servizio Sanitario Nazionale)

per le Garanzie aggiuntive di 2° livello

attivabili solo dopo aver scelto almeno un'Opzione di 1° livello

- Opzione C (visite mediche specialistiche)
- Opzione D (accertamenti diagnostici)

per le Garanzie aggiuntive di 3° livello

attivabili solo dopo aver scelto almeno un'Opzione di 2° livello.

- Opzione E (cure fisiokinesioterapiche)
- Opzione F (lenti e occhiali)
- Opzione G (cure odontoiatriche)

**Approfondiamo cos'è l'infortunio e la malattia**

L'Infortunio è l'evento provocato da un fattore esterno, imprevisto e violento, che causa danni fisici obiettivamente riscontrabili (ad esempio una caduta dalle scale).

La Malattia è l'alterazione dello stato di salute che non dipenda da infortunio (ad esempio un infarto).

Per le definizioni complete si rimanda al Glossario.

Inoltre, questa *Polizza* include sempre un servizio di assistenza, fornito grazie alla collaborazione con IMA Servizi S.c.a.r.l. (società del gruppo assicurativo IMA Italia Assistance), che prevede aiuti immediati in situazioni di difficoltà improvvisa per *Malattia* o *Infortunio*, attraverso:

- prestazioni di assistenza medica;
- prestazioni di assistenza in viaggio;
- prestazioni di assistenza a domicilio in Italia.

! È IMPORTANTE SAPERE

Per ogni *Persona assicurata* sono attive solo le garanzie che sono state scelte sul *Modulo di proposta* e confermate dalla *Compagnia* sul *Documento di Polizza* che riceve il *Contraente*.

Mediolanum Carta Salute

Quando viene attivata la *Polizza*, le persone assicurate ricevono la **Mediolanum Carta Salute virtuale** con cui si accede a sconti e agevolazioni presso le strutture convenzionate, anche su prestazioni che non sono previste dalle garanzie scelte. Per verificare quali sconti e agevolazioni possono essere applicati bisogna contattare preventivamente la struttura convenzionata scelta.

Art. 3. Le formule "Variabile per età" e "Vita intera"

Come anticipato all'*art. 1*, le garanzie previste dalla *Polizza* possono essere attivate scegliendo tra queste 2 formule:

• Variabile per età

Con questa formula la somma dovuta alla *Compagnia* (in termini assicurativi il *Premio*) per il primo anno di copertura è determinato in base all'età che ha ogni *Persona assicurata* alla data di firma del *Modulo di proposta* da parte del *Contraente*, e CAMBIA quindi per ogni eventuale rinnovo successivo in base alla nuova età compiuta.

Se viene scelta questa formula, la *Compagnia* la applica sia alla Garanzia Base sia a tutte le garanzie aggiuntive che vengono attivate per la *Persona assicurata*.

• Vita intera

Con questa formula, il *Premio* per il primo anno di copertura è determinato in base all'età che ha ogni *Persona assicurata* alla data di firma del *Modulo di proposta* da parte del *Contraente*, ma NON CAMBIA per gli eventuali rinnovi successivi.

Se viene scelta questa formula per la Garanzia Base, la *Compagnia* la applica in automatico anche alle garanzie aggiuntive di 1° livello.

Per le garanzie di 2° livello, invece, si può scegliere se applicare sempre questa formula oppure se si preferisce quella "Variabile per Età".

Le garanzie di 3° livello, se attivate, hanno automaticamente la formula scelta per le garanzie di 2° livello.

! È IMPORTANTE SAPERE

Indipendentemente dalla formula che è stata scelta, i premi per gli eventuali rinnovi annuali sono sempre adeguati all'andamento dell'indice Istat.

Inoltre, ogni due anni potrebbe essere necessario per la *Compagnia* controllare se sono ancora valide le basi tecniche che sono state usate per il calcolo delle tariffe dei premi per le garanzie offerte dalla *Polizza* (si tratta delle c.d. clausole di indicizzazione e rivedibilità di cui parliamo all'*art. 16*).

In occasione di ogni eventuale rinnovo annuale della *Polizza*, oppure quando la *Polizza* viene sostituita con un'altra *Polizza* di rimborso per le spese sanitarie della *Compagnia*, il *Contraente* può chiedere alla *Compagnia* di cambiare le formule che sono state scelte (nel rispetto delle regole indicate sopra), anche solo per una *Persona assicurata*.

Art. 4. Domande per valutare lo stato di salute delle persone assicurate (il Questionario Sanitario o il Rapporto di visita medica)

Per attivare la *Polizza* la *Compagnia* ha bisogno di fare alcune domande per valutare lo stato di salute delle persone assicurate, anche nel rispetto dei diritti previsti della Legge Italiana sul c.d. "oblio oncologico", per questo motivo è necessario compilare un apposito documento (il *Questionario Sanitario*) che è parte integrante della *Polizza*.

In base alle risposte fornite, possiamo chiedere di inviarci ulteriore documentazione medica per una corretta e completa valutazione del rischio e dello stato di salute di ogni *Persona assicurata*. Queste informazioni ci servono per comunicare al *Contraente*:

- se non attiviamo la *Polizza*, oppure
- che alcuni rischi sono esclusi o che, per coprirli, bisogna pagare un *Premio* più alto di quello comunicato quando ha compilato il *Modulo di proposta* (ad esempio perché c'è un rischio sanitario oppure le persone assicurate fanno uso di alcol o fumo o non hanno uno stile di vita sano). In questi ultimi due casi, il *Contraente* deve firmare l'apposito documento che gli inviamo e rimandarcelo per comunicarci la sua scelta. Solo a quel punto, se lo accetta, possiamo attivare la *Polizza*.

Al posto del *Questionario Sanitario*, chiediamo alla *Persona assicurata* di far compilare al medico curante il *Rapporto di visita medica* se ha già compiuto 60 anni (per la formula "Vita Intera") o 65 anni (per la formula "Variabile per Età") quando compila il *Modulo di proposta*.

! È IMPORTANTE SAPERE

La *Compagnia* non è MAI obbligata a procedere con l'apertura della *Polizza*, anche senza spiegarne il motivo.

Inoltre, prima di ogni rinnovo annuale può chiedere alle persone assicurate un aggiornamento sul loro stato di salute e, eventualmente, decidere di:

- non rinnovare più la *Polizza* (come stabilito dal Codice Civile esercita il proprio diritto di recesso, che spieghiamo all'art 20), oppure
- comunicare al *Contraente* che alcuni rischi sono esclusi o che, per coprirli, bisogna pagare un *Premio* più alto.

Per le garanzie attivate con la formula "Vita Intera", questo diritto spetta alla *Compagnia* solo per i primi 2 rinnovi annuali.

Art. 5. Garanzie previste e somme massime pagabili (i massimali)

Di seguito spieghiamo cosa prevedono le singole garanzie e quali sono le somme massime che paghiamo a ogni *Persona assicurata* in caso di *Sinistro*.

Come operano le garanzie

Tutte le prestazioni sanitarie previste dalle garanzie (ad eccezione della prestazione Indennità sostitutiva per *Ricovero* in regime di Servizio Sanitario Nazionale dell'Opzione B e dell'Opzione F – Lenti e occhiali) possono essere richieste presso le strutture sanitarie e con i professionisti CONVENZIONATI con la società Aon Advisory and Solutions S.r.l., in breve AON, con cui la *Compagnia* collabora per questa *Polizza*. In questo caso parliamo di prestazioni "In Network".

Solo prenotando la prestazione e dopo che è stata autorizzata come spieghiamo all'art. 13.1, la *Persona assicurata* non deve anticipare di tasca propria i pagamenti e, se non viene superata la somma massima prevista per l'Indennizzo (cioè il *Massimale*), non paga alcun importo (ad eccezione dell'Opzione F – Lenti e occhiali che prevede sempre che una parte della spesa rimanga a carico della *Persona assicurata*).

Se invece la *Persona assicurata* va in una struttura sanitaria o presso professionisti NON CONVENZIONATI con la società AON, allora deve sempre anticipare il pagamento di tutte le spese per le prestazioni sanitarie e una parte delle spese rimane comunque a suo carico perché non viene rimborsata dalla *Compagnia*, come spieghiamo all'art. 7. In questo caso parliamo di prestazioni "Fuori Network".

Le somme massime pagabili che elenchiamo nei prossimi punti per ogni garanzia sono valide sia per le prestazioni In Network sia per quelle Fuori Network, ma per queste ultime bisogna ricordare che una parte della spesa rimane sempre a carico della Persona assicurata.

Art. 5.1. Garanzia Base - Ricovero con o senza intervento chirurgico

Questa garanzia opera se una *Persona assicurata* viene ricoverata per almeno una notte, con o senza intervento

chirurgico, in una struttura sanitaria.

Rimborsa le spese per:

- assistenza medico-infermieristica durante il periodo di degenza, compresa qualsiasi *Cura*, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici ed esami clinici;
- costi di degenza della *Persona assicurata* e di pernottamento di chi eventualmente la assiste;
- intervento chirurgico, onorari dell'equipe medica e infermieristica, diritti di sala operatoria, materiale e medicinali per l'intervento, apparecchi terapeutici e endoprotesi applicate;
- trapianto di organi, sia quando la *Persona assicurata* è donatore (in vita) sia quando è ricevente e in questo secondo caso sono incluse anche le prestazioni sanitarie al donatore (in vita). Sono comunque sempre comprese le spese per il trasporto di organi o di loro parti;
- prestazioni sanitarie sul neonato diagnosticate nel primo mese di vita necessarie a seguito di *Malattia*, anche congenita, o *Infortunio*, successive a un parto;
- cure odontoiatriche e protesi dentarie, solo se necessarie a seguito di *Infortunio*.

In questi casi la *Compagnia* rimborsa le spese, per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*, fino a un massimo di ...

MASSIMALI

... **500.000 euro** se c'è una sola *Persona assicurata*;

... **200.000 euro** a testa se ci sono più assicurati, e **300.000 euro aggiuntivi** come *Massimale* utilizzabile dall'intera *Famiglia* se viene esaurito il Massimale della singola *Persona assicurata*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Oltre a quanto detto finora, la *Compagnia* rimborsa fino a un massimo di 7.500 euro anche le spese sostenute se si viene ricoverati per

- parto, o aborto sia spontaneo che terapeutico;
- i seguenti interventi chirurgici particolari: appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, emorroidectomia, interventi per varici agli arti inferiori ed ernie della parete addominale.



Oltre a quanto scritto qui, per tutte le prestazioni della Garanzia Base vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.I e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 19).



Facciamo un esempio per capire come funziona il *Massimale* della Garanzia Base *In Network*:

Numero di assicurati per famiglia	Numero di sinistri avvenuti nel corso dell'anno
<p>Polizza con 1 assicurato</p> <p>Se c'è un solo assicurato spetta a lui tutto il <i>Massimale</i> di € 500.000 (è la somma del <i>Massimale</i> che spetta a ogni <i>Persona assicurata</i> di € 200.000 e di quello che spetterebbe alla <i>Famiglia</i> di € 300.000)</p>	<p>1° Sinistro avvenuto nel corso dell'anno</p> <p>Spese sostenute pari a € 375.000 Importo pagato direttamente dalla Compagnia all'istituto di cura: € 375.000 Importo a carico dell'assicurato: € 0 <i>Massimale</i> residuo per il resto dell'anno: € 125.000</p>
	<p>2° Sinistro avvenuto nel corso dell'anno</p> <p>Nuove spese sostenute pari a € 50.000 <i>Massimale</i> a disposizione: € 125.000 Importo pagato direttamente dalla Compagnia all'istituto di cura: € 50.000 Importo a carico dell'assicurato: € 0 <i>Massimale</i> residuo per il resto dell'anno: € 75.000</p> <p>Riepilogando...</p> <p>Dopo il 1° Sinistro dell'anno per spese di € 375.000 <i>Massimale</i> residuo (500.000 – 375.000) = € 125.000</p> <p>Dopo il 2° Sinistro dell'anno per spese di € 50.000</p>

Numero di assicurati per famiglia	Numero di sinistri avvenuti nel corso dell'anno
	<i>Massimale residuo (125.000 – 50.000) = € 75.000</i>
<p>Polizza con 3 assicurati Ogni assicurato ha a disposizione un <i>Massimale</i> di € 200.000 a testa, al quale si aggiunge il <i>Massimale</i> per tutta la <i>Famiglia</i> di € 300.000 (cioè per tutti e 3 gli assicurati), che può essere sfruttato da ciascuno se si esaurisce il proprio <i>Massimale</i> personale.</p>	<p>1° Sinistro avvenuto nel corso dell'anno Spese sostenute dall'assicurato 1: € 145.000 Importo pagato dalla Compagnia all'istituto di cura: € 145.000 Importo a carico dell'assicurato 1: € 0 <i>Massimale</i> personale residuo dell'assicurato 1: € 55.000 <i>Massimale</i> aggiuntivo per la <i>Famiglia</i> residuo: € 300.000</p> <p>2° Sinistro avvenuto nel corso dell'anno Spese sostenute dall'assicurato 2: € 450.000 <i>Massimale</i> personale a disposizione dell'assicurato 2: € 200.000 <i>Massimale</i> aggiuntivo per la <i>Famiglia</i> utilizzabile: € 300.000 Importo pagato dalla Compagnia all'istituto di cura: € 450.000 Importo a carico dell'assicurato 2: € 0 <i>Massimale</i> personale dell'assicurato 2 residuo: € 0 <i>Massimale</i> aggiuntivo per la <i>Famiglia</i> residuo: € 50.000</p> <p>3° Sinistro avvenuto nel corso dell'anno Nuove spese sostenute dall'assicurato 1: € 135.000 <i>Massimale</i> personale residuo a disposizione dell'assicurato 1: € 55.000 <i>Massimale</i> aggiuntivo della <i>Famiglia</i> residuo: € 50.000 Importo pagato direttamente dalla Compagnia all'istituto di cura: € 105.000 Importo a carico dell'assicurato 1: € 30.000 <i>Massimale</i> personale dell'assicurato 1 residuo: € 0 <i>Massimale</i> aggiuntivo della <i>Famiglia</i> residuo: € 0</p> <p>Nessun Sinistro nel corso dell'anno a carico dell'assicurato 3 <i>Massimale</i> personale a disposizione dell'assicurato 3: € 200.000 <i>Massimale</i> aggiuntivo per la <i>Famiglia</i> residuo: € 0</p> <p>Riepilogando...</p> <p>Dopo il 1° Sinistro dell'anno per spese assicurato 1 di € 145.000 <i>Massimale</i> residuo assicurato 1 → € (200.000 – 145.000) = € 55.000 <i>Massimale</i> residuo assicurato 2 → € (200.000 – 0) = € 200.000 <i>Massimale</i> residuo assicurato 3 → € (200.000 – 0) = € 200.000 <i>Massimale</i> residuo <i>Famiglia</i> → € (300.000 – 0) = € 300.000</p> <p>Dopo il 2° Sinistro dell'anno per spese assicurato 2 di € 450.000 <i>Massimale</i> residuo assicurato 1 → € (55.000 – 0) = € 55.000 <i>Massimale</i> residuo assicurato 2 → € (200.000 – 200.000) = € 0 <i>Massimale</i> residuo assicurato 3 → € (200.000 – 0) = € 200.000 <i>Massimale</i> residuo <i>Famiglia</i> → € (300.000 – 250.000) = € 50.000</p> <p>Dopo il 3° Sinistro dell'anno per nuove spese assicurato 1 di € 135.000 <i>Massimale</i> residuo assicurato 1 → € (55.000 – 55.000) = € 0 <i>Massimale</i> residuo assicurato 2 → € (0 – 0) = € 0 <i>Massimale</i> residuo assicurato 3 → € (200.000 – 0) = € 200.000 <i>Massimale</i> residuo <i>Famiglia</i> → € (50.000 – 50.000) = € 0</p>

Art. 5.2 Garanzie aggiuntive opzionali

Per tutte o solo alcune delle persone assicurate, oltre alla Garanzia Base, il *Contraente* può decidere di attivare fino a 7 garanzie aggiuntive opzionali suddivise in 3 livelli.

Art. 5.2.1 Garanzie aggiuntive di 1° Livello

Nel primo livello si può scegliere una o entrambe di queste garanzie aggiuntive:



OPZIONE A

- Interventi chirurgici ambulatoriali e Day Hospital/Surgery
- Cure oncologiche

OPZIONE B

- Prestazioni pre e post ricovero
- Indennità sostitutiva per ricovero in regime di Servizio Sanitario Nazionale

Per ogni persona assicurata per cui sono attivate entrambe le OPZIONI è compreso un controllo medico gratuito di prevenzione cardio-oncologica.

Opzione A – Interventi chirurgici ambulatoriali, Ricovero in Day Hospital, Interventi chirurgici in Day Surgery e Cure Oncologiche Extraospedaliere

Interventi chirurgici ambulatoriali, Ricovero in Day Hospital e Interventi chirurgici in Day Surgery – se una *Persona assicurata* viene ricoverata senza doversi fermare per la notte in una struttura sanitaria autorizzata, la *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per:

- a) assistenza medico-infermieristica durante il *Ricovero*, incluse cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici ed esami clinici;
- b) retta per il *Ricovero* della *Persona assicurata*;
- c) intervento chirurgico, onorari dell'equipe medica e infermieristica, diritti di sala operatoria, materiale e medicinali di intervento, apparecchi terapeutici e endoprotesi applicate.

Cure oncologiche extraospedaliere – se una *Persona assicurata* a causa di una malattia oncologica deve andare in una struttura sanitaria, la *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per chemioterapia, terapie radianti in regime di extraricovero (cioè senza *Ricovero*) e per visite mediche specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie farmacologiche.

Con questa garanzia, per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*, la *Compagnia* rimborsa le spese...

MASSIMALI

...per gli **Interventi chirurgici ambulatoriali, ricovero in Day Hospital e Interventi chirurgici in Day Surgery** ricomprendendole nel **Massimale** della garanzia base (e quindi fino a un massimo di 500.000 euro se c'è una sola *Persona assicurata* o 200.000 euro per ciascuno se ci sono più assicurati, e 300.000 euro aggiuntivi come *Massimale* utilizzabile dall'intera *Famiglia*). Infatti, per questa copertura non c'è un **Massimale** separato da quello della **Garanzia Base**.

... per le **cure oncologiche extraospedaliere** fino a un massimo di 10.000 euro, anche per i ticket sanitari di cure svolte tramite il Servizio Sanitario Nazionale.



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.1 e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art.19).

Opzione B - Prestazioni Pre e Post ricovero e Indennità Sostitutiva per ricovero in regime di Servizio Sanitario Nazionale

Prestazioni Pre e Post ricovero - se una *Persona assicurata* viene ricoverata anche senza doversi fermare per la notte in una struttura sanitaria, la *Compagnia* rimborsa le spese sostenute:

- a) nei 90 giorni prima del *Ricovero* per onorari medici, accertamenti diagnostici e analisi cliniche, che sono legate alla patologia che ha determinato il *Ricovero* stesso;
- b) nei 90 giorni dopo le dimissioni dal *Ricovero* per onorari medici, accertamenti diagnostici e analisi cliniche, prestazioni chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, inerenti e conseguenti al *Ricovero* stesso.

Per queste prestazioni, per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*, la *Compagnia* rimborsa le spese ...

MASSIMALI

... prima del **Ricovero** fino a un massimo di 1.000 euro per singolo *Sinistro* e 2.000 euro per l'intero anno, e quelle dopo il **Ricovero** fino a un massimo di 1.500 euro per singolo *Sinistro* e 2.500 euro per l'intero anno.

Indennità Sostitutiva per ricovero in regime di Servizio Sanitario Nazionale – se una *Persona assicurata* viene ricoverata in una struttura sanitaria a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la *Compagnia* riconosce un **Indennizzo giornaliero** prestabilito al posto del rimborso delle spese sanitarie.

Per queste prestazioni, per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*, la *Compagnia* riconosce...

MASSIMALI

... 75 euro per ogni giorno di *Ricovero* in *Day Hospital*, per un massimo di 50 giorni in tutto l'anno; se invece si è ricoverati anche di notte, cioè con pernottamento, l'indennità è di 150 euro per ogni giorno di *Ricovero*, per un massimo di 100 giorni in tutto l'anno.

! È IMPORTANTE SAPERE

Per **Prestazioni Pre e Post ricovero**, consideriamo come una sola prestazione tutti gli esami previsti da una stessa prescrizione medica o relativi ad un unico prelievo di qualsiasi tipo di liquido (ad esempio sangue) o tessuto biologico.

Per **Indennità Sostitutiva per ricovero in regime di Servizio Sanitario Nazionale**, per il calcolo dei giorni di *Ricovero*, il giorno di entrata e quello di uscita dalla struttura sanitaria sono considerati un solo giorno, non importa qual è l'ora dell'ingresso e della dimissione.



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.2 e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 19).

Controllo medico biennale di Prevenzione Cardio-Oncologica

Ogni *Persona assicurata* per cui vengono attivate sia l'Opzione A sia l'Opzione B, da quando compie 45 anni può fare ogni 2 anni un controllo medico gratuito a titolo di prevenzione cardio-oncologica.

Il controllo però può essere fatto **solo presso una struttura sanitaria In Network**, e prevede:

- analisi ematiche (emocromo completo con formula, VES, glicemia, azotemia, creatininemia, colesterolo HDL, LDL e totale, GOT, GPT);
- esame chimico e microscopico delle urine;
- elettrocardiogramma di base;
- Pap Test, tampone vaginale e mammografia bilaterale (per donne);
- PSA, ecografia prostatica e vescicale sovrapubica (per uomini).

Tutti gli esami devono essere autorizzati con un'unica richiesta di prestazione.

Art. 5.2.2. Garanzie aggiuntive di 2° Livello

Per la *Persona assicurata* con almeno una delle garanzie del 1° livello, possono essere aggiunte anche una o entrambe le garanzie del 2° livello, e cioè:

OPZIONE C

- Visite mediche Specialistiche

OPZIONE D

- Accertamenti Diagnostici

Opzione C - Visite Mediche Specialistiche

Con questa garanzia, se a una *Persona assicurata* viene prescritta una visita medica specialistica, la *Compagnia* rimborsa le spese...



MASSIMALI

...fino a un massimo di 1.000 euro per ciascuna Persona assicurata e per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*.

➔ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.3 e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 19).

Opzione D - Accertamenti Diagnostici

Con questa garanzia, se a una *Persona assicurata* vengono prescritti accertamenti diagnostici, esami strumentali o analisi cliniche, la *Compagnia* rimborsa le spese...

MASSIMALI

...fino a un massimo di 2.000 euro per ciascuna Persona assicurata e per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*.

➔ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.3 e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 19).

Art. 5.2.3. Garanzie aggiuntive di 3° Livello

Per la *Persona assicurata* con almeno una delle garanzie del 2° livello, possono essere aggiunte anche una o più delle garanzie del 3° livello, e cioè:

OPZIONE E

- Cure Fisiokinesiterapiche

OPZIONE F

- Lenti e Occhiali

OPZIONE G

- Cure odontoiatriche

Opzione E - Cure Fisiokinesiterapiche

Con questa garanzia, se a una *Persona assicurata* vengono prescritte cure fisioterapiche o kinesiterapiche, la *Compagnia* rimborsa le spese...

MASSIMALI

... fino a un massimo di 1.500 euro per ciascuna Persona assicurata e per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Agopuntura, manipolazioni vertebrali o chiroterapia e massoterapia distrettuale-riflessogena sono indennizzabili solo se sono eseguite da un medico chirurgo abilitato fisioterapista della riabilitazione o da una persona in possesso del diploma di massofisioterapista con formazione triennale, o del diploma di formazione biennale, con indicazione che il titolo è considerato equivalente alla laurea di fisioterapista.

Consideriamo come una sola prestazione ogni ciclo di 10 trattamenti dello stesso tipo con un'unica prescrizione medica.

➔ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.4 e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 19).

Opzione F - Lenti e Occhiali

Con questa garanzia, se a una *Persona assicurata* viene certificato da un medico oculista o ottico optometrista il miglioramento o peggioramento della vista (cioè una c.d. variazione del visus) e deve comprare gli occhiali o soltanto le lenti, anche a contatto, la *Compagnia* rimborsa le spese...



MASSIMALI

... fino a un massimo di 500 euro per ciascuna Persona assicurata e per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza* (solo se c'è una nuova variazione del visus).



Rispondiamo a un dubbio

Giovanni fa una visita oculistica il 01/09/2024 che certifica un peggioramento della vista e deve acquistare nuove lenti a contatto. Per quanto tempo Giovanni avrà diritto al rimborso per l'acquisto delle lenti?

Per l'acquisto delle lenti a contatto, la Compagnia ritiene valida la prescrizione del medico oculista per 1 anno; quindi, Giovanni avrà diritto al rimborso fino al 01/09/2025, nel limite complessivo di € 500. Passata quella data, per poter chiedere nuovi rimborsi deve inviare un nuovo certificato da cui risulti un miglioramento o peggioramento della vista.



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.4 e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 19).

Opzione G - Cure Odontoiatriche

Con questa garanzia, se una *Persona assicurata* si sottopone a cure odontoiatriche, la *Compagnia* rimborsa le spese...

MASSIMALI

... fino a un massimo di 2.500 euro per ciascuna Persona assicurata e per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*.



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (artt. 7.4 e 10) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (art. 19).

Art. 5.3. Servizio di Assistenza

Oltre alle garanzie che il *Contraente* può scegliere di attivare, la *Polizza* prevede obbligatoriamente di acquistare un servizio di assistenza che offre prestazioni di tipo sanitario e non sanitario, sia quando la *Persona assicurata* si trova a casa sia quando è in viaggio. Queste prestazioni, di cui parliamo nei tre punti successivi, sono fornite da IMA Servizi S.c.a.r.l. e si suddividono in:

Prestazioni di assistenza medica

Prestazioni di assistenza in viaggio

Prestazioni di assistenza a domicilio in Italia

! È IMPORTANTE SAPERE

Ogni *Persona assicurata* può richiedere ciascuna prestazione di assistenza per un massimo di 3 volte all'anno, per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza* e quindi si è assicurati.

Art. 5.3.1. Prestazioni di Assistenza medica

La *Persona assicurata*, che ne ha bisogno a seguito di *Infortunio* o *Malattia* (solo dove è specificato la prestazione viene fornita sole se la malattia è improvvisa) può chiamare a qualunque ora in tutti i giorni dell'anno la *Struttura Organizzativa* di IMA, per chiedere le seguenti prestazioni:

- Consulenza medica telefonica**, se serve una consulenza medica. Non vengono fornite diagnosi o prescrizioni mediche;
- Invio di un Medico in Italia**, se dopo una consulenza medica serve un medico nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8 e nei festivi 24 ore su 24, ma la *Persona assicurata* non riesce a reperirlo e il medico della *Struttura Organizzativa* lo ritiene necessario. In alternativa, se nessuno dei medici convenzionati con la *Struttura organizzativa* è

immediatamente disponibile, viene concordato con la *Persona assicurata* di trasportarla in ambulanza (o con altro veicolo adatto) nella struttura sanitaria più vicina;

- c) **Trasferimento sanitario programmato in Italia**, se a seguito di *Infortunio* o *Malattia improvvisa*, e i medici della *Struttura Organizzativa* lo ritengono necessario in accordo con i medici curanti, serve un trasferimento programmato in ambulanza in una regione diversa da quella in cui si risiede (perché in questa non ci si può curare) per terapie non riabilitative e continuative per:
- andare nella struttura sanitaria in cui si deve essere ricoverati,
 - andare dalla struttura sanitaria in cui si è ricoverati verso un altro più attrezzato per le cure necessarie,
 - tornare alla propria residenza a seguito di dimissione dalla struttura sanitaria in cui si è ricoverati;
- d) **Monitoraggio del ricovero ospedaliero**, se a seguito di un *Ricovero ospedaliero* la *Persona assicurata* chiede di informare i propri familiari sull'evolversi della sua situazione clinica, la *Struttura Organizzativa* prende contatto con i medici curanti e fa da tramite coi familiari. Questa prestazione può essere fornita solo se la *Persona assicurata* fornisce esplicitamente al reparto in cui è ricoverato il consenso al rilascio di informazioni sul suo stato di salute, nel rispetto di tutte le formalità previste dalla normativa sulla protezione dei dati personali;
- e) **Traduzione della cartella clinica**, se a seguito di *Infortunio* o *Malattia improvvisa* serve il consulto di un medico specialista straniero, oppure la *Persona assicurata* deve essere trasferita in una struttura sanitaria all'estero. In questi casi la *Struttura Organizzativa* provvede alla traduzione della cartella clinica e dell'eventuale diagnosi. Inoltre, si può far tradurre in italiano la cartella clinica che viene rilasciata dalla struttura sanitaria all'estero in cui la *Persona assicurata* era ricoverata.

È importante ricordare che la *Struttura Organizzativa* non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 per le urgenze.

Con riferimento ai casi elencati sopra alle lettere c) ed e), la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... per il Trasferimento sanitario programmato in Italia, i costi del tragitto di andata e ritorno dell'ambulanza fino a un massimo di 200 km e per la Traduzione della cartella clinica, tutti i costi di traduzione.



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (*art. 10*) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (*art. 19*).

Art. 5.3.2. Prestazioni di Assistenza in viaggio

La *Persona assicurata* che si trova in viaggio può chiamare a qualunque ora in tutti i giorni dell'anno la *Struttura Organizzativa* di IMA, per chiedere le seguenti prestazioni:

- a) **Rientro sanitario**, se dopo un *Infortunio* o una *Malattia improvvisa* serve per essere portato in una struttura sanitaria vicino alla residenza per avere cure specifiche e i medici della *Struttura Organizzativa*, in accordo con i medici curanti sul posto, lo ritengono necessario. Il trasferimento con l'assistenza di personale medico e/o paramedico viene organizzato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici ritengono più idonei alle sue condizioni tra: aereo sanitario appositamente equipaggiato (esclusivamente nei Paesi dell'Europa geografica e del bacino del Mediterraneo), aereo di linea (eventualmente barellato), autoambulanza, treno/vagone letto (prima classe), o altro mezzo ritenuto adatto durante il trasferimento;
- b) **Rientro con un familiare**, se dopo aver chiesto un Rientro sanitario i medici della *Struttura Organizzativa* non ritengono necessaria l'assistenza di personale medico e/o paramedico, viene organizzato il viaggio di rientro anche per un familiare che sta partecipando al viaggio, con lo stesso mezzo di trasporto della *Persona assicurata*;
- c) **Trasporto della salma**, se muore in viaggio viene organizzato il trasporto del corpo fino al cimitero del luogo di residenza in Italia, dopo aver adempiuto a tutte le formalità; Il trasporto avviene secondo le norme internazionali in materia. I costi per sbrigare le formalità, per una bara sufficiente al trasporto del corpo e per il trasporto stesso sono a carico della *Compagnia*, nei limiti del *Massimale*. Se è necessario il riconoscimento del corpo oppure se leggi locali ne impediscono il trasporto o se era stato espresso il desiderio d'essere sepolti sul posto, viene messo a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o si organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto;
- d) **Assistenza ai minori di anni 14**, se viene ricoverata in una struttura sanitaria per più di 7 giorni e c'è la necessità di farsi raggiungere da una persona maggiorenne di fiducia per assistere dei minori di 14 anni, che sono rimasti soli



- perché non c'è nessun altro familiare sul posto, la *Struttura Organizzativa* ne organizza il viaggio con biglietto di andata e ritorno in treno (prima classe) o, se il viaggio dura più di 6 ore, in aereo (classe economica);
- e) **Assistenza ai familiari assicurati**, se a seguito di *Ricovero* in una struttura sanitaria o trasferimento sanitario le altre persone assicurate vogliono rimanere con il ricoverato, la *Struttura Organizzativa* ne organizza il rientro all'abitazione o il pernottamento sul posto comprensivo di prima colazione;
- f) **Viaggio di un familiare**, se a seguito di *Ricovero* in una struttura sanitaria per un *Infortunio* o una *Malattia improvvisa* chiede di farsi raggiungere da un familiare perché non ce n'è nessuno sul posto, la *Struttura Organizzativa* ne organizza il viaggio con biglietto di andata e ritorno in treno (prima classe) o, se il viaggio dura più di 6 ore, in aereo (classe economica);
- g) **Autista a disposizione**, se per un *Infortunio* o una *Malattia improvvisa* non può proseguire il viaggio alla guida del proprio veicolo e se nessuno dei passeggeri è in grado di sostituirlo alla guida, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione un autista per riportare alla città di residenza il veicolo e i passeggeri (seguendo il percorso più breve). Se la *Persona assicurata* vuole rientrare senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dove è custodito il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la carta verde;
- h) **Invio medicinali all'Estero**, se serve un medicinale regolarmente prescritto da un medico, introvabile sul posto ma in commercio in Italia, la *Struttura Organizzativa* lo cerca e lo invia con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme locali che ne regolano il trasporto, oppure fornisce il nome di un farmaco equivalente che viene fatto e venduto sul posto;
- i) **Informazioni di medicina tropicale**, se deve andare in un Paese tropicale e vuole avere informazioni su vaccinazioni richieste, rischi sanitari, alimentazione e bevande, farmaci utili in viaggio, clima e temperature o servizi sanitari sul posto, può ottenerle chiamando la *Struttura Organizzativa* dalle 9 alle 18 dal lunedì al venerdì (se non festivi).

Con riferimento ai casi elencati sopra, la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

- ... per il **Rientro sanitario**, tutti i costi di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e paramedico;
- ... per il **Rientro con un familiare**, tutti i costi del viaggio di rientro del familiare;
- ... per il **Trasporto della salma**, fino a un massimo di **2.600 euro** e solo per l'acquisto della bara ed il relativo trasporto;
- ... per l'**Assistenza ai minori di anni 14**, i costi di organizzazione del viaggio e messa a disposizione dei biglietti;
- ... per l'**Assistenza ai familiari assicurati**, fino a un massimo di **210 euro complessivi** per due notti;
- ... per il **Viaggio di un familiare**, i costi di organizzazione del viaggio e messa a disposizione dei biglietti;
- ... per l'**Autista a disposizione**, l'onorario dell'autista;
- ... per l'**Invio di medicinali all'estero**, i costi per trovare e spedire i medicinali.



Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (*art. 10*) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (*art. 19*).

! È IMPORTANTE SAPERE

IMA Servizi S.c.a.r.l. fornisce le prestazioni di Assistenza in viaggio solo se la *Persona assicurata* si trova ad almeno 50 chilometri dal proprio Comune di residenza.

La prestazione **Rientro sanitario** NON può essere richiesta se:

- il trasporto della *Persona assicurata* comporta la violazione di norme sanitarie (ad esempio in caso di malattie infettive);
- la *Persona assicurata* è in grado di proseguire il viaggio o secondo i medici della *Struttura Organizzativa* può essere curata sul posto.

La prestazione **Trasporto della salma** NON comprende i costi per l'eventuale recupero della salma stessa e per il funerale.

La prestazione **Viaggio di un familiare** NON comprende le spese di vitto e alloggio e tutte le spese diverse da quelle dell'organizzazione del viaggio e della messa a disposizione dei biglietti.

La prestazione **Autista a disposizione** NON comprende le spese per il carburante e per i pedaggi (ad esempio autostrade e traghetto).

La prestazione **Invio medicinali all'Estero** NON comprende il costo per l'acquisto dei medicinali.

Art. 5.3.3. Prestazioni di Assistenza a domicilio in Italia

La *Persona assicurata* può chiamare a qualunque ora in tutti i giorni dell'anno la *Struttura Organizzativa* di IMA, per chiedere le seguenti prestazioni al proprio domicilio:

- a) **Assistenza infermieristica o fisioterapia post Ricovero**, se serve assistenza specializzata infermieristica o fisioterapia dopo la dimissione da una struttura sanitaria in cui è stata ricoverata per più di 5 giorni e il medico della *Struttura Organizzativa* lo ritiene necessario per continuare a casa le terapie previste. In questi casi, la *Persona assicurata* deve comunicare la sua necessità almeno 2 giorni prima delle dimissioni dal *Ricovero*, o appena è in possesso della prescrizione delle terapie; la *Struttura Organizzativa* fornisce assistenza al massimo per 5 ore complessive nelle prime 2 settimane di convalescenza.
L'infermiere è a disposizione 24 ore su 24, mentre il fisioterapista solo tra le ore 9 e le 18 dal lunedì al venerdì (se non festivi);
- b) **Invio operatore socio-sanitario**, se dopo un *Infortunio* si trova in stato di *Non autosufficienza* e ha bisogno di assistenza personale nella struttura sanitaria in cui è ricoverata o a casa propria dopo il *Ricovero*, la *Struttura Organizzativa* ricerca e invia l'operatore socio-sanitario per le prime 2 settimane di convalescenza, dopo essersi accertata che non è autosufficiente. In questi casi, la *Persona assicurata* deve comunicare la sua necessità con un preavviso di almeno 2 giorni e inviare alla *Struttura Organizzativa* il certificato di *Ricovero*;
- c) **Consegna farmaci presso l'abitazione**, se serve urgentemente un farmaco regolarmente prescritto da un medico e venduto in Italia, la *Struttura Organizzativa* lo reperisce e lo consegna;
- d) **Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti**, se per un *Infortunio* viene ricoverato in una struttura sanitaria e serve assistenza infermieristica specializzata per familiari conviventi in stato di *Non autosufficienza* che sono rimasti soli presso la propria abitazione, la *Struttura Organizzativa* fornisce il prima possibile, e in base alle oggettive situazioni locali, l'assistenza al massimo per 5 ore complessive. In questi casi, la *Persona assicurata* deve comunicare la necessità con un preavviso di almeno 2 giorni e inviare alla *Struttura Organizzativa* il suo certificato di *Ricovero*;
- e) **Invio baby-sitter**, se ha bisogno di un *Ricovero* in una struttura sanitaria per più di 5 giorni e nelle prime 2 settimane di convalescenza non può prendersi cura di figli con meno di 14 anni per accompagnarli a scuola o seguirli in attività extra-scolastiche, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione una baby-sitter. In questi casi, la *Persona assicurata* deve comunicare la sua necessità con un preavviso di almeno 2 giorni.
- f) **Invio collaboratrice familiare**, se ha bisogno di un *Ricovero* in una struttura sanitaria per più di 5 giorni e nelle prime 2 settimane di convalescenza serve una collaboratrice familiare a casa (ad esempio per fare i mestieri, preparare pasti o curare la casa in generale). In questi casi, la *Persona assicurata* deve comunicare la sua necessità con un preavviso di almeno 2 giorni;
- g) **Servizio spesa a casa**, se un *Infortunio* la immobilizza (con certificazione medica) e non può uscire di casa da sola, può chiedere alla *Struttura Organizzativa* di consegnargli a casa al massimo una volta a settimana una spesa di due borse di generi alimentari e beni di prima necessità;
- h) **Custodia animali**, se ha bisogno di un *Ricovero* in una struttura sanitaria per più di 5 giorni e non può né occuparsi personalmente dei propri animali domestici né affidarli a un familiare, può chiedere alla *Struttura Organizzativa* di custodirli in una struttura idonea. In questi casi la *Persona assicurata* deve comunicare la sua necessità con un preavviso di almeno 2 giorni.

Con riferimento ai casi elencati sopra, la *Compagnia* paga...

MASSIMALI

... per l'**Invio operatore socio-sanitario**, l'**Invio baby-sitter** e l'**Invio collaboratrice familiare**, fino a un massimo di **500 euro complessivi** (IVA inclusa) per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza* e quindi si è assicurati;

... per la **Consegna farmaci a casa**, tutti i costi per trovare e consegnare il farmaco;

... per il **Servizio spesa a casa**, i costi per la consegna della spesa;

... per la **Custodia animali**, fino a un massimo di **300 euro complessivi** (IVA inclusa) per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza* e quindi si è assicurati.

➔ Oltre a quanto scritto qui, vanno sempre verificati le esclusioni, i limiti (*art. 10*) e i casi in cui cessa la copertura assicurativa (*art. 19*).

! È IMPORTANTE SAPERE

La prestazione **Consegna farmaci presso l'abitazione** NON comprende il costo per l'acquisto dei farmaci.

La prestazione **Servizio spesa a casa** NON comprende il costo dei prodotti comprati.



CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 6. Chi non può essere assicurato

Con questa *Polizza* non può essere assicurato chi è affetto da: alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività da H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o sindromi organiche cerebrali.

Se anche dopo che è stata attivata la *Polizza*, uno degli assicurati si viene a trovare in uno di questi stati, la copertura per questa persona finisce, anche se era stata scelta la copertura con formula "Vita intera". La *Compagnia* non gli deve alcun rimborso e adegua l'importo del *Premio* per l'eventuale annualità successiva per i restanti assicurati.



Oltre a quanto scritto qui, devono essere sempre rispettati i requisiti che deve avere ogni *Persona assicurata* (*art. 1*).



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 7. Casi in cui si riduce l'indennizzo (gli scoperti)

Come spiegato all'*art. 5*, le prestazioni previste dalle garanzie (ad eccezione della prestazione Indennità sostitutiva per *Ricovero* in regime di Servizio Sanitario Nazionale dell'Opzione B e per l'Opzione F - Lenti e occhiali) possono essere richieste *In Network* (cioè su strutture sanitarie convenzionate con AON) oppure *Fuori Network*.

In quest'ultimo caso però, l'*Indennizzo* che spetterebbe alla *Persona assicurata* viene sempre ridotto, perché una parte delle spese non è rimborsata e rimane quindi a suo carico (in termini assicurativi si parla di scoperti).

Di seguito indichiamo quindi lo scoperto per ogni prestazione fatta *Fuori Network*.

Art. 7.1. Casi in cui si riduce l'indennizzo per la Garanzia Base

In caso di *Ricovero*, NON viene rimborsato e quindi rimane a carico della *Persona assicurata* il 25% delle spese, con un minimo di 250 euro e un massimo di 5.000 euro.

Anche in caso di parto e interventi chirurgici particolari, NON viene rimborsato e quindi rimane a carico della *Persona assicurata* il 25% delle spese, con un minimo di 250 euro ma con un massimo di 750 euro.

Art. 7.2. Casi in cui si riduce l'indennizzo per le Garanzie aggiuntive di 1° livello

Per l'Opzione A – Interventi chirurgici ambulatoriali, *Ricovero in Day Hospital* e Interventi chirurgici in Day Surgery, NON viene rimborsato e quindi rimane a carico della *Persona assicurata* il 25% delle spese, con un minimo di 250 euro e senza un limite massimo.

Anche per l'Opzione B - Prestazioni pre e post ricovero, NON viene rimborsato e quindi rimane a carico della *Persona assicurata* il 25% delle spese, ma con un minimo di 50 euro per ogni singola prestazione e sempre senza un limite massimo. **Per le analisi cliniche di questa garanzia, consideriamo come una singola prestazione tutti gli esami previsti da una stessa prescrizione medica o relativi ad un unico prelievo di qualsiasi tipo di liquido (ad esempio sangue) o tessuto biologico.**

Per l'opzione B - Indennità sostitutiva per *Ricovero* in regime di Servizio Sanitario Nazionale, non è previsto nessuno scoperto.

 Facciamo due esempi di pagamento delle spese per Prestazioni Pre e Post ricovero (Opzione B) effettuate *In Network* e *Fuori Network*:

Spese nei 90 giorni precedenti il Ricovero (Massimale € 1.000)

Spese sostenute dalla *Persona assicurata*: € 500

Indennizzo spettante *In Network*: € 500

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 0

Indennizzo spettante *Fuori Network*: € 375 → (€ 500 di spesa – € 125, pari al 25% di € 500)

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 125, pari allo scoperto del 25%

Spese nei 90 giorni successivi il Ricovero (Massimale € 1.500)

Spese sostenute dalla *Persona assicurata*: € 1.800

Indennizzo spettante *In Network*: € 1.500, pari al *Massimale*

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 300, pari alla somma che supera il *Massimale*

Indennizzo spettante *Fuori Network*: € 1.350 → (€ 1.800 di spesa – € 450, pari al 25% di € 1.800)

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 450, pari allo scoperto del 25%

Art. 7.3. Casi in cui si riduce l'indennizzo per le Garanzie aggiuntive di 2° livello

Sia per l'Opzione C - Visite mediche specialistiche, sia per l'Opzione D - Accertamenti diagnostici, NON viene rimborsato e quindi rimane a carico della *Persona assicurata* il 25% delle spese, con un minimo di 50 euro per singola prestazione, cioè ogni visita o accertamento, e senza un limite massimo.

Per le analisi cliniche dell'OPZIONE D, consideriamo come una singola prestazione tutti gli esami previsti da una stessa prescrizione medica o relativi ad un unico prelievo di qualsiasi tipo di liquido (ad esempio sangue) o tessuto biologico.



Facciamo un esempio di pagamento delle spese per **Visite Mediche Specialistiche (Opzione C)** effettuate *In Network* e *Fuori Network* per una garanzia aggiuntiva di 2° livello

Spese per visite mediche specialistiche (Massimale € 1.000)

Spese sostenute dalla *Persona assicurata*: € 300

Indennizzo spettante *In Network*: € 300

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 0

Indennizzo spettante *Fuori Network*: € 225 → (€ 300 di spesa – € 75, pari al 25% di € 300)

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 75, pari allo scoperto del 25%

Art. 7.4. Casi in cui si riduce l'indennizzo per le Garanzie aggiuntive di 3° livello

Per l'Opzione E - Cure fisioinesiterapiche e l'Opzione G - Cure odontoiatriche, NON viene rimborsato e quindi rimane a carico della *Persona assicurata* il 25% delle spese, con un minimo di 50 euro per singola prestazione e senza un limite massimo.

Per le cure fisioinesiterapiche, consideriamo come una singola prestazione ogni ciclo di 10 trattamenti dello stesso tipo previsti da un'unica prescrizione medica. Se viene prescritto un numero minore di trattamenti, il limite minimo di 50 euro che rimarrebbe a carico della *Persona assicurata* viene ridotto in proporzione al numero di sedute che deve effettivamente fare.

Per l'Opzione F - Lenti e occhiali, NON viene mai rimborsato e quindi rimane **sempre** a carico della *Persona assicurata* il 25% delle spese, con un minimo di 50 euro e senza un limite massimo.



Facciamo un esempio di pagamento delle spese per **Cure Fisiokinesiterapiche (Opzione E)** effettuate *In Network* e *Fuori Network* per una garanzia aggiuntiva di 3° livello:

Spese per cure fisiokinesiterapiche (*Massimale* € 1.500)

Spese sostenute per 5 onde d'urto dalla *Persona assicurata*: € 150

Indennizzo spettante *In Network*: € 150

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 0

Indennizzo spettante *Fuori Network*: € 112,5 → (€ 150 di spesa – € 37,5, pari al 25% di € 150)

Spese a carico della *Persona assicurata*: € 37,5, pari allo scoperto del 25%

Art. 8. Dove sono valide le garanzie

Le garanzie sono valide in tutto il mondo, anche all'estero se ci si trova per meno di 6 mesi, tranne che nei Paesi segnalati come "a rischio" dal Ministero degli Affari Esteri che sconsiglia di andarci per qualsiasi motivo. Per verificare se si sta viaggiando verso un Paese a rischio bisogna controllare il sito www.viaggiasesicuri.it.

Art. 9. Periodi di tempo durante i quali la Compagnia non paga l'indennizzo (periodi di carenza)

Le persone assicurate sono coperte per i casi di *Infortunio* dalle ore 24 del giorno in cui è attiva la *Polizza*, che comunichiamo al *Contraente* con il *Documento di polizza*.

Invece, se il *Sinistro* NON è causato da un *Infortunio* le persone assicurate sono coperte dopo che è passato un determinato periodo di tempo dal giorno in cui la *Polizza* è attiva (in termini assicurativi si parla di periodi di Carenza).

Di seguito li elenchiamo per i differenti casi:

PERIODI DI CARENZA

- **per le prestazioni sanitarie dovute a *Malattia***
si è coperti SOLO se la *Malattia* che le rende necessarie si manifesta dopo che sono trascorsi almeno 30 giorni da quando la *Polizza* è attiva. Inoltre, per le prestazioni per l'Opzione F - Lenti e occhiali e l'Opzione G - Cure odontoiatriche, non si ha diritto all'*Indennizzo* se le malattie, che si manifestano durante questi 30 giorni, si protraggono anche dopo;
- **per le prestazioni sanitarie legate a aborto spontaneo o terapeutico e a patologie che dipendono da gravidanza**
si è coperti SOLO se sono trascorsi almeno 60 giorni da quando la *Polizza* è attiva. Inoltre, non si ha diritto all'*Indennizzo* se la gravidanza secondo il parere dei medici è iniziata prima del giorno in cui è stata attivata la *Polizza* oppure se è stata interrotta in maniera volontaria;
- **per le prestazioni relative alle garanzie Opzionali F - Lenti e occhiali e G - Cure odontoiatriche**
si è coperti DOPO che sono trascorsi almeno 90 giorni da quando la *Polizza* è attiva. Inoltre, non si ha diritto all'*Indennizzo* anche se la prescrizione medica specialistica che accerta e certifica il bisogno di comprare lenti e occhiali o fare cure odontoiatriche è fatta in questo periodo;
- **per le prestazioni sanitarie relative al parto e alle malattie del puerperio**
si è coperti SOLO se il parto avviene o la *Malattia* si manifesta dopo che sono trascorsi almeno 300 giorni da quando la *Polizza* è attiva.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se la *Polizza* è attivata in sostituzione di un'altra *Polizza* della *Compagnia* che copre la stessa *Persona assicurata* per gli stessi rischi (in termini assicurativi si parla di sostituzione di *Polizza*) senza interrompere la validità delle coperture assicurative, i periodi di Carenza che abbiamo elencato:

- **NON sono applicati** per le garanzie e i massimali che non cambiano rispetto alla nuova *Polizza*, perché li consideriamo come già trascorsi sulla vecchia *Polizza*;
- **SONO applicati** per le garanzie nuove e solo per la parte di *Massimale* più alta rispetto alla vecchia *Polizza* per le garanzie che non cambiano.

Art. 10. Casi in cui non si ha diritto all'Indennizzo (le esclusioni)

La *Persona assicurata* NON ha diritto a ricevere alcun *Indennizzo* per sinistri causati da:

ESCLUSIONI

- a) malattie, ogni stato patologico, conseguenze di infortuni e di difetti fisici che danno origine a sintomi, esami, diagnosi o cure prima della data in cui è attiva la relativa garanzia (cioè è trascorso il Periodo di Carenza), se la *Persona assicurata* non li ha dichiarati nel *Questionario Sanitario* e non sono stati inclusi nella copertura dalla *Compagnia* con il pagamento di un sovrappremio;
- b) eliminazione o correzione di difetti fisici o di malformazioni e le relative complicanze che esistevano già prima della data da cui è attiva la *Polizza*;
- c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- d) aver commesso o cercato di commettere volontariamente reati considerati dalla Legge di maggiore gravità, incluso il tentato suicidio, (in termini giuridici si parla di delitto doloso e delitto tentato come previsto dal Codice Penale) oppure aver commesso o permesso ad altri di compiere azioni per fare del male a loro stessi, oppure ancora dall'aver commesso azioni pericolose che comportano rischi evidenti (generalmente ricompresi sotto il nome di atti temerari). Fanno eccezione tutte le azioni compiute per legittima difesa o per dovere di solidarietà ai sensi di Legge;
- e) conseguenze dell'abuso di alcolici e dell'uso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni non prescritti da un medico, psicosi croniche prive di causalità organica;
- f) pratica di sport, partecipando a allenamenti, competizioni o gare:
 - come attività professionale o per la quale si viene comunque pagati;
 - con veicoli e natanti a motore (ad esempio motoscafo o moto d'acqua), a meno che le persone assicurate stiano partecipando a raduni di auto e/o moto o a gare cosiddette di regolarità e relative prove;
 - in cui è previsto l'uso di qualsiasi mezzo di trasporto aereo, compresi deltaplano, paracadute, parapendio, kitesurfing, elibike;
- g) infortuni dovuti alla pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, free climbing, canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, speleologia, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, bungee jumping, torrentismo, motocross, trial, hydrospeed, canyoning, freestyle ski, supermotard;
- h) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici (ad esempio busti e corsetti) e terapeutici (ad esempio elettrostimolatore) o di mezzi ausiliari a sostegno di handicap (ad esempio carrozzine per disabili), a meno che non siano previsti per le prestazioni delle garanzie attivate per la *Persona assicurata*;
- i) trattamenti che hanno finalità estetica, a meno che non siano necessari a seguito di *Infortunio* o di neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo;
- j) prestazioni e terapie per dimagrire, omeopatiche e fitoterapiche e quelle non riconosciute dalla medicina ufficiale, in particolare ci riferiamo alle cure che prevedono l'uso di cellule staminali che non hanno superato le fasi di sperimentazione clinica (a meno che non siano autorizzate da un magistrato) o che non rientrano nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);
- k) prestazioni e/o terapie della fecondità e/o della sterilità e/o dell'impotenza;
- l) interruzioni volontarie di gravidanza (come definite dalla Legge Italiana);
- m) conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, che siano naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X), tranne quelle che dipendono da terapie mediche per le garanzie attivate per la *Persona assicurata*;
- n) conseguenze di terremoti o movimenti sismici e eruzioni vulcaniche;
- o) conseguenze di guerre, insurrezioni, atti terroristici e tumulti popolari (ad esempio guerriglia urbana, manifestazioni violente), questi ultimi solo se la *Persona assicurata* vi ha partecipato attivamente;
- p) infortuni che sono conseguenti a scioperi, rivoluzioni, sommosse, saccheggi e atti di vandalismo;
- q) cure palliative e cioè l'insieme di cure, non solo farmacologiche, per migliorare il più possibile la qualità della vita sia della persona malata in fase terminale che della sua famiglia.



CHE OBBLIGHI HO?

Art. 11. Dichiarazioni del contraente e delle persone assicurate

Il *Contraente* e ciascuna *Persona assicurata* devono fornire dichiarazioni vere, corrette e complete (in termini giuridici non devono rendere dichiarazioni inesatte o reticenti, come previsto dal Codice Civile) su aspetti che influiscono sulla decisione della *Compagnia* di proteggerli oppure no (ad esempio la *Persona assicurata* non ha dichiarato di avere una malattia).

Se la *Persona assicurata* lo fa con l'intenzione di ricevere il pagamento dell'*Indennizzo* quando non ne avrebbe diritto (cioè con dolo) o per negligenza, imprudenza o imperizia (cioè con colpa grave), la *Compagnia* può annullare il contratto di assicurazione, cioè la *Polizza*, entro 3 mesi dal giorno in cui ha scoperto che la dichiarazione non era vera o corretta.

Se il *Sinistro* si verifica prima che annulliamo la *Polizza*, non paghiamo l'*Indennizzo* alla *Persona assicurata*. La *Compagnia* ha diritto, comunque, di trattenere i premi già incassati per coprire la *Persona assicurata* fino al giorno dell'annullamento della *Polizza*.

Se ci sono più persone assicurate, la *Polizza* viene chiusa solo per chi ha fornito le informazioni non corrette o incomplete. Se invece non c'è dolo o colpa grave, la *Compagnia* può chiudere la *Polizza*, cioè recedere dal contratto, entro 3 mesi dal giorno in cui ha scoperto che la dichiarazione non era vera o corretta. Se il *Sinistro* si verifica prima di chiudere la *Polizza* oppure prima di scoprire che la dichiarazione non era vera e corretta, riduciamo l'*Indennizzo* da pagare in proporzione della differenza tra il *Premio* pagato e quello che avremmo fatto pagare se avessimo saputo la verità.

Art. 12. Aggravamento del rischio

Il *Contraente* e la *Persona assicurata* devono comunicare per iscritto se la probabilità che si verifichi un *Sinistro* coperto dalla *Polizza* aumenta in modo che se fosse stata presente al momento della sottoscrizione della *Polizza* e la *Compagnia* l'avesse conosciuta non avrebbe potuto aprirla oppure avrebbe fatto pagare un *Premio* più alto (in termini giuridici si parla di aggravamento del rischio come previsto dal Codice Civile).

Per le garanzie attivate con la formula "Vita Intera", la *Compagnia* prevede questo obbligo solo per i primi 2 anni in cui si è assicurati (quindi quello in cui viene attivata la *Polizza* per la prima volta e il primo eventuale rinnovo).

La *Compagnia* può chiudere la *Polizza*, cioè recedere dal contratto, o proporre al *Contraente* che deve accettarla se vuole ancora coprire le persone assicurate, una esclusione o un sovrappremio adeguato all'aggravamento del rischio. Il recesso da parte della *Compagnia* vale dal momento in cui il *Contraente* riceve la comunicazione; la *Compagnia* ha comunque il diritto di incassare il *Premio*.

Se il *Sinistro* si verifica prima che chiudiamo la *Polizza* non paghiamo l'*Indennizzo* alla *Persona assicurata* e non restituiamo il *Premio*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Non consideriamo come aumento del rischio il peggioramento dello stato di salute della *Persona assicurata* a seguito di una *Malattia*.

Sono invece un aggravamento del rischio l'alcolismo, la tossicodipendenza, la sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), la sieropositività da H.I.V. e le sindromi organiche cerebrali perché sono malattie che avrebbero impedito l'apertura della *Polizza* se presenti e dichiarate al momento della firma del *Modulo di proposta* (sono i casi di non assicurabilità come abbiamo visto all'*art. 7*).

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 13. Cosa fare quando si verifica il Sinistro (la denuncia del Sinistro)

La prima cosa da sapere è che la *Compagnia* affida la gestione dei sinistri:

- per il pagamento diretto o il rimborso delle spese sanitarie alla società Aon Advisory and Solutions S.r.l (a cui è possibile mandare una mail all'indirizzo e-mail info.protezionosalute@aon.it per eventuali informazioni).
- per le richieste relative alle prestazioni di assistenza alla società IMA Servizi S.c.a.r.l..

Vediamo ora cosa bisogna fare in caso di *Sinistro*.

Art. 13.1. Come richiedere il pagamento diretto o il rimborso delle spese sanitarie

Quando ha bisogno di richiedere una delle prestazioni previste dalla *Polizza* per il pagamento diretto o per il rimborso delle spese sanitarie (cioè gli indennizzi), la *Persona assicurata* o qualcuno dalla stessa autorizzato deve denunciare il *Sinistro* quando ha il Documento di accesso alla prestazione assicurativa (che indichiamo all' *art. 13.2*).

Per farlo deve contattare la *Centrale operativa medica* di AON in uno di questi modi:



sul sito www.onecare.aon.it per accedere al portale di AON inserendo tutte le informazioni richieste a seconda della prestazione



numero verde **800.900.601** (dall'estero al numero +3902.8723.2362), nei **giorni feriali dalle ore 9 alle ore 18**, in dicando i riferimenti della *Polizza* e il contenuto del Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa a seconda della prestazione



e-mail: autorizzazioni.protezionosalute@aon.it per autorizzazioni *In Network* e avere informazioni sui pagamenti.

La *Centrale operativa medica* fornirà tutte le indicazioni necessarie per poter usufruire della prestazione richiesta e per poterla eventualmente prenotare *In Network*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se si vuole prenotare la prestazione *In Network*, per poter avere diritto al pagamento diretto di tutte le spese senza doverle anticipare di tasca propria, bisogna rispettare questi tempi di preavviso per contattare la *Centrale operativa medica*:

- almeno 5 giorni prima se la *Persona assicurata* DEVE essere ricoverata (il Ricovero urgente viene comunque gestito dalla *Centrale operativa medica* nell'arco delle 24 ore);
- almeno 2 giorni prima, se la *Persona assicurata* NON DEVE essere ricoverata.

Dopo aver contattato la *Centrale operativa medica* bisogna comunque aspettare che la stessa autorizzi la prestazione con la "conferma di presa in carico".

Se c'è una oggettiva impossibilità di avvisare in tempo la *Centrale operativa medica*, le spese che la *Persona assicurata* sostiene per la prestazione sanitaria (sempreché siano previste dalle garanzie che sono state scelte per lei) vengono comunque rimborsate, ma rimane a suo carico uno scoperto pari al 25% (come spiegato all' *art. 7*).



Rispondiamo a un dubbio

Giovanni deve farsi ricoverare con urgenza senza poter chiamare la Centrale operativa medica almeno 5 giorni prima, perché deve fare un intervento chirurgico dopo un infortunio. Dopo l'intervento rimane in una camera a pagamento nell'ospedale in cui è stato operato e spende 1.000 euro. In questo caso rimane a suo carico il 25% della spesa?

Sì, perché non ha chiamato la Centrale operativa medica di AON rispettando i tempi di preavviso e non è stato autorizzato. Quindi gli vengono rimborsati 750 euro, pari al costo della camera (1.000 euro) meno il 25% di scoperto (250 euro).

! È IMPORTANTE SAPERE

Nel momento in cui viene autorizzato un *Ricovero*, anche se non serve un intervento, la *Persona assicurata* riceve una "conferma di presa in carico" che deve firmare per accettazione e con cui si impegna a rispettare alcuni obblighi con AON, tra cui: pagare direttamente alla struttura sanitaria le spese non autorizzate o non indennizzabili in base alle garanzie attivate o quelle relative a spese extra (ad esempio telefonate e consumazioni) o che superano i massimali.

La *Centrale operativa medica* può chiedere alla *Persona assicurata*, e la stessa è tenuta a fornirla, tutta la

documentazione medica che ritiene necessaria per la prestazione. Inoltre, se viene fatta una richiesta di rimborso per prestazioni *Fuori Network*, la *Persona assicurata* è tenuta a inviare in **ORIGINALE** (non con fotocopie) le fatture, le ricevute e i documenti che giustificano le spese relative alla prestazione stessa. L'invio deve essere fatto tramite posta, allegando i documenti, oppure collegandosi al portale online OneCare di AON e caricarli.

In ogni caso, può sempre essere chiesta la cartella clinica e ogni ulteriore documentazione medica o sanitaria in originale che riguarda le prestazioni da indennizzare.

Se la *Persona assicurata* può detrarre dal proprio reddito le spese sanitarie - anche se sono state rimborsate o sostenute da altri - e ha bisogno degli originali dei documenti che le attestano per compilare la dichiarazione dei redditi, la *Compagnia* si impegna a restituirli su esplicita richiesta da parte della *Persona assicurata* o del *Contraente*, dopo aver apposto sugli stessi l'importo indennizzato e la data di pagamento.

Art. 13.2. Il Documento di accesso alla prestazione assicurativa

Di seguito elenchiamo per ogni garanzia qual è la documentazione **indispensabile** per avere diritto agli indennizzi.

- Garanzia Base - Ricovero con o senza intervento chirurgico

la prescrizione medica e/o la cartella clinica che contiene il quesito diagnostico o la patologia che è stata accertata.

Approfondiamo cos'è il quesito diagnostico?

Il quesito diagnostico è un'ipotesi fatta dal medico sulla base del quadro clinico del paziente, da cui nasce il bisogno di fare la prestazione per accertare una patologia.

Garanzie aggiuntive di 1° livello

- Opzione A – Interventi chirurgici ambulatoriali, ricovero in *Day Hospital*, Interventi chirurgici in *Day Surgery* e cure oncologiche extraospedaliere

la prescrizione medica e/o la cartella clinica che contiene il quesito diagnostico o la patologia che è stata accertata.

- Opzione B

Prestazioni pre e post ricovero, la prescrizione medica e/o la cartella clinica che contiene il quesito diagnostico o la patologia che è stata accertata.

Indennità sostitutiva per ricovero in regime di Servizio Sanitario Nazionale, la cartella clinica completa che viene rilasciata dall'Istituto di cura.

Garanzie aggiuntive di 2° livello

- Opzione C - Visite mediche specialistiche e Opzione D - Accertamenti diagnostici

la prescrizione medica che contiene il quesito diagnostico o la patologia che è stata accertata.

Garanzie aggiuntive di 3° livello

- Opzione E - Cure fisiokinesioterapiche

la prescrizione medica che contiene il quesito diagnostico o la patologia che è stata accertata e che rende necessarie le cure.

- Opzione F - Lenti e occhiali

la prescrizione del medico specialista oculista, o ottico optometrista, che certifica il peggioramento o il miglioramento della vista.

- Opzione G - Cure odontoiatriche

il piano di cure previsto per l'intero anno assicurativo, compilato su un apposito modulo della *Compagnia* che deve essere firmato dal medico specialista odontoiatra e a cui vanno allegati gli esami diagnostici.

Art. 13.3. Come attivare il Servizio di Assistenza per Infortunio e Malattia

Per attivare il Servizio di Assistenza per le prestazioni indicate all'art. 5.3, la *Persona assicurata* deve contattare la *Struttura organizzativa* di IMA Servizi S.c.a.r.l., disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, a uno di questi numeri:



Dall'Italia Numero Verde gratuito 800.900.601
Dall'estero Numero telefonico +39 02.2412.8876

e comunicare:

- il tipo di prestazione richiesta;

- le proprie generalità (nome, cognome e codice fiscale);
- il numero di polizza;
- l'indirizzo del luogo in cui ci si trova e il numero di telefono su cui essere ricontattati durante l'assistenza.

La Struttura organizzativa fornisce direttamente la prestazione richiesta oppure la deve autorizzare se deve essere fatta da altri, solo dopo che è stata contattata.

! È IMPORTANTE SAPERE

La *Struttura Organizzativa* può chiedere alla *Persona assicurata*, e la stessa è tenuta a fornirgli, tutta la documentazione medica che ritiene necessaria per dare assistenza. Inoltre, la *Persona assicurata* è tenuta a inviare in **ORIGINALE** (non con fotocopie) le fatture, le ricevute e i documenti che giustificano le spese relative alla prestazione.

Art. 14. Come viene valutato e liquidato il Sinistro

La valutazione

Quando c'è un *Sinistro*, la *Centrale operativa medica* di AON verifica se la *Persona assicurata* ha diritto all'*Indennizzo* controllando che: per lei sia attiva la garanzia per quella prestazione, sia passato il periodo di carenza (se previsto, come già indicato all'*art. 9*) e sia stato trasmesso il Documento di accesso alla prestazione assicurativa (*art. 13.2*).

La liquidazione

Le somme degli indennizzi vengono pagate in Italia e in euro.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono fatti comunque in Italia al tasso di cambio del giorno di pagamento dell'*Indennizzo* rilevato dalle quotazioni ufficiali.

IN ITALIA

- Se la prestazione viene richiesta e autorizzata *In Network*, rispettando i tempi di preavviso della *Centrale operativa medica* (*art. 13.1*), tutte le spese sono pagate alla struttura o medico direttamente dalla *Compagnia*, senza che la *Persona assicurata* debba anticipare alcuna somma.
- Se la prestazione viene fatta *Fuori Network*, la *Persona assicurata* deve anticipare tutte le spese, e la *Compagnia* ne rimborsa una parte. In questi casi, infatti, rimangono sempre a carico della *Persona assicurata* gli importi degli scoperti già indicati all'*art. 7*.

Come già spiegato, per fare le prestazioni *In Network* sia la struttura che i medici devono essere convenzionati per avere il rimborso di tutte le spese pagate senza anticipare alcuna somma. Può capitare infatti che alcuni medici di una struttura *In Network* non siano convenzionati; in questo caso la *Persona assicurata* deve anticipare le spese relative ai medici non convenzionati, perché la prestazione è fatta *Fuori network*, e la *Compagnia* ne rimborsa una parte, al netto degli scoperti.

ALL'ESTERO

- Se la *Persona assicurata* si trova all'estero da meno di 6 mesi e deve essere fatta lì una prestazione sanitaria che non era prevedibile quando è partito, la *Compagnia* rimborsa solo le spese per l'assistenza medica d'emergenza e rimangono comunque a carico della *Persona assicurata* gli importi di scoperto previsti per ogni garanzia (*art. 7*).
- Se invece la *Persona assicurata* si trova all'estero per motivi medici, le somme vengono rimborsate solo quando c'è un'autorizzazione preventiva della *Compagnia*, che può decidere di concederla quando la *Persona assicurata* non può sottoporsi in Italia in tempi ragionevolmente brevi alle terapie medico/chirurgiche di cui ha bisogno. Se, invece, la *Compagnia* non dà l'autorizzazione, non viene rimborsata nessuna somma e tutte le spese rimangono a carico della *Persona assicurata*.

! È IMPORTANTE SAPERE

Sia per prestazioni in Italia che all'estero:

- se per lo stesso *Sinistro* la *Persona assicurata* ha già ricevuto da terzi un rimborso, la *Compagnia* paga a sua volta l'*Indennizzo* solo se riceve gli originali delle ricevute di pagamento con l'indicazione dell'importo già rimborsato da terzi. In questo caso, la *Compagnia* paga il *Sinistro* al netto di quanto la *Persona assicurata* ha già ricevuto come

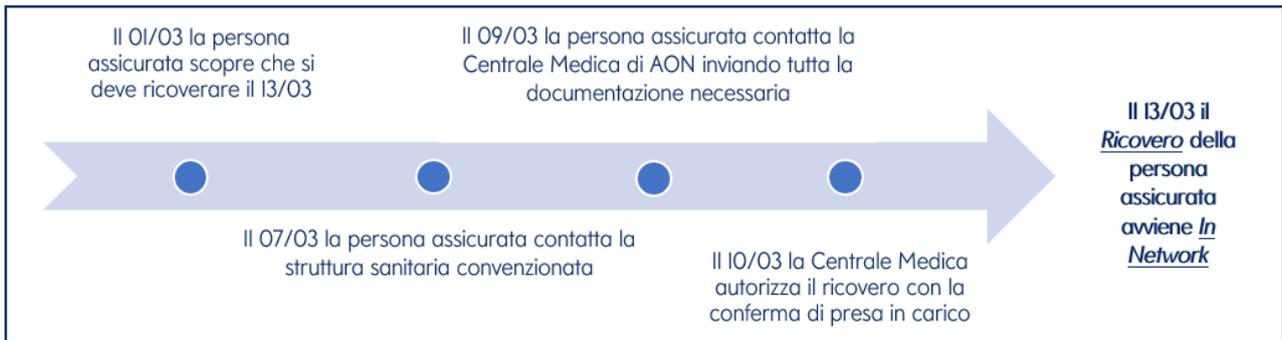
rimborso;

- se anche dopo che sono stati fatti i pagamenti o i rimborsi, la *Compagnia* si rende conto per qualsiasi motivo che la *Persona assicurata* non aveva diritto a riceverli (o non erano previsti in base a quanto concordato e accettato nella “conferma di presa in carico”), ha il diritto di richiedere al *Contraente* o alla *Persona assicurata* la restituzione di queste somme. Il *Contraente* e le persone assicurate riconoscono esplicitamente questo diritto e si impegnano a rimborsare alla *Compagnia* le somme che non gli spettavano.

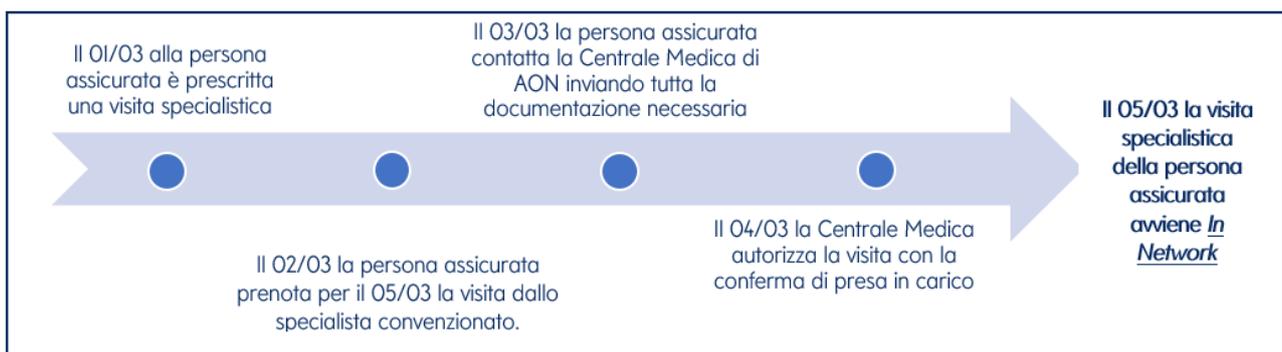


Riassumiamo quindi in pochi passaggi cosa succede da quando si verifica un *Sinistro* per una prestazione *In Network*, ad esempio per *Ricovero* e visita specialistica, **fino al pagamento**, illustrando anche i tempi riferiti ad ogni singola scadenza:

RICOVERO



VISITA SPECIALISTICA



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 15. Il Premio di polizza

La somma dovuta alla *Compagnia* (in termini assicurativi il *Premio*) è sempre determinata per il periodo di assicurazione di 1 anno. È dovuta per intero per ogni anno in cui si rinnova la *Polizza*, anche se il pagamento avviene con frequenza semestrale o mensile, anziché una sola volta all’anno. Il frazionamento non comporta costi aggiuntivi; la frequenza mensile può essere scelta solo da chi ha un conto corrente in Banca Mediolanum.

Il *Premio* annuale o la sua prima parte (per noi il c.d. *Premio* da pagare alla firma) devono essere versati quando viene firmato il *Modulo di proposta*, e possono essere pagati con un’autorizzazione ad addebitare direttamente il conto corrente (modalità che però riserviamo solo a chi ha un conto corrente in Banca Mediolanum) oppure con assegno bancario o circolare, non trasferibile, intestato a Mediolanum Assicurazioni S.p.A.. Gli importi di *Premio* successivi possono essere pagati alla *Compagnia* con un’autorizzazione di addebito diretto in conto corrente (in termini bancari Sepa Direct Debit o SDD), con un assegno bancario o circolare oppure con un bonifico.

Se si sceglie la frequenza mensile del *Premio*, il primo pagamento avviene con addebito diretto sul conto corrente di Banca Mediolanum indicato sul *Modulo di proposta*. Le mensilità successive invece verranno pagate alla *Compagnia* con SDD.

Ai correntisti di Banca Mediolanum riserviamo un’ulteriore possibilità e cioè: se scelgono la frequenza mensile, il *Premio* di tutto il primo anno in cui si attiva la *Polizza* può essere pagato anche in una sola volta, invece, il pagamento mensile

inizia a partire dal secondo anno e per ogni rinnovo annuale successivo.

La *Compagnia* può applicare sconti sul *Premio* alle polizze sottoscritte da: suoi dipendenti o collaboratori continuativi; dipendenti, consulenti finanziari abilitati all'offerta fuori sede o collaboratori continuativi del distributore Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del *Conglomerato Finanziario* Mediolanum. Queste condizioni vengono applicate anche alle polizze fatte dai rispettivi coniugi e parenti in linea retta (ad esempio figli), in linea collaterale (ad esempio fratelli e sorelle) e affini (ad esempio cognati e suocere) entro il secondo grado. Inoltre, la *Compagnia* o il distributore, quest'ultimo solo su autorizzazione e in accordo con la *Compagnia* stessa, possono applicare sconti sul *Premio* sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.

! È IMPORTANTE SAPERE

Il pagamento dell'intero *Premio* o di un *Premio* successivo dopo la scadenza annuale della *Polizza* viene sempre considerato come volontà di rinnovare la copertura per quell'anno, anche se come modalità di pagamento è stato scelto l'addebito diretto del conto corrente con SDD.

Cosa succede se non viene pagato il Premio

Se non viene pagato un *Premio* di *Polizza* successivo al primo o anche solo una sua parte, la copertura viene sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della relativa scadenza e viene riattivata solo dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento o i pagamenti vengono recuperati.

Nei 6 mesi successivi alla scadenza del *Premio* o di una sua parte, la *Compagnia* ha il diritto di chiedere il pagamento di tutto quello che nel frattempo non è stato pagato. Se non lo chiede allora la *Polizza* viene chiusa, come previsto dal Codice Civile, indipendentemente dalla formula che è stata scelta (sia "Vita Intera" sia "Variabile per Età").

Trascorsi questi 6 mesi, se il *Contraente* vuole avere di nuovo le coperture assicurative, deve sottoscrivere una nuova *Polizza* (che prevede di nuovo tutti i periodi di carenza previsti all'art 9) e le persone assicurate devono ricompilare il *Questionario sanitario*.

Art. 16. L'adeguamento del premio di polizza, dei massimali e degli scoperti

L'importo del *Premio*, dei massimali e degli scoperti è adeguato ad ogni scadenza annuale della *Polizza* in base alla variazione percentuale dell'Indice ISTAT (in termini giuridici è una clausola di indicizzazione).

Approfondiamo qual è l'indice ISTAT utilizzato per l'adeguamento

È l'"Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività" per la divisione di spesa "Servizi sanitari e spese per la salute", pubblicato dall'ISTAT.

L'adeguamento percentuale da applicare è calcolato confrontando l'indice del mese di settembre dell'anno precedente alla scadenza annuale della *Polizza*, con l'indice relativo al mese di settembre di 2 anni prima.

Per la prima ricorrenza annuale dopo la sottoscrizione della *Polizza*, l'indice del mese di settembre dell'anno precedente è confrontato con quello dell'anno prima rispetto a quando è stata sottoscritta la *Polizza*.

La *Compagnia* inoltre può modificare, aumentandoli al massimo ogni 2 anni, i premi per ciascuna garanzia prevista e attivata con questa *Polizza*, ma solo se i riscontri statistici globali della *Compagnia* evidenziano che i costi medi o la frequenza con cui viene fatto ricorso alle prestazioni sanitarie sono molto diversi dalle basi tecniche che sono state usate per il calcolo delle tariffe dei premi (in termini giuridici si parla di una clausola di rivedibilità). Se la *Compagnia* decide di modificare il *Premio* per questo motivo, comunica al *Contraente* il nuovo importo con un preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla successiva scadenza annuale.

Il *Contraente*, da parte sua, può rifiutare di pagare il *Premio* adeguato inviando alla *Compagnia* una lettera raccomandata, o una PEC (Posta Elettronica Certificata) firmata digitalmente, almeno 30 giorni prima della stessa ricorrenza annuale, chiedendo di non rinnovare più la *Polizza* (in termini giuridici esercita il proprio diritto di recesso). Se però il *Contraente* non manda la raccomandata o la PEC alla *Compagnia*, allora la *Polizza* viene automaticamente rinnovata per l'anno successivo con il pagamento del *Premio* modificato che è stato comunicato.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 17. Conclusione del contratto di polizza

La *Compagnia* comunica per iscritto al *Contraente* di aver accettato la proposta, e quindi attivato la *Polizza*, inviandogli il *Documento di polizza* dopo che ha valutato le informazioni sullo stato di salute delle persone assicurate e incassato il *Premio* o la sua prima parte. Quando il *Contraente* riceve il *Documento di polizza*, in termini giuridici il contratto può dirsi concluso, cioè hanno effetto tutti i diritti e gli obblighi per la *Compagnia*, il *Contraente* e le persone assicurate.

! È IMPORTANTE SAPERE

La proposta di *Polizza*, come previsto dal Codice Civile, ha una validità di 15 giorni dalla data in cui la riceviamo o ci viene inviata (o di 30 se occorre fare una visita medica) e non obbliga la *Compagnia* ad attivare la *Polizza* o a comunicare la sua decisione di non attivarla al *Contraente*.

Il *Contraente* può considerare rifiutata la sua proposta se non riceve il *Documento di polizza* entro 30 giorni da quando è arrivato nella nostra sede il *Modulo di proposta*.

Art. 18. Da quando si è assicurati (effetto e decorrenza delle coperture)

Se la *Compagnia* accetta la proposta di *Polizza*, le persone assicurate sono coperte dalle ore 24 del giorno indicato nel *Documento di polizza*, a condizione che sia stato incassato il *Premio*, o la sua prima parte, e siano passati i periodi di Carenza dell'*art. 9*. Se invece la *Compagnia* non ha ricevuto il pagamento del *Premio*, o della sua prima parte, le persone assicurate sono coperte dalle ore 24 del giorno in cui lo incassa.

Se il contratto di *Polizza* è stato concluso con *Tecniche di comunicazione a distanza* (cosiddetto *Contratto a distanza*), il *Contraente* al momento della firma del *Modulo di proposta* ha il diritto di chiedere, comunicandolo per iscritto alla *Compagnia* o al distributore Banca Mediolanum, che il contratto abbia inizio solo dopo che sono passati 14 giorni (in termini giuridici si dice che l'efficacia del contratto è sospesa). Quindi, in questo caso la copertura è attiva dalle ore 00.00 del 15° giorno successivo alla data di conclusione del contratto, sempre che il *Contraente* non abbia nel frattempo esercitato il diritto di recesso (*art. 20*) e a condizione che la *Compagnia* abbia fatto le valutazioni sullo stato di salute delle persone da assicurare e incassato il *Premio*. In caso contrario, la copertura è attiva dalle ore 00.00 del giorno successivo a quello in cui si realizzano queste ultime due condizioni.

Art. 19. Quanto dura la polizza e da quando non si è più assicurati

Questa *Polizza* dura 1 anno, e si rinnova di anno in anno in automatico, cioè non serve che il *Contraente* dica alla *Compagnia* di volerla mantenere attiva (in termini giuridici si parla di tacito rinnovo del contratto), fino a quando:

- il *Contraente* oppure la *Compagnia* non comunicano di volerla chiudere (come vedremo all'*art. 20*);
- le persone assicurate non superano i limiti di età che abbiamo indicato all'*art. 1*, se le garanzie sono attivate con la formula "Variabile per Età".



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 20. Diritto di ripensamento e disdetta successiva (il recesso)

Su questa *Polizza*, tutte le possibilità di ripensamento e disdetta di cui parliamo ora spettano solo al *Contraente*.

Se il contratto è stato concluso con *Tecniche di comunicazione a distanza* (cosiddetto *Contratto a distanza*), il *Contraente* ha il diritto di ripensarci, cambiando idea, e chiudere la *Polizza* (cioè recedere dal contratto senza penali, come previsto dal Codice del Consumo) entro 14 giorni dalla data della sua conclusione. Per farlo deve inviare alla *Compagnia* una raccomandata o una PEC firmata digitalmente. In questo caso, se il *Contraente* quando firma il *Modulo di proposta* chiede che il contratto inizi dopo 14 giorni, la *Compagnia* restituisce tutto il *Premio* pagato.

Se invece non lo chiede, la *Compagnia* restituisce il *Premio* al netto della parte utilizzata per coprire le persone assicurate ogni giorno prima del ripensamento.

Inoltre, il *Contraente* e la *Compagnia* possono chiudere la *Polizza*, cioè disdire il contratto, con una raccomandata (o con una e-mail firmata digitalmente a mezzo Posta Elettronica Certificata - PEC) almeno 60 giorni prima della scadenza

annuale. Se non viene inviata la richiesta di disdetta la *Polizza* si rinnova in automatico di anno in anno (salvo i casi già elencati all'articolo precedente).

Se il Contraente ci comunica di non avere più la residenza anagrafica in Italia, gli inviamo una raccomandata per informarlo che la *Polizza* viene chiusa in occasione della prima scadenza annuale successiva alla notizia della variazione. Quindi la *Polizza* rimane attiva solo fino a quella data.

Se si verifica un *Sinistro*, la *Compagnia* può chiudere la *Polizza* solo alla scadenza annuale, a meno che non ci siano motivi che non consentono di coprire ancora le persone assicurate fino a quella data (si tratta delle cause di non assicurabilità viste all'art. 7).

In tutti i casi di recesso appena descritti, la *Compagnia* chiude la *Polizza* entro 30 giorni dalla data da cui ha effetto.

! È IMPORTANTE SAPERE

Se viene scelta la formula "Vita intera", la *Compagnia* non può più recedere dal contratto una volta che sono passati 2 anni da quando la *Polizza* è attiva.

Quindi, trascorsi i primi 2 anni, la *Polizza* copre le persone assicurate per tutta la vita, a meno che non sia il *Contraente* a decidere di chiuderla.



Rispondiamo a un dubbio

Laura è assicurata con la formula "Vita Intera", ma dopo 4 anni da quando la polizza è stata attivata le viene diagnosticata una malattia cronica. Cosa succede alla polizza?

Con la formula "Vita Intera", una volta che sono passati i primi 2 anni di copertura, la polizza rimane attiva per tutta la vita della persona assicurata. Laura, quindi, può chiedere il rimborso o il pagamento delle spese sanitarie per qualsiasi sinistro, anche se è dovuto sempre alla stessa malattia o patologia. La *Compagnia*, infatti, non può applicare esclusioni o sovrappremi legati al peggioramento del suo stato di salute e non può più decidere di chiudere la polizza.



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO LA POLIZZA

Art. 21. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Le eventuali modifiche della *Polizza* devono essere fatte per iscritto.

Art. 22. La polizza fatta per proteggere qualcun altro (l'assicurazione per conto altrui)

Se in questa *Polizza* il *Contraente* e la *Persona assicurata* non coincidono (in termini giuridici si parla di assicurazione per conto altrui, come previsto dal Codice Civile), gli obblighi che derivano dalla *Polizza* stessa devono essere assolti dal *Contraente*, a meno che non si tratti di quelli che possono essere assolti solo dalla *Persona assicurata* (ad esempio l'obbligo di non aggravare le proprie condizioni dopo un *Sinistro*).

Spettano invece sempre e soltanto al *Contraente* i diritti di ripensamento e disdetta (come detto all'art. 20), e non serve il consenso della *Persona assicurata*.

In caso di *Sinistro*, per consentire alla *Compagnia* di fare il pagamento dell'*Indennizzo*, che se dovuto spetta solo alla *Persona assicurata*, è lei che deve svolgere tutte quelle azioni necessarie per stabilirne l'importo. A tal fine, la *Persona assicurata* non può rifiutarsi di fare quanto richiesto dalla *Compagnia*, altrimenti potrebbe perdere il diritto a ricevere il pagamento.

Art. 23. Entro quanto tempo far valere i propri diritti (la prescrizione)

Ogni diritto che deriva dalla *Polizza* deve essere esercitato entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto da cui nasce quel diritto, altrimenti lo si perde (cioè si prescrive secondo quanto stabilito dal Codice Civile).

Art. 24. Il Regime fiscale della polizza

Tutte le imposte sul *Premio* relative a questa *Polizza*, previste dalla normativa fiscale, sono a carico del *Contraente*.

Le somme pagate da Mediolanum Assicurazioni sono esenti da imposta.

Art. 25. Quale giudice può decidere sulle controversie (il foro competente)

Se tra la *Compagnia* e il *Contraente* o una *Persona assicurata* non c'è accordo, cioè nasce una controversia, relativamente alla *Polizza* o sul pagamento dei sinistri, è sempre possibile rivolgersi ad un giudice e in questo caso la competenza per decidere la controversia è sempre quella dell'autorità giudiziaria del luogo in cui il *Contraente* o la *Persona assicurata* ha la residenza o il domicilio.

Art. 26. Il sistema alternativo per risolvere i disaccordi (l'Arbitrato)

Se il disaccordo è relativo alla tipologia o alle conseguenze di un *Sinistro*, la *Compagnia* e/o la *Persona assicurata* che lo ha subito possono chiedere che la relativa decisione venga presa da due medici nominati uno per parte. Se tra loro non c'è accordo ne viene scelto insieme un terzo. Se non c'è accordo sulla scelta, quest'ultimo viene indicato dal consiglio dell'ordine dei medici che è competente (in termini giuridici ha giurisdizione) nel luogo in cui si dovranno riunire i 3 medici, cioè il Comune dove ha sede l'istituto di medicina legale più vicino a dove la *Persona assicurata* ha la residenza.

Ciascuna parte paga le spese e l'onorario del proprio medico, mentre vengono divise a metà quelle del terzo medico. I tre medici possono decidere di rinviare l'accertamento definitivo dell'*Infortunio* o della *Malattia* a quando lo riterranno opportuno.

Alle decisioni, che vengono prese a maggioranza dei voti e senza avere formalità di Legge, non ci si può opporre anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il verbale (in termini giuridici le decisioni sono vincolanti e non impugnabili) e non si può nemmeno chiedere una nuova valutazione tranne nei casi in cui ci sia stata violenza, volontà di danneggiare una delle parti, errore o violazione di accordi contrattuali.

La decisione viene scritta in un apposito verbale, redatto in doppio esemplare, che viene consegnato alla *Compagnia* e alla *Persona assicurata*.

! È IMPORTANTE SAPERE

La *Persona assicurata* deve trasmettere alla *Compagnia* tutta la documentazione relativa al *Sinistro* prima che abbia inizio questa procedura di risoluzione alternativa della controversia. Se presenta nuovi documenti una volta che l'arbitrato è iniziato, i medici potrebbero dover rinviare la riunione per un periodo di tempo non superiore a 60 giorni, per permettere alla *Compagnia* di valutare di nuovo l'evento anche a fronte dei nuovi documenti che sono stati trasmessi. Se questi documenti non hanno alcun valore ai fini della decisione, la *Persona assicurata* deve pagare le ulteriori spese che sono eventualmente derivate dall'aver rinviato la riunione.

Art. 27. Legge applicabile alla polizza

Per tutto quanto non è stato scritto in queste condizioni di assicurazione, alla *Polizza* si applica la Legge Italiana.

Art. 28. Cosa si deve fare se sono state sottoscritte anche altre polizze (il cumulo)

Come prevede il Codice Civile, se una *Persona assicurata* ha già o sottoscrive polizze anche con altre compagnie assicurative per le stesse garanzie previste anche da questa *Polizza*, deve comunicarlo alla *Compagnia*.

In caso di *Sinistro*, per poter ricevere l'*Indennizzo* che gli spetta, la *Persona assicurata* deve avvisare ciascuna compagnia assicurativa indicando a tutte il nome delle altre; la parte di *Indennizzo* che ogni compagnia deve pagare è ridotta, in proporzione ai criteri previsti dal rispettivo contratto di assicurazione, se la somma di tutti gli indennizzi (tolta la parte che una delle compagnie non dovesse liquidare) supera l'ammontare del danno.

Se la *Persona assicurata* non comunica volontariamente il nome delle altre compagnie assicurative, perde il diritto all'*Indennizzo*, perché le compagnie, come previsto dal Codice Civile, non sono più tenute a pagare.

Se invece avvisa tutte le compagnie, ma una o più non paga la propria parte di *Indennizzo*, la somma dovuta viene divisa tra le altre (che poi potranno chiedere indietro alle compagnie che non hanno pagato quanto anticipato). Se una compagnia non può pagare la propria parte perché non riesce più a rispettare i propri impegni economici (cioè è insolvente), le altre si dividono il pagamento.

Non rientrano nell'obbligo di comunicazione che abbiamo descritto le polizze che un terzo sottoscrive a favore di molte

persone, tra cui rientra anche l'assicurato, sono le cosiddette polizze collettive (è il caso, ad esempio, delle polizze attivate da un'azienda per proteggere i propri dipendenti).

Art. 29. Modalità di comunicazione

La *Compagnia* manda al *Contraente* le comunicazioni relative alla *Polizza* via posta oppure in via telematica all'interno dell'area riservata del servizio Home Insurance (di cui parliamo al successivo *art. 30*), in base alla scelta che fa quando compila il *Modulo di proposta*. Se sceglie di riceverle nell'area riservata, il *Contraente* deve avere un indirizzo e-mail, su cui viene avvisato ogni volta che è disponibile una nuova comunicazione.

Il *Contraente* può comunque sempre cambiare la scelta che ha fatto, chiedendo alla *Compagnia*, anche per il tramite del distributore Banca Mediolanum, di modificare la modalità di ricezione, passando da quella telematica a quella via posta e viceversa.

Art. 30. L'area riservata del sito internet (Home Insurance)

La *Compagnia* mette a disposizione del *Contraente* un'area riservata nel sito internet per accedere alla posizione assicurativa, in cui trovare i dati principali della *Polizza* e poter operare, ad esempio, per informare la *Compagnia* di un *Sinistro* o fare tutte le altre operazioni rese disponibili tempo per tempo (il c.d. servizio di Home Insurance).

Il servizio è gratuito e si utilizza con i codici personali rilasciati dalla *Compagnia* su richiesta. Questi codici di accesso servono per garantire un adeguato livello di riservatezza e sicurezza.

L'utilizzo dell'area riservata è disciplinato dalle "Norme che regolano il servizio di Home Insurance" presenti sul sito della *Compagnia*.

La *Compagnia* - anziché sul proprio sito - rende disponibili le predette funzionalità, sia informative che dispositive, sul sito del distributore Banca Mediolanum all'indirizzo www.bmedonline.it, solo per i titolari del servizio di "Banca Diretta" della medesima Banca e unicamente per le polizze distribuite dalla stessa, utilizzando codici forniti direttamente dalla Banca.


LA POLIZZA IN SINTESI
GARANZIA BASE

Prestazione	Massimale	Scoperto
Ricovero con o senza intervento chirurgico, reso necessario da <i>Malattia</i> o <i>Infortunio</i>	€ 500.000/anno con una <i>Persona assicurata</i> ; € 200.000/anno a testa con più persone assicurate + € 300.000/anno a disposizione della <i>Famiglia</i>	25% solo <i>Fuori Network</i> Minimo € 250 – Massimo € 5.000

GARANZIE 1° LIVELLO - OPZIONE A

Prestazione	Massimale	Scoperto
Interventi chirurgici Ambulatoriali e Day Hospital/Surgery	Massimale compreso in quello della Garanzia Base quindi € 500.000/anno con una <i>Persona assicurata</i> ; € 200.000/anno a testa con più persone assicurate + € 300.000/anno a disposizione della <i>Famiglia</i>	25% solo <i>Fuori Network</i> Minimo € 250
Cure Oncologiche	€ 10.000 evento/anno	Non previsto

GARANZIE 1° LIVELLO - OPZIONE B

Prestazione	Massimale	Scoperto
Prestazioni Pre e Post Ricovero	Spese Pre-ricovero: € 1.000/evento; € 2.000/anno Spese Post- ricovero: € 1.500/evento; € 2.500/anno	25% solo <i>Fuori Network</i> Minimo € 50
Indennità Sostitutiva Per Ricovero In Regime Servizio Sanitario Nazionale	€ 150/giorno 100 gg/anno con pernottamento; € 75/giorno 50 gg/anno Day Hospital	Non previsto

GARANZIE 1° LIVELLO - CHECK UP

Prestazione collegata alla sottoscrizione di entrambe le Opzioni A e B operante dal 45° anno di età

GARANZIE 2° LIVELLO - OPZIONE C

Prestazione	Massimale	Scoperto
Visite Mediche Specialistiche	€ 1.000/anno	25% per singola prestazione solo <i>Fuori Network</i> – Minimo € 50

GARANZIE 2° LIVELLO - OPZIONE D

Prestazione	Massimale	Scoperto
Accertamenti Diagnostici	€ 2.000/anno	25% per singola prestazione solo <i>Fuori Network</i> - Minimo € 50

GARANZIE 3° LIVELLO - OPZIONE E

Prestazione	Massimale	Scoperto
Cure Fisiokinesiterapiche	€ 1.500/anno	25% per singola prestazione (ciclo di 10 trattamenti) solo <i>Fuori Network</i> - Minimo € 50

GARANZIE 3° LIVELLO - OPZIONE F

Prestazione	Massimale	Scoperto
Lenti e Occhiali	€ 500/anno	25% - Minimo € 50

GARANZIE 3° LIVELLO - OPZIONE G

Prestazione	Massimale	Scoperto
Cure Odontoiatriche	€ 2.500/anno	25% per singola prestazione solo <i>Fuori Network</i> - Minimo € 50

SERVIZIO DI ASSISTENZA

Prestazioni di Assistenza Medica	Massimali e limitazioni
Consulenza Medica Telefonica	Non previste
Invio di un Medico in Italia	Non previste.
Trasferimento Sanitario Programmato in Italia	Tragitto massimo di 200 km (100 km per ciascun viaggio di andata e ritorno).
Monitoraggio del Ricovero Ospedaliero	Non previste.
Traduzione della Cartella Clinica	Non previste.

Prestazioni di Assistenza in Viaggio	Massimali e limitazioni
Rientro Sanitario	La <i>Persona assicurata</i> deve trovarsi oltre i 50 km dal proprio Comune di residenza.
Rientro con un Familiare	La <i>Persona assicurata</i> deve trovarsi oltre i 50 km dal proprio Comune di residenza e i medici della <i>Struttura Organizzativa</i> devono ritenere non necessaria l'assistenza sanitaria medica durante il viaggio.
Trasporto della Salma	Massimo di € 2.600 per spese e trasporto del feretro.
Assistenza ai Minori di 14 Anni	Non previste.
Assistenza ai Familiari Assicurati	Massimo 2 notti e fino ad un importo di € 210 per <i>Sinistro</i> .
Viaggio di un Familiare	Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa non inerente al biglietto di andata e ritorno.
Autista a Disposizione	La <i>Struttura Organizzativa</i> terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre restano a carico della <i>Persona assicurata</i> le spese di carburante e di pedaggio (autostrade, traghetti, ecc.).
Invio Medicinali all'Estero	La <i>Struttura Organizzativa</i> terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico della <i>Persona assicurata</i> .
Informazioni di Medicina Tropicale	Le informazioni vengono fornite gratuitamente dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Prestazioni di Assistenza a Domicilio	Massimali e limitazioni
Assistenza Infermieristica o Fisioterapica Post-Ricovero	Massimo di 5 ore complessive, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza. L'invio dell'infermiere viene garantito 24 ore su 24, mentre l'invio del fisioterapista è garantito dalle ore 8 alle ore 18.
Invio Operatore Socio-Sanitario	La prestazione è garantita, previo accertamento della condizione di <i>Non autosufficienza</i> , esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza con un <i>Massimale</i> di € 500 per anno assicurativo.
Consegna Farmaci Presso l'abitazione	Restano a carico della <i>Persona assicurata</i> i costi di acquisto dei medicinali.
Assistenza Infermieristica per Familiari Non Autosufficienti	Massimo 5 ore complessive.
Invio Baby-Sitter	Massimo di € 500 per anno assicurativo, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.
Invio Collaboratrice Familiare	Massimo di € 500 per anno assicurativo, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.
Servizio Spesa a Casa	Massimo una volta a settimana, previa visione del referto medico.
Custodia Animali	Massimo di € 300 per anno assicurativo.

Retro di copertina

Sede Legale: Palazzo Meucci

Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) - t +39 02 9049.1

Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22/08/74) ed è iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Mediolanum Vita S.p.A. - Società con unico Socio.

mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it

www.mediolanumassicurazioni.it

Edizione 25/07/2025

È un prodotto di

