

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mediolanum Capitale Salute

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER RIMBORSO SPESE SANITARIE

Edizione 02/04/2021

Il presente contratto è stato predisposto in conformità alle linee guida "Contratti Semplici e Chiari" elaborate dal tavolo di lavoro coordinato dall'ANIA e composto dalle principali Associazioni dei consumatori e degli intermediari assicurativi.

È un prodotto di





MEDIOLANUM
CAPITALE SALUTE



Gentile Cliente,

per semplificare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, ti presentiamo sinteticamente la polizza Mediolanum Capitale Salute, **la cui struttura è riportata nella pagina successiva**, indicandone i principali contenuti ed anticipando gli accorgimenti grafici adottati.

✓ **A COSA SERVE**

È pensata per offrirti la copertura delle spese mediche e sanitarie rese necessarie da infortunio o malattia, con la possibilità di estenderle al tuo nucleo familiare, consentendoti di accedere a strutture sanitarie attentamente selezionate e con elevati standard qualitativi.

✓ **CHI PUO' SOTTOSCRIVERLA**

Tutte le persone fisiche con un'età non superiore ai 70 anni compiuti se scelta la formula "Variabile per età", o un'età compresa tra 3 e 70 anni compiuti se scelta la formula "Vita intera".

✓ **COSA OFFRE**

Riconosce il rimborso delle spese sanitarie in caso di ricovero, interventi ambulatoriali, visite specialistiche, diagnostica e/o esami di laboratorio, cure fisiokinesiterapiche, lenti e occhiali, spese odontoiatriche, servizi di assistenza. Prevede una Garanzia Base con possibile attivazione di una o più garanzie Opzionali distribuite su tre livelli, a cui sono sempre abbinate prestazioni di assistenza erogate in collaborazione con AON S.p.A. e IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.

✓ **LIMITI, SCOPERTI E FRANCHIGIE**

Prevede esclusioni, limitazioni e franchigie che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Inoltre, sono presenti periodi di carenza a decorrere dalla data di entrata in vigore del contratto, durante i quali la polizza non è operante.

Come potrai vedere, abbiamo inserito all'interno delle presenti Condizioni alcuni box di consultazione, identificati da simboli facilmente individuabili, per fornire risposte a dubbi e/o quesiti:



Risposte ai dubbi



Esempi esplicativi

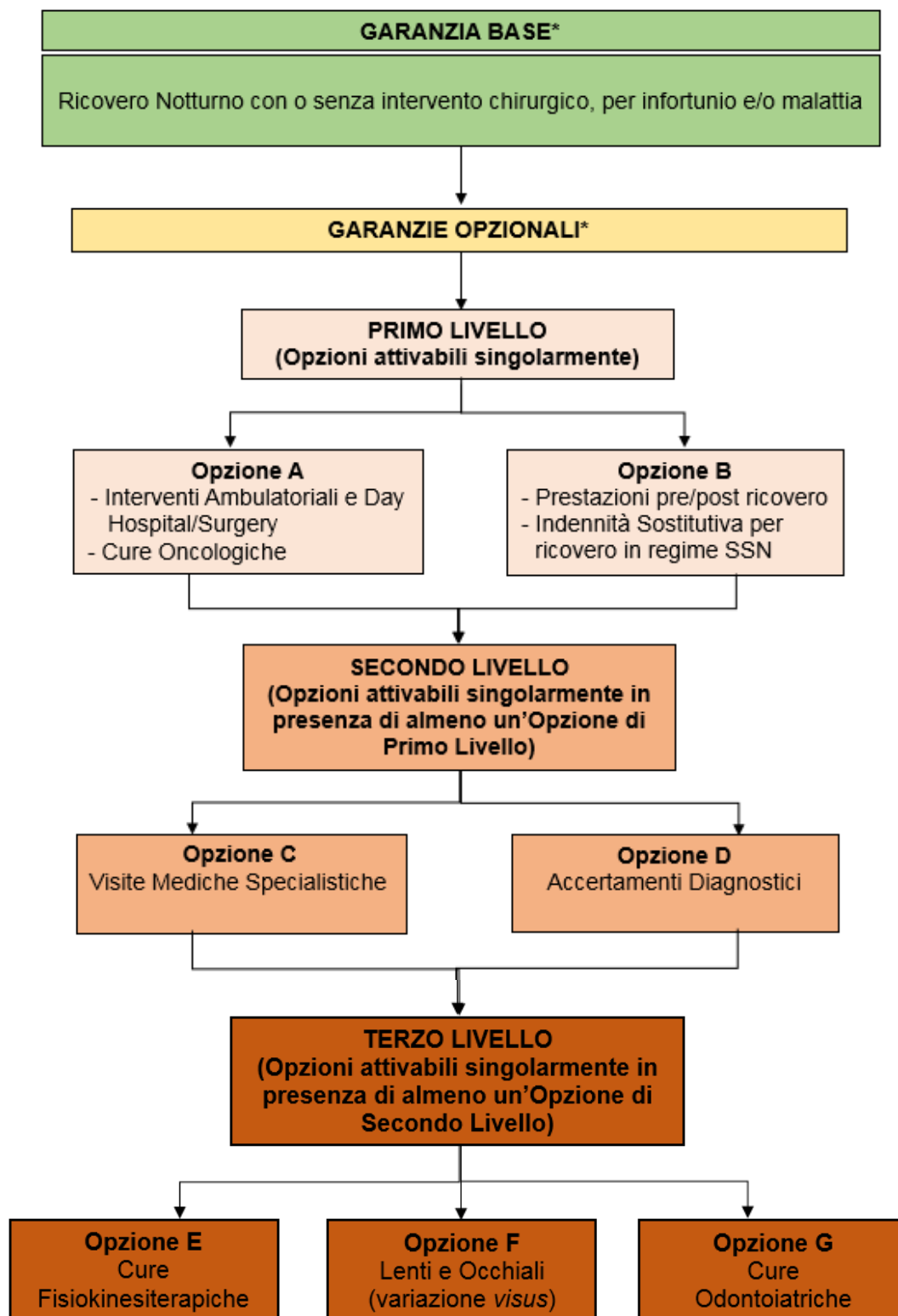


Tavole riepilogative

Ricorda che tali box non hanno alcun valore contrattuale, ma costituiscono solo un aiuto!

Infine, ti invitiamo a prestare attenzione ai termini in **grassetto** che richiamano informazioni di importanza rilevante e a quelli in *corsivo* che identificano le definizioni richiamate nel Glossario.

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



*sottoscrivibile nelle Formule tariffarie "Variabile per età" o "Vita intera"

**INDICE****- GLOSSARIO -****- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE -****CHE COSA/CHI È ASSICURATO?**

CHI PUÒ ESSERE ASSICURATO

Art. 1. Persone assicurabili..... pag. 8/27

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art. 2. Cosa è assicurato..... pag. 8/27

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art. 3. Formule tariffarie..... pag. 8/27

Art. 4. Questionario Sanitario e valutazione dello stato di salute..... pag. 9/27

Art. 5. Garanzie..... pag. 9/27

Art. 5.1. Garanzia Base (Ricovero con o senza intervento chirurgico)..... pag. 9/27

Art. 5.2. Garanzie Opzionali..... pag.10/27

Art. 5.2.1. Garanzie di 1° Livello..... pag.10/27

Art. 5.2.2. Garanzie di 2° Livello..... pag.12/27

Art. 5.2.3. Garanzie di 3° Livello..... pag.12/27

Art. 5.3. Prestazioni di Assistenza..... pag.13/27

Art. 5.3.1. Prestazioni di Assistenza Medica..... pag.13/27

Art. 5.3.2. Prestazioni di Assistenza in Viaggio..... pag.14/27

Art. 5.3.3. Prestazioni di Assistenza a domicilio in Italia..... pag.15/27

Art. 6. Massimali assicurati, limiti e scoperti..... pag.16/27

Art. 6.1. Massimali e scoperti della Garanzia Base..... pag.16/27

Art. 6.2. Massimali e scoperti delle Garanzie di 1° Livello..... pag.17/27

Art. 6.3. Massimali e scoperti delle Garanzie di 2° Livello..... pag.17/27

Art. 6.4. Massimali e scoperti delle Garanzie di 3° Livello..... pag.18/27

Art. 6.5. Massimali e limiti delle Prestazioni "Assistenza"..... pag.18/27

**COSA NON È ASSICURATO?**

Art. 7. Persone e patologie non assicurabili..... pag.21/27

**CI SONO LIMITI DI COPERTURA?**

Art. 8. Estensione territoriale..... pag.21/27

Art. 9. Periodi di carenza delle coperture..... pag.21/27

Art. 10. Esclusioni dall'assicurazione..... pag.21/27

**CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?**

Art. 11. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio..... pag.22/27

Art. 12. Aggravamento e diminuzione del rischio..... pag.22/27

Art. 13. Competenze per reclami stragiudiziali..... pag.23/27

Art. 14. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto..... pag.23/27

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 15. Accesso alle prestazioni "Spese mediche"..... pag.23/27

Art. 16. Criteri di indennizzabilità e di liquidazione..... pag.23/27

Art. 17. Accesso alle prestazioni "Assistenza"..... pag.24/27

Art. 18. Collegio arbitrale..... pag.24/27

Art. 19. Spese non rientranti nelle garanzie..... pag.25/27

**QUANDO E COME DEVO PAGARE?**

Art. 20. Premio..... pag.25/27

**QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?**

- Art. 21. Conclusione dell'assicurazione..... pag.25/27
Art. 22. Effetto e decorrenza dell'assicurazione..... pag.26/27
Art. 23. Durata dell'assicurazione..... pag.26/27

**COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?**

- Art. 24. Diritto di disdetta/recesso..... pag.26/27

**ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE**

- Art. 25. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione..... pag.27/27
Art. 26. Oneri fiscali..... pag.27/27
Art. 27. Foro competente..... pag.27/27
Art. 28. Rinvio alle norme di legge..... pag.27/27
Art. 29. Assicurazione per conto altrui..... pag.27/27
Art. 30. Altre assicurazioni..... pag.27/27
Art. 31. Home Insurance..... pag.27/27



GLOSSARIO

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato

Fruitore del servizio assicurativo. Si considerano Assicurati gli appartenenti ad un unico nucleo familiare.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Compagnia

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. in qualità di società Assicuratrice.

Contraente

Soggetto che stipula il Contratto nell'interesse proprio e/o di altri soggetti. Può non coincidere con l'Assicurato.

Day Hospital

Prestazioni sanitarie, in regime di degenza diurna, documentate da cartella clinica, indennizzabili a termini di polizza, praticate in ospedale o casa di cura, relative a terapie chirurgiche.

Documentazione medica

Si compone della cartella clinica e della documentazione medica, sanitaria e di spesa in originale.

Documento di accesso alla Prestazione Assicurativa

Documentazione richiesta dalla Struttura Organizzativa per la liquidazione del sinistro.

Documento di polizza

Documento rilasciato dalla Compagnia, in caso di accettazione da parte della stessa della Proposta contrattuale di Assicurazione, che contiene gli elementi essenziali del contratto di assicurazione e che prova l'assicurazione stessa.

Indennità sostitutiva

Diaria che, in caso di ricovero ospedaliero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese sanitarie.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Compagnia a titolo di rimborso delle spese sanitarie in caso di sinistro.

Infortunio

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

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lettera di impegno

Documento che riporta gli obblighi reciproci, tra Assicurato e Centro Convenzionato, in relazione al ricovero e con riferimento alle condizioni d'assicurazione. Deve essere sottoscritta dall'Assicurato all'atto del ricovero.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Medici specialisti convenzionati

Professionisti convenzionati con la Struttura Organizzativa che prestano la propria opera, saltuariamente o continuativamente, presso studi professionali o strutture sanitarie. Il pagamento di detti medici in caso di ricovero verrà effettuato direttamente dalla Struttura Organizzativa previa verifica della operatività della copertura.

Mediolanum Carta Salute

La carta darà la possibilità all'assicurato e al suo nucleo familiare di poter usufruire, presso le strutture della



rete convenzionata, di sconti e tariffe agevolate per prestazioni anche non previste dalle coperture assicurative.

(Stato di) Non Autosufficienza

Impossibilità fisica di compiere, senza l'assistenza di terzi, almeno tre delle seguenti attività della vita quotidiana:

- lavarsi: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (anche di entrare e di uscire dalla vasca e dalla doccia) o lavarsi in modo soddisfacente;
- vestirsi e/o svestirsi: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed eventualmente anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- mobilità: capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra;
- spostarsi: capacità di passare dal letto ad una sedia a rotelle e viceversa;
- andare in bagno: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere il livello di igiene personale soddisfacente;
- bere e/o mangiare: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri.

Nucleo familiare

Nucleo familiare del Contraente che ricomprende:

- i familiari presenti nello stato di famiglia;
- il coniuge, il convivente more uxorio e i figli fiscalmente a carico, tutti anche se non presenti nello stato di famiglia.

Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Proposta contrattuale di Assicurazione (c.d. modulo di proposta)

Documento contrattuale di assicurazione sottoscritto dal Contraente e inviato alla Compagnia.

Questionario sanitario

Documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto; tale documento debitamente compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso, o da chi ne esercita la potestà, deve pervenire alla Compagnia unitamente alla Proposta contrattuale di Assicurazione.

Reclamo

Dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Ricovero

Degenza dovuta a patologia comportante necessità di pernottamento in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.

Rischio

Probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Verificarsi del fatto dannoso, con eventuale ricovero nel corso della validità dell'assicurazione, per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Struttura Organizzativa

AON S.p.A., per la gestione dei sinistri malattia per il tramite del servizio One Care e IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., per la gestione dei sinistri di assistenza per il tramite di IMA Servizi Scarl, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno. Questa struttura è costituita da medici, tecnici e operatori, e provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni previste in Polizza, in virtù della specifica Convenzione sottoscritta con IMA Italia Assistance S.p.A..

Strutture sanitarie convenzionate (c.d. in network)

Centri clinici convenzionati con la Struttura Organizzativa (ospedali, centri diagnostici e case di cura) ai quali l'Assicurato potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni



sanitarie garantite in polizza. In caso di ricovero tali prestazioni sono fornite senza che l'Assicurato debba provvedere ad anticipi o pagamenti che verranno effettuati direttamente dalla Compagnia ai Centri Convenzionati, nei limiti e con le modalità previste dall'assicurazione.

Strutture sanitarie non convenzionate (c.d. fuori network)

Centri clinici diverse da quelle convenzionate con la Compagnia - purché in possesso all'atto dell'erogazione della prestazione dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore - ai quali l'Assicurato potrà comunque rivolgersi per i ricoveri e gli interventi chirurgici necessari senza però poter usufruire del servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte della Compagnia.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Art. 1. Persone assicurabili

La polizza è prestata in favore di una o più **persone fisiche**, appartenenti ad un unico **nucleo familiare**, che abbiano:

- un'età non superiore ai 70 anni compiuti, per le garanzie stipulate nella formula **VARIABILE PER ETÀ**; in tal caso la copertura termina nell'annualità assicurativa in cui l'**Assicurato** compie il **75° anno**.
- un'età compresa tra 3 e 70 anni compiuti, per le garanzie stipulate nella formula **VITA INTERA**; in tal caso la durata della copertura coincide con la vita dell'**Assicurato**, salvo il buon fine del pagamento del premio o l'eventuale disdetta da parte dell'**Assicurato** notificata alla **Compagnia**.

La qualifica di primo **Assicurato** non può essere attribuita a persone minorenni.

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art. 2. Cosa è assicurato

Le presenti Condizioni disciplinano:

- **l'assicurazione per l'indennizzo di spese mediche sostenute a causa di malattia o infortunio**;
- **l'assicurazione per la fornitura di aiuti immediati allorché l'Assicurato si trovi in situazioni di difficoltà per il verificarsi di eventi improvvisi.**

La **Compagnia** garantisce, in caso di **malattia o infortunio**, l'**indennizzo delle spese sanitarie sostenute, con riferimento alle garanzie attivate per ogni singolo Assicurato, nei termini e limiti delle stesse, come indicate nella Proposta di Assicurazione** accettata dalla **Compagnia**.

La copertura assicurativa si compone di **una garanzia Base** - sempre presente indipendentemente dalla formula tariffaria scelta tra **VITA INTERA** o **VARIABILE PER ETÀ** - **che può essere integrata attivando una o più garanzie Opzionali distribuite su tre diversi livelli.**

Per poter accedere alle garanzie di 2° livello è necessario scegliere almeno un'Opzione di 1° livello, di conseguenza per poter accedere alle garanzie del 3° livello occorre scegliere almeno un'Opzione di 2° livello.

Il pagamento del **premio** annuo per ciascun **Assicurato** garantisce, **inoltre, in via accessoria**, la fornitura di **aiuti immediati da parte della Compagnia per il tramite di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., allorché gli Assicurati si trovino in situazioni improvvise di difficoltà** susseguenti all'insorgere di **malattia o infortunio**. Le prestazioni di Assistenza, assicurate dalla **Compagnia** in collaborazione con **IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.**, consistono in:

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

Ognuna di queste prestazioni è costituita da una serie di servizi specifici, come di seguito regolamentato, **per un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.**

Qualora gli Assicurati non usufruiscano di una o più prestazioni, la **Compagnia** non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La **Struttura Organizzativa** non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art.3. Formule tariffarie

Per ciascun **Assicurato** la garanzia Base può essere scelta in una delle seguenti due formule tariffarie:

- **VARIABILE PER ETÀ**

Il **premio** annuo iniziale è determinato in funzione dell'età compiuta dall'**Assicurato** alla data di effetto dell'**assicurazione**, mentre ad ogni successivo rinnovo annuale il premio è rideterminato secondo l'età raggiunta. La scelta di questa formula implica la sua applicazione all'intera Polizza (garanzia Base e garanzie Opzionali).

- **VITA INTERA**

Il **premio** annuo è determinato in funzione dell'età compiuta dall'**Assicurato** alla data di effetto



dell'**assicurazione** ed è **indipendente dal crescere dell'età**. La scelta di questa formula implica la sua applicazione anche alle garanzie Opzionali di 1° livello, mentre per le Opzioni di 2° livello può anche essere esercitata la scelta della formula **VARIABILE PER ETÀ**. La formula scelta per il 2° livello determina automaticamente la formula del 3° livello.

In entrambi i casi, ai premi delle annualità successive **alla prima sono comunque applicate le clausole di indicizzazione e di rivedibilità** (art. 20.).

Il passaggio da una formula tariffaria all'altra, anche per un solo Assicurato, può essere effettuato unicamente in occasione della ricorrenza annuale di scadenza dell'assicurazione e sempreché il Contraente ne abbia notificato l'intenzione alla Compagnia.

Art. 4. Questionario Sanitario e valutazione dello stato di salute

Ai fini della stipulazione dell'**assicurazione** è **sempre richiesta la compilazione e la sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, del Questionario Sanitario** proposto dalla **Compagnia**. **La Compagnia si riserva in ogni caso la facoltà di richiedere anche l'effettuazione di accertamenti sanitari**, qualora lo ritenga opportuno ai fini della corretta valutazione del *rischio* e/o dello stato di salute dell'**Assicurato**.

La **Compagnia**, ricevuti la **Proposta di Assicurazione** e il **Questionario Sanitario**, si riserva la facoltà di comunicare per iscritto al **Contraente** quali rischi eventualmente risultanti dal **questionario** siano esclusi dall'**assicurazione** o siano in essa inclusi a fronte del pagamento di un sovrappremio. In tali casi, qualora il **Contraente** intenda comunque procedere con la conclusione del contratto, accettando quindi le esclusioni o il sovrappremio comunicati dalla **Compagnia**, dovrà comunicare la propria accettazione per iscritto e solo successivamente la **Compagnia** potrà provvedere all'emissione della polizza.

In sostituzione del **Questionario Sanitario**, se l'**Assicurato** ha un'età maggiore a 60 anni compiuti (se scelta la formula Vita Intera) o 65 anni compiuti (se scelta la formula Variabile per Età), viene richiesto il rapporto di visita medica.

Resta ferma la facoltà della Compagnia stessa di non procedere con la stipulazione dell'Assicurazione senza indicarne i motivi.

Art. 5. Garanzie

Art. 5.1. Garanzia Base (Ricovero con o senza intervento chirurgico)

La garanzia è **sempre operante per tutti gli Assicurati identificati nel Modulo di Proposta**.

La **Compagnia**, in caso di **ricovero con pernottamento in istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio**, assicura l'**indennizzo delle spese sostenute dagli Assicurati nei termini e limiti indicati al successivo art. 6.1**.

Il **Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa**, **indispensabile** ai fini del diritto all'**indennizzo**, è la **prescrizione medica e/o la cartella clinica** contenente il quesito diagnostico o la patologia accertata che ha reso necessario il **ricovero**.

Sono indennizzabili le spese relative a:

- a) assistenza medico-infermieristica durante la degenza, comprendente cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici ed esami clinici;
- b) rette di degenza dell'**Assicurato** e di pernottamento di un eventuale accompagnatore;
- c) intervento chirurgico, per onorari dell'equipe medica e infermieristica, diritti di sala operatoria, materiale e medicinali di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate;
- d) trapianto di organi, sia quando l'**Assicurato** è donatore vivente sia quando è ricevente e in questo secondo caso sono incluse anche le prestazioni sanitarie al donatore vivente. Sono comunque sempre comprese le spese per il trasporto di organi o parte di essi;
- e) prestazioni sanitarie sul neonato nel primo mese di vita, successive a un parto indennizzabile a termini di polizza, rese necessarie da **malattia**, anche congenita, o **infortunio**;
- f) cure e protesi dentarie, solo se necessarie in conseguenza di **infortunio** che abbia comportato spese indennizzabili a termini di polizza.



Esempio di Polizza	Modalità di utilizzo del massimale Garanzia Base in network
<p>Polizza con 1 Assicurato In presenza di un solo Assicurato sia il massimale personale che quello riservato al Nucleo Familiare sono utilizzabili dall'Assicurato</p>	<p>1° Sinistro nel corso dell'anno: spese sostenute pari a € 375.000 Massimale a disposizione: € 500.000 Importo pagato direttamente dalla Compagnia: € 375.000 Importo a carico dell'Assicurato: € 0 Massimale residuo: € 125.000*</p> <p>2° Sinistro nel corso dell'anno: spese sostenute pari a € 50.000 Massimale a disposizione: € 125.000* Importo pagato direttamente dalla Compagnia: € 50.000 Importo a carico dell'Assicurato: € 0 Massimale residuo: € 75.000</p>
<p>Polizza con 3 Assicurati Ogni Assicurato ha a disposizione un Massimale Personale di € 200.000, al quale si aggiunge il massimale riservato al Nucleo Familiare di € 300.000 che può essere utilizzato da ciascuno in caso di esaurimento del proprio massimale</p>	<p>1° Sinistro polizza nel corso dell'anno Assicurato 1 Spese Sostenute Assicurato 1: € 145.000 Massimale Personale a disposizione Assicurato 1: € 200.000 Massimale Nucleo Familiare utilizzabile: € 300.000 Importo pagato dalla Compagnia: € 145.000 Importo a carico dell'Assicurato 1: € 0 Massimale Personale residuo Assicurato 1: € 55.000* Massimale Nucleo Familiare residuo: € 300.000**</p> <p>2° Sinistro nel corso dell'anno: spese sostenute dall'Assicurato 2 Spese Sostenute Assicurato 2: € 450.000 Massimale Personale a disposizione Assicurato 2: € 200.000 Massimale Nucleo Familiare utilizzabile: € 300.000** Importo pagato dalla Compagnia: € 450.000 Importo a carico dell'Assicurato 2: € 0 Massimale Personale residuo Assicurato 2: € 0 Massimale Nucleo Familiare residuo: € 50.000***</p> <p>3° Sinistro nel corso dell'anno: spese sostenute dall'Assicurato 1 Spese Sostenute Assicurato 1: € 135.000 Massimale Personale a disposizione Assicurato 1: € 55.000* Massimale Nucleo Familiare utilizzabile: € 50.000*** Importo pagato direttamente dalla Compagnia: € 105.000 Importo a carico dell'Assicurato 1: € 30.000 Massimale Personale residuo Assicurato 1: € 0 Massimale Nucleo Familiare residuo: € 0****</p> <p>Nessun sinistro nel corso dell'anno a carico dell'Assicurato 3 Massimale Personale a disposizione Assicurato 3: € 200.000 Massimale Nucleo Familiare utilizzabile: € 0****</p>

Parto e Interventi Chirurgici Particolari

La *Compagnia* assicura l'indennizzo delle spese sostenute in caso di *ricovero* per parto o aborto spontaneo e terapeutico, appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, emorroidectomia, interventi chirurgici per varici agli arti inferiori ed ernie della parete addominale, nei termini indicati al successivo art. 6.1.

Art. 5.2. Garanzie Opzionali

Art. 5.2.1 Garanzie di 1° Livello



OPZIONE A: - Interventi ambulatoriali e Day Hospital/Surgery
- Cure oncologiche

OPZIONE B: - Prestazioni pre e post ricovero
- Indennità sostitutiva per ricovero in regime di SSN

Opzione A: Day Hospital - Interventi Chirurgici in Day Surgery o Ambulatoriali - Cure Oncologiche Extraospedaliere

Le garanzie sono operanti solo per gli Assicurati per i quali sia attiva l'Opzione A sul documento di polizza.



Day Hospital e Interventi Chirurgici in Day Surgery o Ambulatoriali

La *Compagnia*, in caso di *ricovero* senza pernottamento in istituto di cura, con o senza intervento chirurgico, oppure in caso di intervento chirurgico ambulatoriale presso *strutture sanitarie* debitamente autorizzate, reso necessario da *malattia* o *infortunio*, assicura l'**indennizzo delle spese sostenute dagli Assicurati nei termini e limiti indicati** al successivo art. 6.2.

Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*, **indispensabile** ai fini del diritto all'*indennizzo*, è la **prescrizione medica e/o cartella clinica** contenente il quesito diagnostico o la patologia accertata che ha reso necessario il *ricovero*.

Sono indennizzabili le spese relative a:

- assistenza medico-infermieristica durante la degenza, comprendente cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, accertamenti diagnostici ed esami clinici;
- retta di degenza dell'*Assicurato*;
- intervento chirurgico, onorari dell'equipe medica e infermieristica, diritti di sala operatoria, materiale e medicinali di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate.

Cure Oncologiche Extraospedaliere

La *Compagnia*, in caso di malattia oncologica, indennizza le **spese sostenute dagli Assicurati presso strutture sanitarie debitamente autorizzate**, per chemioterapia e terapie radianti in regime di extraricovero, nonché le visite mediche specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*, **indispensabile** ai fini del diritto all'*indennizzo*, è la **prescrizione medica e/o la cartella clinica** contenente il quesito diagnostico o la patologia accertata che ha reso necessaria la prestazione.

Opzione B: Prestazioni Pre e Post Ricovero - Indennità Sostitutiva Per Ricovero In Regime SSN

Le garanzie sono operanti solo per gli Assicurati per i quali sia attiva l'Opzione B sul documento di polizza.

Prestazioni Pre e Post Ricovero

La *Compagnia*, in caso di *ricovero* in istituto di cura, con o senza pernottamento, **indennizza** (nei limiti indicati al successivo art. 6.2.) **le spese sostenute dall'Assicurato**:

- nei 90 giorni precedenti il ricovero** per onorari medici, accertamenti diagnostici e analisi cliniche, direttamente congruenti con la patologia che ha determinato il *ricovero* stesso;
- nei 90 giorni successivi alla data di dimissioni del ricovero** per onorari medici, accertamenti diagnostici e analisi cliniche, prestazioni chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, inerenti e conseguenti al *ricovero* stesso.

Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*, **indispensabile** ai fini del diritto all'*indennizzo*, è la **prescrizione medica e/o la cartella clinica** contenente il quesito diagnostico o la patologia accertata che ha reso necessaria la prestazione.

Indennità Sostitutiva per ricovero in regime di SSN

La *Compagnia*, in caso di *ricovero* dell'*Assicurato* con pernottamento in istituto di cura a totale carico del **Servizio Sanitario Nazionale**, assicura la **corresponsione di una indennità giornaliera nei termini e limiti indicati**.

Agli effetti del computo delle giornate di *ricovero*, il giorno di entrata e quello di uscita dalla struttura sanitaria sono considerati un solo giorno qualunque sia l'ora del *ricovero* e della dimissione.

Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*, **indispensabile** ai fini del diritto all'*indennizzo*, è la **cartella clinica completa** rilasciata dalla struttura sanitaria.



Opzione B – Spese Pre-Post Ricovero	Spese sostenute nei 90 giorni precedenti il ricovero: € 500 (massimale € 1.000) Indennizzo spettante: - in network, € 500 - fuori network, € 375 (scoperto del 25% di € 500 pari a € 125 a carico dell'Assicurato)
	Spese sostenute nei 90 successivi il ricovero: € 3.000 (massimale € 2.500) Indennizzo spettante: - in network, € 2.500 (pari al massimale a disposizione) - fuori network, € 2.250 (scoperto del 25% di € 3.000 pari a € 750 a carico dell'Assicurato)
Opzione B – Indennità Sostitutiva	Numero giorni di ricovero con pernottamento: 8 Indennità spettante: € 1.200 (8 notti * € 150/notte)

Check Up Prevenzione Cardio-Oncologica (Prestazione collegata alle Opzioni A e B operante dal 45° anno di età)

La garanzia è **riservata agli Assicurati che abbiano sottoscritto entrambe le Opzioni di 1° livello** (Opzioni A e B). Ogni *Assicurato*, **una volta ogni due anni, può sottoporsi, esclusivamente presso una struttura sanitaria della rete convenzionata, ad un controllo medico a titolo di prevenzione cardio-oncologica**

**senza sostenere alcuna spesa.**

Il controllo è costituito dalle seguenti prestazioni sanitarie che devono essere fruite in unica soluzione:

- 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.

In aggiunta:

- per donne: Pap Test, Tampone vaginale, Mammografia bilaterale;
- per uomini: PSA, Ecografia prostatica e vescicale sovrapubica.

Art. 5.2.2. Garanzie di 2° Livello

OPZIONE C: - Visite mediche specialistiche

OPZIONE D: - Accertamenti diagnostici

Opzione C: Visite Mediche Specialistiche

La garanzia è operante solo per gli Assicurati per i quali sia attiva l'Opzione C sul documento di polizza. L'attivazione dell'Opzione C è consentita **soltanto se è stata scelta almeno un'Opzione di 1° livello** (Opzione A o B o entrambe).

La *Compagnia*, in caso di Visita medica specialistica prescritta in seguito a *malattia* o *infortunio*, assicura **l'indennizzo delle spese sostenute dagli Assicurati nei termini e limiti indicati al successivo art. 6.3.**

Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa indispensabile* ai fini del diritto all'*indennizzo* è la **prescrizione medica** contenente il quesito diagnostico o la patologia accertata che ha reso necessaria la Visita specialistica.



Opzione C – Visite Mediche Specialistiche	Spese per visite mediche specialistiche: € 800 (massimale € 1.000) Indennizzo spettante: - in network, € 800 - fuori network, € 600 (scoperto del 25% di € 800 pari a € 200 a carico dell'Assicurato)
--	--

Opzione D: Accertamenti Diagnostici

La garanzia è operante solo per gli Assicurati per i quali sia attiva l'Opzione D sul documento di polizza. L'attivazione dell'Opzione D è consentita **soltanto se è stata scelta almeno un'Opzione di 1° livello** (Opzione A o B o entrambe).

La *Compagnia*, in caso di Accertamenti diagnostici, esami strumentali o analisi cliniche, prescritti a seguito di *malattia* o *infortunio*, assicura **l'indennizzo delle spese sostenute dagli Assicurati nei termini e limiti indicati al successivo art. 6.3.**

Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa, indispensabile* ai fini del diritto all'*indennizzo*, è la **prescrizione medica** contenente il quesito diagnostico o la patologia accertata che ha reso necessaria la prestazione.

Art. 5.2.3. Garanzie di 3° livello

OPZIONE E: - Cure Fisiokinesiterapiche

OPZIONE F: - Lenti e Occhiali

OPZIONE G: - Cure odontoiatriche

Opzione E: Cure Fisiokinesiterapiche

La garanzia è operante solo per gli Assicurati per i quali sia attiva l'Opzione E sul Documento di polizza. L'attivazione dell'Opzione E è consentita **soltanto se è stata scelta almeno un'Opzione di 2° livello** (Opzione C o D o entrambe).

La *Compagnia*, in caso di Cure fisioterapiche o kinesiterapiche, prescritte a seguito di *malattia* o *infortunio*, assicura **l'indennizzo delle spese sostenute dagli Assicurati nei termini e limiti indicati al successivo art. 6.4.** Le prestazioni di agopuntura, manipolazioni vertebrali o chiroterapia e massoterapia distrettuale-riflessogena sono indennizzabili esclusivamente se eseguite da medico chirurgo abilitato fisioterapista della riabilitazione o da soggetto con attestazione del possesso del diploma di massofisioterapista con formazione triennale, oppure del diploma di formazione biennale con indicazione che il titolo sia equivalente alla laurea di fisioterapista.



Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*, **indispensabile** ai fini del diritto all'*indennizzo*, è la **prescrizione medica** contenente il quesito diagnostico o la patologia accertata che ha reso necessarie le Cure fisiokinesiterapiche.



Opzione E – Cure Fisiokinesiterapiche	Spese per Cure Fisiokinesiterapiche: € 1.900 (massimale € 1.500) Indennizzo spettante: - in network, € 1.500 (pari al massimale a disposizione) - fuori network, € 1.425 (scoperto del 25% di € 1.900 pari a € 475 a carico dell'Assicurato)
--	---

Opzione F: Lenti e Occhiali

La garanzia è operante solo per gli Assicurati per i quali sia attiva l'Opzione F sul documento di polizza. L'attivazione dell'Opzione F è consentita **soltanto se è stata scelta almeno un'Opzione di 2° livello** (Opzione C o D o entrambe).

La *Compagnia*, in caso di variazione certificata del visus, assicura **l'indennizzo delle spese sostenute dall'Assicurato per l'acquisto di adeguati Occhiali o delle sole Lenti, comprese quelle a contatto, nei termini e limiti indicati al successivo art. 6.4.**

Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*, **indispensabile** ai fini del diritto all'*indennizzo*, è la **prescrizione del medico specialista oculista o ottico optometrista che certifichi la variazione del visus.**

Opzione G: Cure Odontoiatriche

La garanzia è operante solo per gli Assicurati per i quali sia attiva l'Opzione G sul documento di polizza.

L'attivazione dell'Opzione G è consentita **soltanto se è stata scelta almeno un'Opzione di 2° livello** (Opzione C o D o entrambe).

La *Compagnia* assicura **l'indennizzo delle spese sostenute dall'Assicurato per le necessarie Cure Odontoiatriche, nei termini e limiti indicati al successivo art. 6.4.** Il *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*, **indispensabile** ai fini del diritto all'*indennizzo*, è il **Piano di Cure per l'intero anno assicurativo**, redatto su apposito modulo fornito dalla *Compagnia*, sottoscritto da medico specialista odontoiatra e corredato dai relativi esami diagnostici.

Art. 5.3. Prestazioni di Assistenza

I seguenti servizi sono prestati per il tramite della *Struttura Organizzativa* di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A. nei limiti indicati al successivo art. 6.5.



Prestazioni di assistenza medica

Prestazioni di assistenza in viaggio

Prestazioni di assistenza a domicilio in Italia

Art. 5.3.1. Prestazioni di Assistenza Medica

a) Consulenza medica telefonica

Qualora uno degli Assicurati necessiti di una consulenza medica, potrà contattare gratuitamente, senza sostenere alcun costo per il consulto, la *Struttura Organizzativa* che predisporrà un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni ed è garantito **24 ore al giorno in tutti i giorni della settimana**. La *Struttura Organizzativa* non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

b) Invio di un medico in Italia

Qualora uno degli Assicurati a seguito di *infortunio* o *malattia* e successivamente ad una Consulenza medica, necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei *medici convenzionati*. In caso di impossibilità da parte di uno dei *medici convenzionati* ad intervenire personalmente, la *Struttura Organizzativa* organizzerà il trasferimento in autoambulanza al centro medico idoneo più vicino. **La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali e 24 ore su 24 nei giorni festivi.**

La *Struttura Organizzativa* non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

c) Trasferimento sanitario programmato in Italia

Qualora uno degli Assicurati, a seguito di *infortunio* o *malattia* improvvisa, necessiti di un trasferimento sanitario programmato, la *Struttura Organizzativa*, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici



e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare il suo trasferimento:

- presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- alla residenza a seguito di dimissione ospedaliera.

La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di una autoambulanza, tenendone a carico il costo del tragitto di andata e ritorno, fino ad un massimo di 200 km per sinistro.

La *Struttura Organizzativa* non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

Non danno luogo alla prestazione le patologie e lesioni che a giudizio del medico della *Struttura Organizzativa* possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative e continuative.

d) Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di *ricovero* ospedaliero per *infortunio* o *malattia* e su richiesta dell'Assicurato, i medici della *Struttura Organizzativa* stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informandone i familiari. **La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato** rilasciato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento Europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati) ed alla relativa normativa interna di adeguamento.

e) Traduzione della cartella clinica

Qualora uno degli Assicurati, a seguito di *infortunio* o *malattia* improvvisa, necessiti del consulto di uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la *Struttura Organizzativa* provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'Assicurato e dell'eventuale diagnosi tenendo a proprio carico il relativo costo.

L'Assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso il quale l'Assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad *infortunio* o *malattia* improvvisa.

Art. 5.3.2. Prestazioni di Assistenza in Viaggio

Le seguenti prestazioni sono garantite allorché gli eventi si verifichino quando l'Assicurato si trovi a distanza di oltre 50 km dal proprio comune di residenza.

a) Rientro sanitario

Qualora uno degli Assicurati subisca in viaggio un *infortunio* o una *malattia* improvvisa e le sue condizioni siano tali che i medici della *Struttura Organizzativa*, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla *Struttura Organizzativa*, ritengano necessario il trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la *Struttura Organizzativa* definirà le modalità del rientro e provvederà a:

- organizzare il trasferimento del paziente con un mezzo idoneo: aereo sanitario, aereo di linea (anche barellato), ambulanza, treno (eventualmente vagone letto). Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;
- assistere il paziente durante il rientro, se necessario, con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della *Struttura Organizzativa*.

Non danno luogo al trasferimento:

- le malattie infettive e ogni patologia per le quali il trasporto dell'Assicurato implichi violazione di norme sanitarie;
- gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici della *Struttura Organizzativa*, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

b) Rientro con un familiare

Qualora si provveda alla prestazione "Rientro sanitario" ed i medici della *Struttura Organizzativa* non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la *Struttura Organizzativa* provvederà anche al viaggio di rientro di un familiare presente sul posto con lo stesso mezzo di trasporto dell'Assicurato, tenendo le spese a proprio carico.

c) Trasporto della salma

La *Struttura Organizzativa* organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma di uno degli Assicurati deceduto in viaggio a seguito di *infortunio* o *malattia* fino al luogo di sepoltura in Italia, in base alla residenza del deceduto, tenendo a proprio carico le **spese relative al feretro ed al trasporto dello stesso, nei limiti del massimale indicato al successivo art. 6.5.**



Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.

d) Assistenza ai minori di anni 14

Qualora uno degli Assicurati, a seguito di *infortunio* o *malattia* venga ricoverato in istituto di cura, non possa essere dimesso entro 7 giorni e, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il *ricovero*, la *Struttura Organizzativa* provvederà a predisporre il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di andata e ritorno in treno (1a classe) o, se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica), tenendo a proprio carico i relativi costi.

e) Assistenza ai familiari assicurati

Nel caso di *ricovero* ospedaliero o di trasferimento sanitario di un *Assicurato* e qualora gli altri Assicurati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la *Struttura Organizzativa* terrà a proprio carico le spese di rientro all'abitazione o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, **per una durata massima di due notti e nei limiti del massimale indicato al successivo art. 6.5.**

f) Viaggio di un familiare

In caso di *ricovero* ospedaliero di uno degli *Assicurati* a seguito di *infortunio* o *malattia* improvvisa e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la *Struttura Organizzativa* provvederà a predisporre il viaggio mettendo a disposizione un biglietto di andata e ritorno in treno (1a classe) o, se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica), tenendo a proprio carico i relativi costi.

Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

g) Autista a disposizione

Qualora uno degli Assicurati, a seguito di *infortunio* o *malattia* improvvisa, si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo stesso, ed eventualmente i passeggeri trasportati, fino alla città di residenza dell'*Assicurato* secondo l'itinerario più breve.

La *Struttura Organizzativa* terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre **restano a carico dell'Assicurato le spese di carburante e di pedaggio** (autostrade, traghetti, ecc.).

Nel caso in cui l'*Assicurato* rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dove è in custodia 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

Qualora uno degli Assicurati necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la *Struttura Organizzativa* provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La *Struttura Organizzativa* terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre **il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato.**

In alternativa la *Struttura Organizzativa* potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

i) Informazioni di medicina tropicale

Gli Assicurati potranno richiedere alla *Struttura Organizzativa* informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali: vaccinazioni richieste, rischi sanitari, alimentazione e bevande, farmaci utili in viaggio, clima e temperature, servizi sanitari in loco.

La prestazione viene fornita **dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**

Art. 5.3.3. Prestazioni di Assistenza a domicilio in Italia

a) Assistenza infermieristica o fisioterapica post-ricovero

Qualora uno degli Assicurati, in conseguenza di *malattia* o *infortunio*, sia stato ricoverato in Istituto di Cura per oltre cinque giorni, la *Struttura Organizzativa*, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del proprio medico, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari successive alle dimissioni, provvederà a fornire **un'assistenza specializzata infermieristica o fisioterapica per un massimo di cinque 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.** Per usufruire della prestazione, l'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa* la propria necessità **due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura** o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

b) Invio Operatore socio-sanitario

Qualora uno degli Assicurati, a seguito di *infortunio*, risulti non autosufficiente e necessiti di assistenza



personale presso l'Istituto di Cura in cui è ricoverato o a domicilio post-ricovero, la *Struttura Organizzativa*, accertata la condizione di non autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un Operatore Socio-Sanitario.

La prestazione è garantita **esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza nei limiti del massimale indicato al successivo art. 6.5.**

Per usufruire della prestazione, l'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa* la propria necessità con **preavviso di almeno due giorni** e inviare alla *Struttura Organizzativa* il certificato di *ricovero* dell'Istituto di Cura.

c) Consegna farmaci presso l'abitazione

Qualora uno degli Assicurati, a seguito di *infortunio* o *malattia*, per le cure del caso necessiti urgentemente, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che siano commercializzate in Italia) la *Struttura Organizzativa* provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.

d) Assistenza infermieristica per familiari non autosufficienti

Qualora uno degli Assicurati, ricoverato in un Istituto di Cura a seguito di *infortunio*, richieda l'assistenza infermieristica presso il proprio domicilio per i familiari conviventi non autosufficienti rimasti soli, la *Struttura Organizzativa* provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata **per un massimo di cinque ore complessive.**

Il personale infermieristico sarà messo a disposizione nel minor tempo possibile e compatibilmente con le oggettive situazioni locali.

Per usufruire della prestazione, l'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa* la propria necessità **con preavviso di almeno due giorni** e inviare alla *Struttura Organizzativa* il certificato di *ricovero* dell'Istituto di Cura.

e) Invio baby-sitter

Qualora uno degli Assicurati, in conseguenza di *malattia* o di *infortunio* che abbia dato luogo a *ricovero* in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, si trovi, nelle prime due settimane di convalescenza, nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di anni 14, sia per necessità legate all'accompagnamento a scuola o per attività extra- scolastiche, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione una baby-sitter tenendone a proprio carico il costo **nei limiti del massimale indicato al successivo art. 6.5.**

Per usufruire della prestazione, l'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa* la propria necessità **con preavviso di almeno due giorni.**

f) Invio collaboratrice familiare

Qualora uno degli Assicurati, in conseguenza di *malattia* o *infortunio* che abbia dato luogo a *ricovero* in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, la *Struttura Organizzativa* metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendone a proprio carico il costo **nei limiti del massimale indicato al successivo art. 6.5.**

Per usufruire della prestazione, l'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa* la propria necessità **con preavviso di almeno due giorni.**

g) Servizio spesa a casa

Qualora uno degli Assicurati sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di *infortunio* immobilizzante, come valutato da referto medico, potrà richiedere alla *Struttura Organizzativa* di effettuare la consegna presso la sua abitazione di due borse di generi alimentari e di prima necessità, **al massimo una volta a settimana.**

Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato.

h) Custodia animali

Qualora uno degli Assicurati, a seguito di *ricovero* in Istituto di Cura a causa di *infortunio* o *malattia* di durata superiore a cinque giorni, non avendo la possibilità di affidare i propri animali domestici ad un familiare sia impossibilitato ad occuparsene, può fare apposita richiesta alla *Struttura Organizzativa* che provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le **spese di pensionamento nei limiti del massimale indicato al successivo art. 6.5.**

Per usufruire della prestazione, l'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa* la propria necessità **con preavviso di almeno due giorni.**

Art. 6. Massimali assicurati, limiti e scoperti

Art 6.1. Massimali e scoperti della Garanzia Base

Fatta eccezione per i casi di parto e interventi chirurgici particolari specificati al precedente art. 5.1, valgono le



seguenti misure di **indennizzo**:

- le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici convenzionati** sono totalmente indennizzate;
- le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie** e medici non convenzionati sono indennizzate previa detrazione di uno scoperto del 25% nel limite minimo di € 250 e massimo di € 5.000;
- il massimale per anno è di € 500.000 nel caso di un solo **Assicurato**. Nel caso di più assicurati il massimale per anno è pari a € 200.000 per ciascun **Assicurato**, cui si aggiunge l'importo di € 300.000 per l'insieme degli assicurati presenti in polizza.

Parto e Interventi Chirurgici Particolari

L'**indennizzo** è così limitato:

- le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici convenzionati** sono indennizzate con il **sottomassimale di € 7.500 per anno e per ciascun Assicurato**;
- le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici non convenzionati** sono indennizzate previa detrazione di uno scoperto del 25% nel limite minimo di € 250 e massimo di € 750.

Art. 6.2. Massimali e scoperti delle Garanzie di 1° Livello

Opzione A (Day Hospital – Interventi chirurgici in Day Surgery o ambulatoriali – Cure oncologiche)

- Day Hospital e interventi chirurgici in day surgery o ambulatoriali:
 - le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici convenzionati** sono totalmente indennizzate;
 - le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici non convenzionati** sono indennizzate previa detrazione di uno scoperto del 25% con il limite minimo di € 250.

Gli indennizzi erogati per questa garanzia entrano nel computo ai fini della capienza del massimale della garanzia Base.

- Cure oncologiche extraospedaliere:
 - nel caso in cui l'**Assicurato** si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, la **Compagnia** rimborsa i relativi **ticket sanitari**. Il massimale per anno degli indennizzi è di € 10.000 per ciascun **Assicurato**;
 - non è previsto scoperto.

Opzione B (Prestazioni pre e post ricovero – Indennità sostitutiva per ricovero in regime di SSN)

- Prestazioni pre e post **ricovero**, nei 90 giorni precedenti il **ricovero** sono indennizzate le spese sino al massimale di € 1.000 per evento e di € 2.000 per anno; nei 90 giorni successivi alla data di dimissioni del **ricovero** sono indennizzate le spese sino al massimale di € 1.500 per evento e di € 2.500 per anno e l'**indennizzo** è così regolato:
 - le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici convenzionati** sono totalmente indennizzate;
 - le spese per prestazioni effettuate presso **strutture sanitarie e medici non convenzionati** con la **Compagnia** sono indennizzate previa detrazione di uno scoperto del 25% con il limite minimo di € 50 per ogni singola prestazione.

A tal fine, per quanto riguarda le analisi cliniche, per singola prestazione si intende l'intera serie di esami relativa alla medesima prescrizione medica e al medesimo prelievo di qualsiasi tipo di liquido o tessuto biologico.

- **Indennità sostitutiva per ricovero in Day Hospital in regime SSN** è assicurata la corresponsione di una indennità giornaliera di € 75 per ogni giorno di **ricovero** con il limite di 50 giorni per anno; in caso invece di ricovero con pernottamento è previsto un indennizzo di € 150 per ogni giorno di ricovero con il limite di 100 giorni per anno. Non è previsto scoperto.

Art. 6.3 Massimali e scoperti delle Garanzie di 2° Livello

Opzione C (Visite mediche specialistiche)

L'**indennizzo** è così regolato:

- le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici convenzionati** sono totalmente indennizzate;
- le spese per visite specialistiche effettuate da medici specialisti non convenzionati con la **Compagnia** sono indennizzate previa detrazione di uno scoperto del 25% con il limite minimo di € 50 per ogni singola visita;
- il massimale per anno è di € 1.000 per ciascun **Assicurato**.

Opzione D (Accertamenti diagnostici)

L'**indennizzo** è così regolato:

- le spese per prestazioni effettuate da **strutture sanitarie e medici convenzionati** sono totalmente



indennizzate;

- le **spese per prestazioni effettuate presso strutture sanitarie e medici non convenzionati** con la *Compagnia* sono indennizzate previa detrazione di uno **scoperto del 25%** con il **limite minimo di € 50 per ogni singola prestazione;**
- il **massimale per anno è di € 2.000 per ciascun Assicurato.**

A tal fine, per quanto riguarda le Analisi cliniche, **per singola prestazione si intende l'intera serie di esami relativa alla medesima prescrizione medica** e al medesimo prelievo di liquido o tessuto biologico.

Art. 6.4. Massimali e scoperti delle Garanzie di 3° Livello Opzione E (Cure fisiokinesiterapiche)

L'*indennizzo* è così regolato:

- le **spese per prestazioni effettuate da strutture sanitarie e medici convenzionati** sono **totalmente indennizzate;**
- le **spese per prestazioni effettuate presso strutture sanitarie e medici non convenzionati** con la *Compagnia* sono indennizzate previa detrazione di uno **scoperto del 25%** con il **limite minimo di € 50 per ogni singola prestazione;**
- il **massimale per anno è di € 1.500 per ciascun Assicurato.**

A tal fine, **per singola prestazione si intende ogni ciclo di dieci trattamenti di uguale tipologia relativo alla medesima prescrizione medica;** qualora fosse prescritto un minor numero di sedute di cura, il limite minimo non indennizzabile è proporzionalmente ridotto.

Opzione F (Lenti e occhiali)

Le spese sono indennizzate previa detrazione di uno **scoperto del 25%** con il **limite minimo di € 50.**

Il **massimale per anno** degli indennizzi è di **€ 500 per ciascun Assicurato.**

Opzione G (Cure odontoiatriche)

L'*indennizzo* è così regolato:

- le **spese per prestazioni effettuate da strutture sanitarie e medici convenzionati** sono **totalmente indennizzate;**
- le **spese per prestazioni effettuate presso strutture sanitarie e medici non convenzionati** con la *Compagnia* sono indennizzate previa detrazione di uno **scoperto del 25%** con il **limite minimo di € 50 per ogni singola prestazione;**
- il **massimale per anno** degli indennizzi è di **€ 2.500 per ciascun Assicurato.**

Art. 6.5. Massimali e limiti delle Prestazioni "Assistenza"

Ciascun servizio specifico è garantito per un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

Per il servizio Trasferimento sanitario programmato in Italia è previsto il limite di 200 km per tragitto di andata e ritorno per *sinistro*.

In relazione alle prestazioni di "Assistenza in viaggio" i servizi saranno prestati unicamente se gli eventi si verificano quando l'*Assicurato* si trovi a distanza di oltre 50 km dal proprio comune di residenza, inoltre vigono (IVA inclusa) per il servizio d) un massimale di € 2.600 e per il servizio e) un massimale di € 210.

In relazione alle prestazioni "Servizi a domicilio in Italia" i servizi assistenza infermieristica o fisioterapia post-*ricovero*, Invio operatore socio-sanitario, Invio baby-sitter ed Invio collaboratrice familiare, sono prestati unicamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, inoltre vigono (IVA inclusa) per i servizi b) e) ed f) un massimale di € 500 per anno assicurativo e per il servizio h) un massimale di € 300 per anno assicurativo.



Si riporta di seguito una tavola sinottica rappresentativa di ciascuna garanzia per l'indennizzo di spese mediche con relative prestazioni, massimali e scoperti.



GARANZIA BASE			
Prestazione	Massimale	Scoperto	
<u>Ricovero con o senza intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio</u>	€ 500.000 evento/anno per unico <i>Assicurato</i> ; € 200.000 evento/anno per ciascun <i>Assicurato</i> + € 300.000 evento/anno a disposizione del <i>nucleo</i>	25% solo fuori network Min. € 250 – Max € 5.000	
GARANZIE 1° LIVELLO			
OPZIONE A	Prestazione	Massimale	Scoperto
	<u>Interventi Ambulatoriali e Day Hospital/Surgery</u>	€ 200.000 evento/anno per ciascun <i>Assicurato</i> + € 300.000 evento/anno a disposizione del <i>nucleo</i>	25% solo fuori network Min. € 250
	<u>Cure Oncologiche</u>	€ 10.000 evento/anno	Non previsto
OPZIONE B	<u>Prestazioni Pre e Post Ricovero</u>	Spese Pre-Ricovero: € 1.000/evento; € 2.000/anno Spese Post-Ricovero: € 1.500/evento; € 2.500/anno	25% solo fuori network Min. € 50
	<u>Indennità Sostitutiva Per Ricovero In Regime SSN</u>	€ 150/giorno 100 gg/anno con pernottamento; € 75/giorno 50 gg/anno Day Hospital	Non previsto
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
	<u>Visite Mediche Specialistiche</u>	€ 1.000/anno	25% per singola prestazione solo fuori network – Min. € 50
OPZIONE D	<u>Accertamenti Diagnostici</u>	€ 2.000/anno	25% per singola prestazione solo fuori network - Min. € 50
GARANZIE 3° LIVELLO			
OPZIONE E	Prestazione	Massimale	Scoperto
	<u>Cure Fisiokinesiterapiche</u>	€ 1.500/anno	25% per singola prestazione (ciclo di 10 trattamenti) solo fuori network - Min. € 50
OPZIONE F	<u>Lenti e Occhiali</u>	€ 500/anno	25% - Min. € 50
OPZIONE G	<u>Cure Odontoiatriche</u>	€ 2.500/anno	25% per singola prestazione solo fuori network - Min. € 50



Si riporta di seguito una tavola sinottica rappresentativa di ciascuna prestazione di assistenza con relative limitazioni.



Prestazioni di Assistenza Medica	Limitazioni
<u>Consulenza Medica Telefonica</u>	Non previste.
<u>Invio di un Medico in Italia</u>	Non previste.
<u>Trasferimento Sanitario Programmato in Italia</u>	Tragitto massimo di 200 km (100 km per ciascun viaggio di andata e ritorno).
<u>Monitoraggio del Ricovero Ospedaliero</u>	Non previste.
<u>Traduzione della Cartella Clinica</u>	Non previste.
Prestazioni di Assistenza in Viaggio	Limitazioni
<u>Rientro Sanitario</u>	L'Assicurato deve trovarsi oltre i 50 km dal proprio Comune di residenza.
<u>Rientro con un Familiare</u>	L'Assicurato 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.
<u>Trasporto della Salma</u>	Massimale di € 2.600 per spese e trasporto del feretro.
<u>Assistenza ai Minori di 14 Anni</u>	Non previste.
<u>Assistenza ai Familiari Assicurati</u>	Massimo 2 notti e fino ad un importo di € 210 per <i>sinistro</i> .
<u>Viaggio di un Familiare</u>	Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altra spesa non inerente al biglietto di andata e ritorno.
<u>Autista a Disposizione</u>	La <i>Struttura Organizzativa</i> terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese di carburante e di pedaggio (autostrade, traghetti, ecc.).
<u>Invio Medicinali all'Estero</u>	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 dell'Assicurato.
<u>Informazioni di Medicina Tropicale</u>	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	Limitazioni
<u>Assistenza Infermieristica o Fisioterapica Post-Ricovero</u>	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.
<u>Invio Operatore Socio-Sanitario</u>	La prestazione è garantita, previo accertamento della condizione di non autosufficienza, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza con un massimale di € 500 per anno assicurativo.
<u>Consegna Farmaci Presso l'abitazione</u>	Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali.
<u>Assistenza Infermieristica per Familiari Non Autosufficienti</u>	Massimo 5 ore complessive.
<u>Invio Baby-Sitter</u>	Massimale di € 500 per anno assicurativo, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.
<u>Invio Collaboratrice Familiare</u>	Massimale di € 500 per anno assicurativo, esclusivamente nell'arco delle prime due settimane di convalescenza.
<u>Servizio Spesa a Casa</u>	Massimo una volta a settimana, previa visione del referto medico.
<u>Custodia Animali</u>	Massimale di € 300 per anno assicurativo.



COSA NON È ASSICURATO?

Art. 7. Persone e patologie non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., sindromi organiche cerebrali.

La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico di uno degli Assicurati costituisce per lo stesso causa di cessazione automatica dell'assicurazione indipendentemente dalla formula tariffaria scelta, senza obbligo per la *Compagnia* di corrispondere alcun *indennizzo*.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 8. Estensione territoriale

L'assicurazione è estesa al mondo intero, fatta eccezione per i Paesi indicati come Paese a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Le modalità di liquidazione dei sinistri occorsi all'Estero sono specificate al successivo art. 16.



- 1) All'estero è possibile avvalersi del "pagamento diretto" delle spese sanitarie da parte della *Compagnia*?

No, non è previsto il pagamento diretto. La polizza non ha limitazioni territoriali, ad eccezione dei "Paesi a rischio", ma copre un periodo di permanenza non superiore a 6 mesi, indipendentemente dalla durata effettiva del viaggio. Il rimborso delle spese mediche sostenute in via diretta dall'Assicurato all'estero avverrà solamente al rientro in Italia, inviando al servizio One Care di Aon S.p.A. la cartella clinica e i giustificativi di spesa in originale. L'indennizzo verrà effettuato unicamente per le spese relative all'assistenza medica d'emergenza resa necessaria da infortunio o da malattia, sempreché la prestazione stessa fosse imprevedibile al momento della partenza, ferma l'applicazione degli scoperti previsti dalle singole garanzie.

Art. 9. Periodi di carenza delle coperture

Per quanto attiene alle prestazioni sanitarie rese necessarie dalle conseguenze dirette ed esclusive di infortuni, le garanzie decorrono dalla stessa data di effetto dell'assicurazione.

Per le prestazioni sanitarie dovute ad altre cause diverse da *infortunio*, le garanzie decorrono dopo che sia trascorso, dalla data di effetto dell'assicurazione, il periodo di carenza di seguito specificato:

- 30 giorni per le prestazioni sanitarie a seguito di malattia, fatta eccezione per le prestazioni relative alle garanzie Opzionali F (Lenti e occhiali) e G (Cure odontoiatriche), rimanendo escluso il diritto all'indennizzo per le malattie manifestatesi in tale periodo di carenza e protrattesi anche successivamente;
- 60 giorni per le prestazioni sanitarie relative ad aborto spontaneo o terapeutico e a patologie dipendenti da gravidanza, rimanendo escluso il diritto all'indennizzo per la gravidanza iniziata, a giudizio medico, prima della data di effetto dell'assicurazione e per le interruzioni volontarie di gravidanza;
- 90 giorni per le prestazioni relative alle garanzie Opzionali F (Lenti e occhiali) e G (Cure odontoiatriche), rimanendo escluso il diritto all'indennizzo per le necessità accertate e certificate dagli specialisti nelle rispettive discipline in tale periodo di carenza;
- 300 giorni per le prestazioni sanitarie relative al parto e alle malattie del puerperio.

Qualora la polizza sostituisca, senza soluzione di continuità, una precedente polizza della *Compagnia* per gli stessi Assicurati, oppure nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto, i termini di carenza di cui sopra operano:

- dalla data di effetto della polizza sostituita, per le prestazioni e la misura dell'indennizzo da quest'ultima prevista;
- dalla data di effetto della presente polizza, limitatamente alla maggiore misura dell'indennizzo ed alle diverse prestazioni da questa previste.

Art. 10. Esclusioni dall'assicurazione

Le coperture assicurative non sono operanti nei casi di seguito elencati:

- a) conseguenze di infortuni e difetti fisici anteriori alla data di effetto, nonché di malattie e stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione, salvo che tali infortuni, difetti o stati



- patologici siano stati dichiarati dall'*Assicurato* nel *questionario sanitario* e non siano stati specificamente esclusi dalla copertura;
- b) eliminazione o correzione di malformazioni e difetti fisici preesistenti alla data di effetto dell'*assicurazione* e le relative complicanze;
 - c) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniacodepressive e stati paranoici;
 - d) conseguenze di delitti dolosi dell'*Assicurato*, compreso il tentato suicidio, fatta eccezione per i delitti preterintenzionali o colposi dell'*Assicurato* stesso (Art. 43 Codice Penale);
 - e) le conseguenze dell'abuso di alcolici o dell'uso non terapeutico di psicofarmaci, allucinogeni o stupefacenti;
 - f) infortuni derivanti dalla pratica di alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, di sport aerei (compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili), da atti di temerarietà e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
 - g) le conseguenze della pratica di sport costituenti per l'*Assicurato* attività professionale;
 - h) acquisto, applicazione, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici nonché di mezzi ausiliari a sostegno di handicap, salvo che tali apparecchi e mezzi siano direttamente attinenti alle prestazioni delle garanzie contemplate nella copertura attivata per dall'*Assicurato*;
 - i) i trattamenti aventi finalità estetica, salvo quelli resi necessari da *infortunio* o da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo;
 - j) prestazioni e terapie con finalità dimagrante, omeopatiche e fitoterapiche, nonché quelle non riconosciute dalla medicina ufficiale, con particolare riferimento alle cure effettuate con utilizzo di cellule staminali che non abbiano superato le fasi di sperimentazione clinica, salvo i casi disposti dall'Autorità Giudiziaria, ed a quelle non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
 - k) prestazioni e terapie relative alla fecondità, sterilità e impotenza;
 - l) interruzioni volontarie di gravidanza (Legge 194/78);
 - m) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X e simili), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche pertinenti con le garanzie contemplate nel Piano di Copertura attivato per l'*Assicurato*;
 - n) conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
 - o) conseguenze di guerre, insurrezioni e atti terroristici, nonché di tumulti popolari cui l'*Assicurato* abbia preso parte attiva;
 - p) infortuni derivanti da scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo.



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 11. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La *Compagnia* presta la garanzia nei termini di cui alla presente polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'*Assicurato*/dagli Assicurati, risultanti dal *Questionario sanitario* che deve accompagnare la proposta. **In caso di dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'*Assicurato* relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita dell'*indennizzo* ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.**

Art. 12. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il *Contraente* o l'*Assicurato* devono dare **comunicazione scritta alla *Compagnia* di ogni aggravamento del rischio**, intervenuto nei primi due anni dalla stipulazione dell'*Assicurazione*. **Durante tale periodo, gli aggravamenti non noti o non accettati dalla *Compagnia* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile. A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'*Assicurato* nel corso del *Contratto*, fatto salvo quanto disposto all'art. 7.**

Nel caso di diminuzione del rischio, la *Compagnia* riduce il *premio* o le rate di *premio* successive alla comunicazione del *Contraente* o dell'*Assicurato* ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.



2) Cosa si intende per “aggravamento del rischio” nelle coperture per il rimborso delle spese mediche?

È la sopravvenienza delle patologie, da comunicare alla Compagnia, che determinano la condizione di non assicurabilità e la conseguente cessazione della copertura assicurativa stessa quali alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali.

Non costituiscono aggravamento del rischio, e non devono essere pertanto comunicate alla Compagnia, né il peggioramento dello stato di salute in seguito a malattia intesa come “alterazione delle proprie condizioni di salute non dipendente da infortunio”, né la variazione dell’attività lavorativa.

Art. 13. Competenze per reclami stragiudiziali

La competenza per eventuali *reclami* stragiudiziali in ordine al presente contratto di *assicurazione* è dell’IVASS - Sezione Reclami - con sede in Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma.

Art. 14. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono nei termini di legge indicati dall’Art. 2952 del Codice Civile e successive modificazioni. Ai sensi dell’Art. 1915 del Codice Civile, se l’Assicurato non adempie dolosamente l’obbligo di avviso del sinistro o di salvataggio per evitare o ridurre il danno, decade dal diritto all’indennizzo; se l’omissione è colposa, la Compagnia ha diritto di ridurre l’indennizzo in ragione del pregiudizio subito.

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 15. Accesso alle prestazioni “Spese mediche”

All’insorgere della necessità di fruire delle prestazioni sanitarie assicurate, l’Assicurato o chi per esso, dovrà contattare, in possesso del **Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa**, il Servizio One Care di AON con una delle seguenti modalità:

- **telefonticamente** dall’Italia al **numero verde 800.900.601** (dall’estero al numero +3902.8723.2362), nei **giorni feriali dalle ore 9 alle ore 18**, fornendo i riferimenti della polizza e il contenuto del *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*;
- **collegandosi al portale www.onecare.aon.it** ed accedendo al servizio inserendo le informazioni richieste dal sistema.

Il Servizio, sulla base della copertura attivata per l’Assicurato, fornirà le indicazioni necessarie per la fruizione della prestazione richiesta e per l’eventuale prenotazione della stessa presso strutture e medici della rete sanitaria convenzionata.

Nel caso di oggettiva impossibilità della preventiva presa di contatto con il Servizio One Care, la **prestazione sanitaria**, sempreché contemplata tra le coperture opzionate dall’Assicurato, **sarà comunque indennizzata in forma rimborsuale**.

Per poter usufruire della prestazione richiesta è necessario rispettare le seguenti **tempistiche**:

- **preavviso di almeno 5 giorni**, qualora l’Assicurato necessiti di effettuare un **ricovero presso una Struttura Sanitaria convenzionata** (il **ricovero urgente** verrà invece comunque gestito dal Servizio One Care **nell’arco delle 24 ore**);
- **preavviso di almeno 2 giorni**, qualora l’Assicurato necessiti di una **prestazione extraricovero**.

Attraverso la **Mediolanum Carta Salute** sarà inoltre possibile ottenere agevolazioni, presso un network di *strutture convenzionate*, anche su prestazioni non coperte dalle garanzie opzionate.

Art. 16. Criteri di indennizzabilità e di liquidazione

Sono **indennizzabili esclusivamente le prestazioni sanitarie relative alle rispettive garanzie attivate per ciascun Assicurato**, sempreché sia trascorso il periodo di **carenza previsto per le singole garanzie**, **previa presentazione del Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa**.

Le prestazioni effettuate **presso le strutture sanitarie e medici convenzionati** con la *Compagnia*, comunque preventivamente prese in carico dal Servizio One Care di AON S.p.A., **sono pagate alla struttura o medico direttamente dalla Compagnia stessa**.

Le prestazioni effettuate **presso strutture sanitarie e medici non convenzionati**, invece, saranno pagate



alla struttura o medico dagli Assicurati e poi rimborsate dalla *Compagnia*, al netto degli scoperti previsti, presentando l'apposita richiesta corredata dal *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa* e dalle rispettive ricevute contabili in originale.

La richiesta di rimborso potrà essere presentata a mezzo postale, allegando la documentazione cartacea, oppure collegandosi al portale web One Care di AON S.p.A. e caricando i documenti richiesti dal sistema. In ogni caso la *Compagnia* si riserva la facoltà di richiedere ulteriore *documentazione medica* riguardante le prestazioni da indennizzare.

Qualora l'Assicurato, ai sensi di legge, possa detrarre dal proprio imponibile in sede di dichiarazione dei redditi le spese sanitarie - anche se rimborsate o sostenute da altri - la *Compagnia* si impegna, su richiesta dell'Assicurato stesso o del Contraente, a restituire gli originali delle fatture e le notule di spesa previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la *Compagnia* effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Qualora la prestazione sanitaria sia effettuata all'estero, durante la permanenza dell'Assicurato per un periodo continuativo non superiore a sei mesi, l'indennizzo verrà effettuato unicamente per le spese relative all'assistenza medica d'emergenza, resa necessaria da *infortunio* o da *malattia*, ferma l'applicazione degli scoperti previsti dalle singole garanzie e sempreché la prestazione stessa fosse imprevedibile al momento della partenza.

Nessun indennizzo sarà corrisposto se la temporanea permanenza all'estero sia dovuta a motivi medici, a meno di preventiva autorizzazione della *Compagnia* che potrà concederla qualora le terapie medico/chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia in tempi ragionevolmente brevi.

Art. 17. Accesso alle prestazioni "Assistenza"

Per le richieste di Assistenza gli Assicurati devono rivolgersi alla *Struttura Organizzativa* di IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, telefonando al numero verde 800.900.601 (dall'estero +3902.2412.8876).

L'Assicurato richiedente dovrà comunicare con precisione:

1. il servizio di assistenza di cui necessita;
2. il nome, cognome e codice fiscale;
3. il numero della polizza;
4. l'indirizzo del luogo in cui si trova;
5. il recapito telefonico al quale la *Struttura Organizzativa* potrà richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La *Struttura Organizzativa* interverrà direttamente per la prestazione del servizio richiesto oppure autorizzerà esplicitamente l'effettuazione dell'intervento.

La *Struttura Organizzativa* potrà richiedere all'Assicurato, e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente, ogni ulteriore *documentazione medica* ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza. In ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Il diritto alle prestazioni di Assistenza garantite dalla *Compagnia* decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del sinistro.

Art. 18. Collegio arbitrale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.



Art. 19. Spese non rientranti nelle garanzie

Fermo restando che sono indennizzabili esclusivamente le spese sanitarie nei limiti dell'art.2., **la Compagnia, nel caso abbia effettuato pagamenti che, anche a posteriori, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti, o previsti nella lettera di impegno, si riserva il diritto di richiedere al Contraente/Assicurato la restituzione di dette somme. Il Contraente/Assicurato riconosce esplicitamente tale diritto e si impegna a rimborsare quanto dovuto alla Compagnia.**



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 20. Premio

Il *Premio* è **sempre determinato per il periodo di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto** anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Fermo quanto disposto dall'art. 22. in merito alla sospensione delle garanzie di polizza, resta convenuto che, **qualora il pagamento del premio o della rata di premio non venga effettuato entro il 150° giorno successivo a quello dell'ultima scadenza, l'assicurazione si intende cessata a tutti gli effetti** e l'Assicurato, qualora abbia optato per la formula tariffaria VITA INTERA, perde i diritti maturati e derivanti dall'eventuale accantonamento delle riserve di senescenza.

La ripresa dell'*assicurazione* potrà essere effettuata unicamente mediante la stipulazione di una nuova polizza, previa sottoscrizione di una nuova proposta unitamente al *Questionario sanitario* relativo a ciascun *Assicurato* e con l'applicazione dei termini di carenza di cui all'art. 9.

I premi annui, i massimali e gli scoperti espressi in importo, sono adeguati ad ogni ricorrenza annua secondo la variazione percentuale annuale dell'“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, riferita al mese di settembre.

Ad ogni ricorrenza annua di polizza l'adeguamento percentuale da applicare è calcolato rapportando l'indice del mese di settembre dell'anno precedente la ricorrenza stessa, all'indice relativo al mese di settembre dell'anno ancora precedente.

Per la prima ricorrenza annua, l'indice del mese di settembre dell'anno precedente è rapportato a quello del mese di settembre dell'anno precedente la stipulazione riportato in polizza.

La Compagnia si riserva la facoltà di modificare, ad intervalli non inferiori a 24 mesi e comunque previa notifica alle competenti Autorità di Vigilanza (IVASS), i premi delle garanzie attivate in polizza, qualora i riscontri statistici globali della *Compagnia* evidenzino costi medi o frequenze di ricorso alle prestazioni sanitarie significativamente diversi dalle Basi Tecniche utilizzate per il calcolo delle tariffe dei premi.

In caso di esercizio di tale facoltà, la Compagnia notificherà al Contraente il nuovo importo del premio annuo con preavviso di almeno 90 giorni rispetto alla successiva ricorrenza annua.

Il Contraente, da parte sua, ha la facoltà di rifiutare il nuovo premio mediante lettera raccomandata da inviare alla Compagnia almeno 30 giorni prima della stessa ricorrenza annua, con conseguente recesso dal contratto. In mancanza della comunicazione del *Contraente*, il contratto sarà rinnovato sulla base del nuovo *premio* annuo.

La *Compagnia* può applicare sconti di premio alle sottoscrizioni effettuate da: dipendenti o collaboratori continuativi della *Compagnia*; 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 Gruppo Mediolanum. Tali condizioni verranno altresì applicate nei confronti dei rispettivi coniugi e parenti in linea retta e in linea collaterale ed affini entro il secondo grado.

La *Compagnia* o il Distributore, quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 21. Conclusione dell'assicurazione

L'Assicurazione si conclude con la ricezione, da parte del *Contraente*, dell'accettazione della Proposta di Assicurazione da parte della *Compagnia*. La comunicazione dell'**accettazione avviene mediante invio al Contraente del Documento di Polizza, a seguito del buon fine del pagamento del primo premio** da parte del *Contraente* medesimo. La proposta del *Contraente* rimane ferma per il tempo stabilito dall'Art. 1887 del Codice Civile e non pone a carico della *Compagnia* alcun obbligo, né di conclusione del Contratto, né di comunicazione del rifiuto della Proposta di Assicurazione. **La Proposta di Assicurazione si intende rifiutata**



decorsi 30 (trenta) giorni dalla sua ricezione in sede senza che il Contraente abbia ricevuto l'accettazione da parte della Compagnia.

Art. 22. Effetto e decorrenza dell'assicurazione

Fermo restando:

- l'accettazione da parte della *Compagnia* della *Proposta contrattuale di Assicurazione*;
- il buon fine del mezzo di pagamento del *premio* utilizzato dal *Contraente*;
- il disposto dell'art. 9. (Periodi di carenza delle coperture);

la copertura assicurativa, nonché tutti gli obblighi e oneri che il contratto di *assicurazione* pone a carico di Mediolanum Assicurazioni S.p.A., avranno **effetto dalle ore 24 del giorno indicato dalla *Compagnia* nel Documento di Polizza che invierà al *Contraente*.**

Qualora il *Contraente* non paghi i premi o le rate di *premio* successive al primo, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della *Compagnia* al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Nel caso in cui il contratto sia stato concluso a distanza, il *Contraente* può esercitare il diritto di recesso come indicato al successivo art. 24. Qualora il *Contraente* abbia richiesto, mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore contestualmente alla sottoscrizione, che l'esecuzione del contratto abbia inizio solo decorso il termine di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, l'efficacia del contratto è sospesa. Pertanto, la decorrenza della copertura assicurativa coinciderà con le ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di conclusione del contratto a condizione che, entro tale termine, la Compagnia avrà acquisito la disponibilità del Premio. In caso contrario, la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data in cui tale condizione si realizzerà.

Art. 23. Durata dell'assicurazione

Per ciascun *Assicurato* l'*assicurazione* ha durata di un anno con tacito rinnovo per un uguale periodo, **sempreché una delle parti non eserciti la facoltà di recesso del contratto come previsto dall'art. 24.**



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 24. Diritto di disdetta/recesso

Le parti possono comunicare la disdetta del contratto, con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla ricorrenza della scadenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata.

Si specifica che, nella formula VITA INTERA, decorsi due anni dalla data di effetto del contratto la Compagnia rinuncia alla facoltà di disdetta; pertanto la copertura, salvo disdetta esercitata dal Contraente o da uno degli assicurati, resta in vigore per tutta la vita dell'Assicurato.

Se il contratto è concluso a distanza, in conformità a quanto previsto dall'Art. 67-duodecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), **il *Contraente* può recedere nel termine di 14 giorni dalla data di conclusione del contratto secondo le modalità sopra previste.** Qualora il *Contraente* abbia chiesto inoltre di dare avvio all'esecuzione del contratto, Mediolanum Assicurazioni S.p.A. avrà diritto a trattenere il rateo di Premio corrispondente al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Nel caso in cui il *Contraente* abbia richiesto, contestualmente alla sottoscrizione del contratto mediante apposita comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del contratto abbia inizio solo decorso il periodo di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, la Compagnia rimborserà il premio versato a fronte del recesso.

Il contratto, inoltre, non consente il recesso a seguito di Sinistro da parte della Compagnia, fatta eccezione per le ipotesi previste all'art. 12.



3) Con la formula Vita Intera, cosa accadrebbe alla polizza se venisse diagnosticata una patologia o malattia cronica?

Decorsi i due anni dalla decorrenza, la polizza rimarrà attiva per tutta la vita dell'Assicurato garantendo il rimborso delle spese mediche per qualsiasi sinistro, anche dovuto alla medesima patologia. Non saranno applicate esclusioni o sovrappremi.



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 25. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Eventuali modifiche agli accordi contrattuali autorizzate dalla *Compagnia*, per essere valide, saranno **formalizzate per iscritto tra le parti.**

Art. 26. Oneri fiscali

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

Art. 27. Foro Competente

Per le controversie relative al presente Contratto **la sede del Foro competente è quella di residenza o domicilio elettivo del Contraente.**

Art. 28. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. **Il presente contratto è regolato dalla Legge Italiana.**

Art. 29. Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente *assicurazione* sia stipulata per conto altrui, **gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente**, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 30. Altre assicurazioni

Il *Contraente* e/o l'*Assicurato*/gli Assicurati deve/devono **dichiarare per iscritto in proposta e/o comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi e per le stesse persone.** In caso di *sinistro* il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

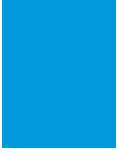
Art. 31. Home Insurance

La *Compagnia* ha reso disponibile un'apposita Area riservata all'interno del proprio sito internet, attraverso la quale il *Contraente* può accedere alla propria posizione assicurativa consultando i dati principali dei Contratti sottoscritti nonché utilizzare le funzionalità dispositive (c.d. Servizio Home Insurance) tra cui, a titolo meramente esemplificativo, il pagamento del premio successivo al primo ovvero in caso di insoluto se attiva disposizione permanente di addebito – SDD e la denuncia del sinistro. In ogni caso il *Contraente* potrà utilizzare le funzionalità rese disponibili tempo per tempo della *Compagnia*.

Il servizio è gratuito e vi si accede mediante autenticazione con i codici di accesso rilasciati dalla *Compagnia* su richiesta del *Contraente*. I codici di accesso garantiscono al *Contraente* un adeguato livello di riservatezza e sicurezza.

L'utilizzo della predetta Area è disciplinato dalle Norme che regolano il servizio di Home Insurance, presenti sul sito della *Compagnia*.

La *Compagnia* rende disponibili le suddette funzionalità - in luogo del sito della *Compagnia* stessa - sul sito del Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A., www.bmedonline.it, unicamente per i titolari del servizio di Banca Diretta con la medesima Banca e per le polizze distribuite dalla Banca stessa, utilizzando i codici forniti da quest'ultima.



PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE
BIANCA



MEDIOLANUM
CAPITALE SALUTE

Retro di copertina

MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale: Palazzo Meucci

Via F. Sforza, 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

È un prodotto di



LETTERA DI IMPEGNO
(DA SOTTOSCRIVERE DA PARTE DELL'ASSICURATO
AL MOMENTO DEL RICOVERO NEI CENTRI CLINICI CONVENZIONATI)

Il Signor

assicurato con polizza di Mediolanum Assicurazioni S.p.A. n.

si impegna in occasione del ricovero con o senza intervento chirurgico:

1. a pagare direttamente al centro clinico convenzionato o ai Medici specialisti le spese relative a quelle prestazioni Sanitarie che non risultino essere previste o indennizzabili dalla propria polizza di assicurazione;
2. a pagare al Centro clinico convenzionato le spese "extra" (consumazioni, telefonate, ecc.) in quanto non rientranti fra quelle previste dalla propria polizza di assicurazione;
3. a pagare direttamente al centro clinico convenzionato o al Medico specialista le eventuali spese sanitarie che superino i massimali previsti dalla propria polizza di assicurazione;
4. a restituire alla Compagnia assicuratrice gli importi dalla stessa eventualmente già liquidati per prestazioni sanitarie che, dall'esame della cartella clinica o di altra documentazione medica, risultino a qualsiasi titolo non indennizzabili.

Inoltre libera i Sanitari che effettueranno gli eventuali interventi diagnostici o terapeutici dall'obbligo del segreto professionale verso la Compagnia assicuratrice e delega la stessa o chi per essa ad analizzare referti e cartelle cliniche.

La Compagnia si impegna comunque a mantenere il rispetto della riservatezza verso terzi.

.....
(firma dell'Assicurato o
di chi ne ha la potestà)

....., li

Avvertenza: la presente denuncia di sinistro, da spedire per raccomandata, deve essere utilizzata esclusivamente per il ricovero e/o le prestazioni effettuate da strutture sanitarie e medici non convenzionati. Si ricorda di trattenere sempre una copia di tutta la documentazione trasmessa, in quanto gli originali non saranno restituiti, ma archiviati a cura del Servizio One Care di AON.

Spett.le
AON HEWITT RISK & CONSULTING Srl
Servizio Liquidazione Sinistri
Via Andrea Ponti, 8/10
20143 Milano

....., il

Oggetto: denuncia di sinistro polizza **Capitale Salute di Mediolanum Assicurazioni S.p.A.**

Con la presente Vi comunico le modalità e le circostanze del sinistro sottoindicato, che ha riguardato la polizza così intestata:

CONTRAENTE:

INDIRIZZO:

ASSICURATO:

N.B. Indicare con precisione le generalità della persona che è stata interessata dal sinistro

Si tratta di:

INFORTUNIO

N.B. Nel caso in cui lo stesso evento abbia interessato più Assicurati è necessario compilare una denuncia di sinistro per ciascuno di essi

MALATTIA

CON RICOVERO

In Italia All'estero

presso struttura sanitaria privata a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale

presso struttura sanitaria pubblica a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

Indicare il nome della struttura sanitaria:

Data di **ingresso:**/...../...../ - data di **dimissione:**/...../...../

SENZA RICOVERO

Indicare il nome della struttura sanitaria:

Indicare i dati delle circostanze e la dinamica dei fatti:

.....
.....
.....
.....
.....

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA (in originale)

Cartella clinica Parcelle dei sanitari

Fatture Altro (specificare)

N.B. Si ricorda che la prescrizione del medico e la diagnosi della patologia devono essere sempre allegate.

Eventuali osservazioni:

.....
(firma del Contraente/Assicurato o di chi ne ha la potestà)

Garanzia G CURE ODONTOIATRICHE

Numero polizza

Nominativo Assicurato

PIANO DI CURE per l'anno assicurativo dal

al

Riportare in corrispondenza dell'elemento dentario/emiarcata/arcata, a cura del Medico Odontoiatra, i codici corrispondenti alle prestazioni necessarie programmate (vedi NOMENCLATORE sul retro) e i rispettivi importi di spesa preventivabili.

ARCATA SUPERIORE (indicare se elementi decidui o permanenti)																
DECIDUI <input type="checkbox"/>				55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
PERMANENTI <input type="checkbox"/>	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
	EMIARCATA SUPERIORE DESTRA								EMIARCATA SUPERIORE SINISTRA							
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
	ARCATA SUPERIORE															
CODICE																
IMPORTO																

ARCATA INFERIORE (indicare se elementi decidui o permanenti)																
DECIDUI <input type="checkbox"/>				85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
PERMANENTI <input type="checkbox"/>	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
	EMIARCATA INFERIORE DESTRA								EMIARCATA INFERIORE SINISTRA							
CODICE																
IMPORTO																
CODICE																
IMPORTO																
	ARCATA INFERIORE															
CODICE																
IMPORTO																

CODICE	ALTRE PRESTAZIONI (non riferibili a singoli elementi dentari)	IMPORTO
senza codice		
senza codice		

Si allega la seguente documentazione relativa agli esami diagnostici effettuati attestanti la necessità delle cure:

.....

.....

Data

Firma dell'Assicurato

Firma e timbro del Medico Odontoiatra

.....



NOMENCLATORE DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

CODICE	IGIENE ORALE
MIGI0	Visita odontoiatrica
MIGI1	Ablazione tartaro
CODICE	PARODONTOLOGIA
MPAR2	Chirurgia gengivale per arcata, inclusi qualsiasi tipo di lembo e sutura
MPAR3	Chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice per arcata, inclusi qualsiasi tipo di lembo e sutura
MPAR4	Chirurgia ossea trattamento completo per emiarcata, inclusi qualsiasi tipo di lembo e sutura
MPAR5	Gengivectomia per emiarcata
MPAR6	Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata, incluso qualsiasi tipo di lembo
MPAR7	Levigatura radicolare e curettage gengivale per emiarcata
MPAR8	Splintaggio interdente per emiarcata, con qualsiasi materiale
CODICE	CHIRURGIA ORALE
MCHI10	Apicectomia per radice, compresa otturazione retrograda e/o intervento per riposizionamento apicale
MCHI11	Biopsie
MCHI12	Disinclinazione dente ritenuto, compreso ancoraggio
MCHI13	Estrazione di dente o radice, semplice o complessa
MCHI14	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale
MCHI15	Estrazione di terzo molare in disodontiasi
MCHI16	Interventi di chirurgia preprotetica per emiarcata, in caso di edentulia parziale o totale con protesi mobili pregresse o contestuali
MCHI17	Frenulotomia o Frenulectomia per arcata
MCHI18	Asportazione di ascessi o asportazione cisti mucose o piccole neoplasie
MCHI19	Asportazione di epulide con o senza resezione del bordo alveolare
MCHI20	Rizectomia e rizotomia compreso lembo di accesso per elemento pluriradicolato
MCHI21	Rizotomia compreso lembo di accesso per elemento pluriradicolato
MCHI22	Incappucciamento della polpa diretto-indiretto
MCHI23	Intarsi in LP o ceramica Inlay o Onlay compreso provvisorio
MCHI24	Otturazione di cavità di 1° classe con qualsiasi materiale
MCHI25	Otturazione di cavità di 2° classe con qualsiasi materiale
MCHI26	Otturazione di cavità di 3° classe con qualsiasi materiale
MCHI27	Otturazione di cavità di 4° classe con qualsiasi materiale
MCHI28	Otturazione di cavità di 5° classe con qualsiasi materiale
MCHI28	Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento
CODICE	ENDODONZIA
MEND29	Cura canalare completa 1 canale comprese otturazione, ricostruzione coronale pre-endodontica e RX endorali
MEND30	Cura canalare completa 2 canali comprese otturazione, ricostruzione coronale pre-endodontica e RX endorali
MEND31	Cura canalare completa 3 o più canali comprese otturazione, ricostruzione coronale pre-endodontica e RX endorali
MEND32	Pulpotomia e otturazione della camera pulpare per qualsiasi numero di canali, comprese RX endorali
MEND33	Ritattamento endodontico per canale, compresa otturazione
CODICE	IMPLANTOLOGIA
MIMP34	Impianti osteo-integrati ricoperti in ceramica, carbon-vitreous, idrossiapatite, titanio puro
MIMP35	Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento di cresta alveolare con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto per emiarcata
CODICE	PROTESI
PROTESI FISSE	
MPRO36	Corona a giacca in resina per protesizzazione definitiva
MPRO37	Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata
MPRO38	Corona LNP o LP e ceramica o ceramica fresata o ceramica-allumina o vetroresina o qualsiasi tipo di Corona doppia tipo telescopica-conometrica
MPRO39	Corona provvisoria armata LNP o LP
MPRO40	Corona provvisoria in resina indiretta
MPRO58	Corona provvisoria in resina diretta
MPRO41	Perno moncone fuso in LNP o LP o ceramica
MPRO42	Ricostruzione moncone in materiale composito, CVI, amalgama
MPRO43	Rimozione di corone o perni endocanalari
MPRO44	Riparazione di faccette in resina o ceramica
MPRO66	Struttura di Maryland Bridge o qualsiasi tipo di ponte adesivo con elemento in resina, LNP, comprensivo di provvisorio
MPRO67	Struttura di Maryland Bridge o qualsiasi tipo di ponte adesivo con elemento in porcellana, LP, comprensivo di provvisorio
PROTESI RIMOVIBILI	
MPRO45	Apparecchio scheletrato con struttura LNP o LP comprensivo di elementi, per arcata
MPRO46	Protesi parziale definitiva rimovibile comprensiva di ganci ed elementi, per emiarcata
MPRO47	Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi, per emiarcata
MPRO48	Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata
MPRO49	Protesi totale immediata provvisoria, per arcata
MPRO50	Ribasamento di protesi rimovibile con sistema indiretto, per arcata
MPRO59	Ribasamento di protesi rimovibile con sistema diretto, per arcata
MPRO51	Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP o LP fuso prefabbricato
CODICE	GNATOLOGIA
MGNA52	Molaggio selettivo parziale o totale
MGNA53	Placca diagnostica o ortotico o bite con sistema indiretto
MGNA60	Placca diagnostica o ortotico o bite con sistema diretto
CODICE	ORTODONZIA
MORT54	Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche qualsiasi classe e tecnica, comprese apparecchiature di contenzione, per arcata
CODICE	RADIOLOGIA ODONTOIATRICA
MRAD61	Rx Endorali
MRAD55	Ortopantomografia delle due arcate
MRAD56	Telecranio
MRAD62	Fotografia o immagine video intraorale
MRAD63	Fotografia del morso/morso inverso o dei modelli in occlusione
MRAD64	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico (CBCT) 1 arcata
MRAD65	Dentascan o Tomografia volumetrica a fascio conico (CBCT) 2 arcate