



GENERALI
Assicurazioni Generali S.p.A.

Contraente:

Polizza n°:

**“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE”
TOP**

SEI IN SALUTE
ALTA PROTEZIONE

DIREZIONE INDUSTRIALE DANNI

Pagina lasciata intenzionalmente bianca

“6 IN SALUTE – ALTA PROTEZIONE”

TOP

1. DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato

La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.

Centrale Operativa Medica

La struttura in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Contraente

La persona che stipula il contratto di assicurazione.

Day hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Franchigia

Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.

Per le garanzie che prevedono una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.



Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
Lettera di impegno	<i>Il documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e Struttura Medica Convenzionata in relazione al ricovero o l'intervento chirurgico e con riferimento alle condizioni di assicurazione; tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia oncologica	Ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna; sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ; sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.
Non fumatore	L'Assicurato che: <ul style="list-style-type: none">• non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;• negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.
Nucleo familiare	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
Pagamento a rimborso	La liquidazione a rimborso che la Società effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'Assicurato per prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento diretto	Il servizio di liquidazione che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato, effettua nei confronti della Struttura Medica Convenzionata per le spese relative ricoveri o interventi chirurgici indennizzabili a termini di contratto.
Pagamento misto	La liquidazione che la Società, in parte in forma di pagamento diretto alle Strutture Mediche Convenzionate ed in parte in forma di pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da medici non convenzionati, effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di contratto.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Scoperto	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Assicurazioni Generali S.p.A.
Strutture Mediche Convenzionate	Le strutture sanitarie costituite da istituti di cura, ambulatori medici e medici, convenzionati con la Centrale Operativa Medica, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di quanto previsto dalle condizioni contrattuali.
6 IN SALUTE Card	Documento che consente all'Assicurato di accedere, previa autorizzazione della Centrale Operativa Medica, alle Strutture Mediche Convenzionate per usufruire del pagamento diretto.

2. NORME COMUNI

Art. 2.1

Pagamento del premio – Decorrenza dell'assicurazione

Fermi i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. In tale caso il servizio di pagamento diretto di cui all'art. 6.1 resterà sospeso dalle ore 24 del giorno di scadenza fino alle ore 24 del giorno di pagamento fermo quanto previsto al successivo periodo.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.2

Durata dell'assicurazione

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito.

Art. 2.3**Proroga dell'assicurazione – Aggiornamento del premio**

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto- sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Essendo la tariffa del presente contratto basata sull'età dell'Assicurato, in occasione della scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga, è previsto l'aggiornamento del premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato nella vigente tariffa in un aumento forfetario del 3% da applicarsi all'ultimo premio antecedente ciascuna proroga annuale ferma la successiva applicazione dell'art. 2.8 Indicizzazione.

A tale aggiornamento non è soggetto il premio dell'assicurazione Assistenza.

Art. 2.4**Assicurazione presso diversi assicuratori**

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 2.5**Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni**

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.6**Dichiarazione di stato di non fumatore**

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente

articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.

Art. 2.7

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.

In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.

In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorso un anno dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Art. 2.8

Indicizzazione

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell' "Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" (indice costo della vita).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di agosto dell'anno precedente quello di stipulazione del contratto con quello del mese di agosto successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie ed i premi Assistenza.

Art. 2.9

Variazioni nell'elenco delle Strutture

L'elenco delle Strutture Mediche Convenzionate con la Centrale Operativa Medica può essere soggetto a variazioni in conseguenza dell'entrata o dell'uscita di alcune strutture dalle convenzioni.

**Mediche
Convenzionate**

Per conoscere l'elenco aggiornato l'Assicurato potrà contattare telefonicamente la Centrale Operativa Medica oppure rivolgersi all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.

Art. 2.10**Oneri**

Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.11**Rinvio alla legge**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

3. GARANZIE**Art. 3.1****Spese
ospedaliere e
chirurgiche**

La presente assicurazione opera, fino a concorrenza della somma assicurata indicata in polizza, in caso di:

- **interventi chirurgici** effettuati in regime di ricovero in istituto di cura, day hospital o ambulatorio medico, resi necessari da malattia od infortunio;
- **ricoveri in istituto di cura senza intervento chirurgico** resi necessari da malattia o infortunio;

per l'indennizzo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day hospital o in ambulatorio medico per l'intervento chirurgico;
- c) le rette di degenza;
- d) esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- e) esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici (compresa agopuntura purché effettuata da medico) o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 150 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni. Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene elevato ai 240 giorni

successivi alla data di dimissione;

- f) l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio nei 45 giorni successivi alla data di dimissione, *fino alla concorrenza del limite di euro 4.000,00*;
- g) trasporto dell'Assicurato, con idoneo mezzo di trasporto sanitario (compreso aereo o elicottero sanitario) all'istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno a casa, *il tutto fino ad un massimo di euro 5.000,00 per intervento o ricovero*.

Art. 3.2

Maternità e cure del neonato

La Società tiene indenne l'Assicurata in caso di ricoveri in istituto di cura per parto con o senza taglio cesareo delle spese necessarie per:

- a) gli onorari dell'équipe medica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali utilizzati;
- b) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami e gli accertamenti diagnostici riguardanti il periodo di ricovero;
- c) le rette di degenza;
- d) il trasporto dell'Assicurata in autoambulanza all'istituto di cura e per il ritorno a casa.

La suddetta garanzia opera anche in caso di parto avvenuto a domicilio dell'Assicurata per le spese sopraindicate sostenute nel giorno del parto e nei primi 5 giorni successivi. Oltre a quanto sopra riportato, in caso di parto con taglio cesareo, la Società rimborsa inoltre le spese rese necessarie per:

- e) esami e visite specialistiche, medicine, altre prestazioni mediche ed infermieristiche, effettuati nei 120 giorni successivi alla data di dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti al parto che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

*Le spese per il parto senza taglio cesareo e per il parto con taglio cesareo successivo al primo (accaduto o meno in vigenza di polizza) sono indennizzate **fino a concorrenza della somma di euro 6.000,00**.*

In qualsiasi caso di parto dell'Assicurata la stessa è tenuta indenne, fino a concorrenza della somma assicurata per le "Spese ospedaliere e chirurgiche", delle spese necessarie per cure ed interventi relativi all'eliminazione o correzione di malformazioni congenite del neonato nei primi 180 giorni di vita.

Art. 3.3

Malattie oncologiche

In caso di diagnosi di malattia oncologica la Società tiene indenne l'Assicurato, oltre a quanto previsto dall'art. 3.1, delle spese rese necessarie dalla malattia per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche precedenti la diagnosi della malattia, anche in assenza di ricovero;
- visite specialistiche e terapie oncologiche non chirurgiche (radianti e chemioterapiche) rese necessarie dalla malattia, sostenute entro i 2 anni dall'ultima dimissione ospedaliera avvenuta comunque in vigenza di polizza.

Inoltre, relativamente all'assistenza infermieristica professionale successiva alla dimissione il limite previsto dall'art. 3.1 si intende elevato a euro 6.000,00 ed il periodo a 60 giorni dopo la dimissione stessa.

Art. 3.4**Estensione per cure dentarie a seguito di infortunio**

La Società tiene indenne l'Assicurato delle spese sostenute a seguito di infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive. La garanzia comprende le applicazioni protesiche di singoli o multipli elementi dentari ed è *operante fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per persona ed anno assicurativo con applicazione di uno scoperto pari al 20% delle spese sostenute.*

Ai fini dell'operatività della garanzia è richiesta la certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso - od analogo struttura ospedaliera legalmente riconosciuta - cui si sia fatto immediato ricorso, comprovante l'avvenuto infortunio ed il trauma dentario.

Art. 3.5**Trapianti**

Nel caso l'Assicurato necessiti, in conseguenza di malattia od infortunio, di essere sottoposto a trapianto, la Società tiene indenne l'Assicurato, fino a concorrenza della somma assicurata, delle spese necessarie per il trapianto di organi, o parti di essi, nonché delle spese sostenute anche per l'eventuale ricovero del donatore vivente; tale garanzia opera negli stessi termini previsti all'art. 3.1.

Art. 3.6**Accompagnatore**

Nel caso l'Assicurato, ricoverato in istituto di cura, necessiti dell'assistenza di un accompagnatore la Società tiene indenne l'Assicurato delle spese necessarie per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura, od in struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera, dell'accompagnatore.

La garanzia opera fino ad un massimo di euro 150,00 giornalieri, per un periodo non superiore a 100 giorni per annualità assicurativa; le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore e comprovate da documentazione giustificativa verranno rimborsate fino a concorrenza della somma di euro 2.500,00 per annualità assicurativa.

Art. 3.7**Indennità sostitutiva**

Qualora non risultino spese a carico dell'Assicurato in quanto i costi relativi al periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero - l'Assicurato avrà diritto ad un indennizzo di euro 150,00 per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione. L'indennità verrà corrisposta, anche in caso di intervento chirurgico in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza nella misura del 50% dell'importo sopra indicato.

Le eventuali spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero - lettere d), e), f) e g) dell'art. 3.1 e lettere d) ed e) dell'art. 3.2 - saranno comunque oggetto di rimborso da parte della Società a termini di polizza.

L'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa.

Art. 3.8

Anticipo indennizzi

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, è facoltà dell'Assicurato richiedere alla Società un anticipo sull'ammontare di spese complessivamente preventivate dall'istituto di cura per le prestazioni indennizzabili a termini di polizza.

La Società anticiperà all'Assicurato la somma:

- a condizione che il preventivo di spesa formulato dall'istituto di cura sia di almeno euro 15.000,00;
- entro il limite del 50% della somma assicurata e con il massimo di euro 50.000,00;
- a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità a termini di polizza delle spese di ricovero.

In caso di convenzionamento "misto" l'anticipo potrà essere richiesto limitatamente agli importi di spesa relativi agli onorari dei medici non convenzionati. *In tal caso nel preventivo da presentare secondo le modalità descritte al successivo art. 5.5 dovrà essere evidenziato l'importo relativo all'équipe medico chirurgica e l'anticipo non potrà superare tale importo.*

Art. 3.9

Somma assicurata

La somma assicurata indicata in polizza deve intendersi quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata.

Art. 3.10

Rimborso spese extraricovero

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per le seguenti prestazioni diagnostiche e terapeutiche ad alta specializzazione, fino alla concorrenza della somma assicurata di euro 5.000,00, da intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata:

- | | |
|--|--|
| - Amniocentesi | - Isterosalpingografia |
| - Angiografia | - Holter |
| - Arteriografia | - Laserterapia |
| - Cateterismo cardiaco | - Mielografia |
| - Cistografia | - Mineralogia Osea Computerizzata (MOC) |
| - Coronoarografia | - Radioterapia |
| - Clisma opaco | - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) |
| - Colecistografia | - Scintigrafia |
| - Coronarografia | - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) |
| - Doppler (eco-color-doppler, eco-doppler) | - Tomografia ad emissione di positroni (PET) |
| - Ecocardiografia | |
| - Elettromiografia | |
| - Endoscopia (broncoscopia, | |

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> colonscopia, rettoscopia, ecc.) - Esame urodinamico completo - Fluorangiografia oculare | <ul style="list-style-type: none"> - Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo (SPET) - Urografia |
|---|---|

La Società rimborsa le spese sostenute per tali prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 25% per ogni spesa effettivamente sostenuta. Tale scoperto non viene applicato nel caso in cui l'Assicurato chieda il rimborso del solo ticket sostenuto per le suindicate prestazioni.

4. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 4.1

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 4.2

Persone non assicurabili

Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

Art. 4.3

Esclusioni

L'assicurazione non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*

- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto;
- g) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- h) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;
- i) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- j) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- k) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- l) le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;
- m) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia, fatto salvo quanto previsto all'art. 3.4;
- n) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- o) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- p) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

Art. 4.4

Termini di aspettativa

Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie e l'aborto spontaneo;
- c) del trecentesimo giorno successivo per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio; tuttavia, limitatamente a dette malattie, la garanzia decorre dal trentesimo giorno successivo a quello di effetto del contratto, purché dalla documentazione medica risulti che il concepimento è avvenuto dopo tale data;
- d) del novantesimo giorno successivo per l'aborto terapeutico;
- e) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1

Cosa fare in caso di sinistro

L'Assicurato che debba essere ricoverato o sostenere un intervento chirurgico potrà avvalersi delle seguenti opzioni:

- **usufruire del pagamento diretto delle spese di ricovero o di intervento** a norma dell'art. 5.2. attivando preventivamente la **Centrale Operativa Medica** che effettuerà la prenotazione della Struttura Medica Convenzionata;
- **richiedere il pagamento a rimborso delle spese anticipate** all'istituto di cura e/o al medico non convenzionato a norma dell'art. 5.3;
- **ricorrere agli istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale** o a strutture con questo convenzionate o accreditate ottenendo la **corresponsione dell'indennità sostitutiva** a norma dell'art. 5.4.

In ogni caso per le spese diverse da quelle sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico e per quelle relative alla garanzia "Rimborso spese extraricovero", *l'Assicurato, provveduto personalmente al pagamento, ne richiederà il rimborso in base a quanto rispettivamente previsto dagli artt. 5.3 e 5.6.*

Art. 5.2

Modalità di pagamento: il pagamento diretto

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a Strutture Mediche Convenzionate, la Società provvede al pagamento diretto delle spese relative all'assistenza ricevuta dall'Assicurato durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico o dell'eventuale l'eccedenza di spesa rispetto quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Per usufruire del pagamento diretto delle spese di cui agli artt. 3.1, 3.2 e 3.4, senza pertanto anticipare alcuna somma, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa Medica (in funzione dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00 esclusi i festivi) telefonando

dall'Italia al numero 800 ____ ____

dall'estero al numero +39 _____

fornendo i seguenti dati:

- *numero di polizza;*
- *nome e cognome dell'Assicurato che richiede il servizio;*
- *causale del ricovero o dell'intervento chirurgico risultante dalla prescrizione del medico curante comprensiva della diagnosi circostanziata (tale documentazione dovrà essere inviata alla Centrale Operativa Medica);*
- *luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

La Centrale Operativa Medica, ottenute le informazioni necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede all'individuazione della Struttura Medica Convenzionata in accordo con l'Assicurato ed alla conferma allo stesso dell'avvenuta prenotazione della prestazione nonché dell'operatività del pagamento diretto.

All'accettazione presso la Struttura Medica Convenzionata sarà sufficiente che l'Assicurato presenti la Valore Salute Plus Card e *compili la Lettera di impegno*. La Centrale Operativa Medica in seguito pagherà direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese garantite a termini di contratto in luogo dell'Assicurato, *fatta salva l'eventuale franchigia che resterà a carico dell'Assicurato stesso.*

Resta inteso che il pagamento diretto non sarà comunque possibile nei seguenti casi:

- a) *quando non sia stato confermato il pagamento diretto dalla Centrale Operativa Medica;*
- b) *quando le spese siano relative a ricoveri o interventi chirurgici diversi da quelli per*

cui sia stato confermato il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica;

- c) *quando i ricoveri o gli interventi chirurgici non siano effettuati in Strutture Mediche Convenzionate o, sebbene all'interno di queste ultime, le prestazioni siano erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica; in quest'ultimo caso la liquidazione avverrà con il pagamento misto che prevede il pagamento diretto per le sole spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate ed il pagamento a rimborso per quelle relative alle prestazioni erogate dai medici non convenzionati.*

Nei predetti casi la liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto avverrà con il pagamento a rimborso in base alle norme di cui al successivo art. 5.3.

Il pagamento diretto non pregiudica comunque il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Art. 5.3

Modalità di pagamento: il pagamento a rimborso

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura e/o medici non convenzionati, la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico ed indennizzabili a termini di contratto.

In caso di ricovero o intervento chirurgico effettuato presso Strutture Mediche Convenzionate ma con prestazioni erogate da medici non convenzionati con la Centrale Operativa Medica, la liquidazione avviene in forma di pagamento misto e la Società provvede a rimborsare all'Assicurato le spese anticipate ai medici non convenzionati fermo il pagamento diretto per le spese inerenti i costi delle Strutture Mediche Convenzionate.

La Società provvede inoltre a rimborsare all'Assicurato le spese diverse da quelle sostenute durante il periodo di ricovero o l'intervento chirurgico e previste agli artt. 3.1, 3.2 e 3.4.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a dimissione avvenuta e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, fatta salva l'eventuale franchigia.

Art. 5.4

Modalità di pagamento: l'indennità sostitutiva

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di ricorrere a istituti di cura del Servizio Sanitario Nazionale o a strutture con questo convenzionate o accreditate – ovvero in assenza di richieste di rimborso delle spese sostenute durante il ricovero – la Società corrisponde l'indennità sostitutiva di cui all'art. 3.7 *previa presentazione a dimissione avvenuta della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.*

In tale caso la Società inoltre rimborserà le spese sostenute:

- nei 100 giorni precedenti l'intervento o il ricovero e rimborsabili a termini della lettera d) dell'art. 3.1;
- nei 150 o 120 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero e rimborsabili a termini delle lettere e) degli artt. 3.1 e 3.2;
- per l'assistenza infermieristica professionale prestata a domicilio e rimborsabili a termini della lettera f) dell'art. 3.1;
- per il trasporto dell'Assicurato e rimborsabili a termini degli artt. 3.1 lettera g) e 3.2 lettera d).

Il rimborso delle predette spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e

ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.5**Modalità di pagamento: l'anticipo indennizzi**

Nel caso l'Assicurato abbia deciso di richiedere l'anticipo indennizzi previsto a termini dell'art. 3.8, la Società anticiperà all'Assicurato stesso la somma occorrente a condizione che:

- *sia presentata idonea certificazione rilasciata dall'istituto di cura attestante il preventivo di spesa relativo alle prestazioni oggetto del ricovero;*
- *l'Assicurato indichi la presunta data del ricovero che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta dell'anticipo. Trascorso tale periodo la Società avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato ricovero.*

La Società avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata non indennizzabilità, a termini di polizza, delle spese di ricovero.

Art. 5.6**Modalità di pagamento: le spese Extraricovero**

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'art. 3.10 nella misura del 75% (scoperto 25%) per ogni spesa effettivamente sostenuta.

Qualora l'Assicurato richieda il rimborso dei soli ticket, in quanto sia ricorso a strutture convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, la Società riconoscerà il rimborso integrale delle spese a tale titolo sostenute senza applicazione dello scoperto sopra indicato.

Il rimborso delle spese avviene previa presentazione della prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica e terapeutica. Tutte le spese devono essere debitamente documentate, presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.7**Documentazione fiscale – Rimborso da terzi**

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati, intendendosi per tali anche quelli effettuati a Struttura Medica Convenzionata in luogo dell'Assicurato stesso.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di quanto a carico dei predetti terzi.*

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

Art. 5.8**Franchigia**

Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia pattuita.

In caso di operatività del servizio di pagamento diretto la Società tiene indenne l'Assicurato solo per la parte di spese che eccedono l'importo della franchigia indicata.

Qualora siano operanti sia lo scoperto che la franchigia, in caso di sinistro la Società indennizzerà all'Assicurato le spese previa deduzione della percentuale di scoperto con il minimo dell'importo della franchigia.

In caso di pagamento dell'indennità sostitutiva, la franchigia in somma è sostituita da una franchigia di 5 giorni; l'indennità viene pertanto corrisposta a partire dal 6° giorno di ricovero.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia:

- le spese indennizzabili a termini di contratto sono considerate complessivamente per ricovero o intervento chirurgico e pertanto la franchigia andrà detratta dall'importo totale che sarebbe spettato in assenza della franchigia stessa;
- i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta;
- le spese indennizzabili a termini dell'art. 3.3 Malattie oncologiche, relative alla stessa malattia, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

La franchigia è operante per tutte le garanzie di cui al capitolo 3 fatta eccezione per l'art. 3.10 "Rimborso spese extraricovero".

Art. 5.9

Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di 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 tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Art. 5.10

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) fornire alla Centrale Operativa Medica od alle Strutture Mediche Convenzionate ogni informazione necessaria per la verifica del diritto alle prestazioni previste dal contratto;*
- 3) nel caso non ricorrano i termini per il pagamento diretto da parte della Centrale Operativa Medica, presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la*

denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.11**Rinuncia
all'azione di
rivalsa**

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.

ASSICURAZIONE ASSISTENZA

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Centrale Operativa Assistenza

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da medici, tecnici ed operatori che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dal contratto.

Dental-Network

La rete di studi odontoiatrici garantiti da Prima-Dent Italia, società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i circa 1700 Dentisti convenzionati, presenti su tutto il territorio nazionale.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Network medico di riferimento

L'insieme delle strutture sanitarie, dei centri clinici e dei medici specialisti, convenzionati con la Centrale Operativa Assistenza e selezionati sulla base di criteri di specializzazione e di eccellenza, che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Prestazioni

Le prestazioni di assistenza nei confronti degli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Centrale Operativa Assistenza che agisce in nome e per conto della Società, salvo quanto previsto all'art. 6.8 per il servizio Dental-Network.

Sinistro

Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità dell'assicurazione, che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato e che rientra nei termini di contratto.



Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sottoindicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro oggetto di una delle prestazioni di seguito indicate.

Art. 6.1

Consulenze ed informazioni telefoniche

a) Consulenza medica generica on line (7 giorni su 7 – 24 ore su 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Centrale Operativa Assistenza che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

b) Consulenza medica specialistica on line (7 giorni su 7 – 24 ore su 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente con uno specialista in pediatria, ginecologia, cardiologia o geriatria, e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto con i medici della Centrale Operativa Assistenza che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

c) Consulto tra specialisti

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato, valutate dal medico specialista, richiedano un consulto, la Centrale Operativa Assistenza – previo esame del caso clinico da parte della propria équipe – organizza un contatto tra il medico specialista dell'Assicurato e uno o più specialisti nella specifica patologia.

d) Collegamento telefonico con l'istituto di cura

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, la Centrale Operativa Assistenza, previa sua richiesta, attiverà un collegamento telefonico diretto tra i medici della stessa ed il medico curante sul posto; le notizie cliniche verranno poi comunicate alle persone indicate dall'Assicurato.

e) Guida Sanitaria on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Centrale Operativa Assistenza, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

f) Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura – centri diagnostici – laboratori di analisi

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di un ricovero, debba sottoporsi ad un intervento chirurgico, oppure debba effettuare accertamenti diagnostici o esami di laboratorio, potrà telefonare alla Centrale Operativa Assistenza che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto

conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

Art. 6.2

Assistenza domiciliare sanitaria

a) Invio di un medico generico al domicilio

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa Assistenza, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa Assistenza organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

b) Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Centrale Operativa Assistenza procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e l'infermiere inviato dalla Centrale Operativa Assistenza, alle condizioni di favore concordate con la Centrale stessa.

c) Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio o malattia, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Centrale Operativa Assistenza, alle condizioni di favore concordate con la Centrale stessa.

d) Ospedalizzazione domiciliare post ricovero

In caso di ricovero, dovuto ad infortunio o malattia, di almeno 5 giorni con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni senza intervento chirurgico, la Centrale Operativa Assistenza, su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di personale medico e paramedico convenzionato, sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Centrale Operativa Assistenza di almeno 72 ore.

e) Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno, come da

prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale Operativa Assistenza, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. *Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.*

f) Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.

g) Prelievo di sangue a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti, come da prescrizione medica scritta, di effettuare un prelievo di sangue e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Centrale Operativa Assistenza invierà un medico per effettuare il prelievo, sostenendone l'onorario.

La garanzia verrà prestata tenendo conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della non deteriorabilità del sangue prelevato.

Resta a carico dell'Assicurato il costo dell'esame.

Art. 6.3

Telemedicina

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

a) Distance care

In caso di ricovero, dovuto ad infortunio o malattia, di almeno 5 giorni con intervento chirurgico o di almeno 10 giorni senza intervento chirurgico, la Centrale Operativa Assistenza, su richiesta scritta del medico curante dell'Assicurato, provvederà ad organizzare e gestire l'invio di personale tecnico specializzato per l'installazione presso il domicilio dell'Assicurato di un sistema di comunicazione audio-visuale e di trasmissione di alcuni dati clinici (distance care), utilizzato dal personale medico e paramedico che assiste l'Assicurato, sostenendone direttamente le spese fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di connessione telefonica.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Centrale Operativa Assistenza di almeno 72 ore.

b) Medical Advice Program

Qualora l'Assicurato abbia un'alterazione dello stato di salute, per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e richieda un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, i medici della Centrale Operativa Assistenza, effettuata l'analisi del quadro clinico dell'Assicurato, offriranno la possibilità di accedere al Medical Advice Program, che prevede i seguenti tre livelli di assistenza:

- **Consulenza medica di secondo livello**

Per accedere al Medical Advice Program, l'Assicurato deve telefonare alla Centrale

Operativa Assistenza e spiegare il caso clinico per il quale richiede la seconda opinione medica.

I medici della Centrale Operativa Assistenza, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questi l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i suoi medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e, se richiesta, potrà essere definita una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici.

- **Seconda opinione medica**

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva da parte dei medici della Centrale Operativa Assistenza si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico e all'elaborazione dei quesiti che verranno posti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa – attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri – al Network medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, avvalendosi dell'esperienza di centri di eccellenza qualificati, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica e le eventuali spese di trasferimento e alloggio dell'Assicurato sono a carico della Centrale Operativa Assistenza fino ad un massimo di euro 300,00 per sinistro.

I medici del Network medico di riferimento formuleranno rapidamente una risposta scritta di seconda opinione medica, che verrà inviata all'Assicurato per il tramite della Centrale Operativa Assistenza. Se necessario quest'ultima potrà fornire un ausilio nell'interpretazione della risposta stessa.

- **Seconda opinione internazionale**

Qualora su indicazione dei medici della Centrale Operativa Assistenza o del Network medico di riferimento si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Centrale Operativa Assistenza al fine di erogare il servizio di seconda opinione internazionale.

Tale servizio prevederà la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico alla struttura internazionale individuata e la predisposizione di una risposta scritta di seconda opinione medica da parte della struttura internazionale.

Modalità di erogazione della prestazione Medical Advice Program

Ricevuta la richiesta di prestazione, la Centrale Operativa Assistenza invierà un modello che l'Assicurato dovrà compilare e restituire unitamente alla documentazione convenuta durante il colloquio di inquadramento del caso eseguito con il personale medico della Centrale stessa.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che l'hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Centrale Operativa Assistenza a provvedere a trasmetterla al Network medico di riferimento.

Formulata la seconda opinione medica, il Network medico di riferimento la invierà alla Centrale Operativa Assistenza la quale lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico, alla trasmissione della documentazione

clinica scritta e/o iconografica e all'eventuale traduzione in lingua inglese della documentazione clinica e in lingua italiana della seconda opinione internazionale restano direttamente a carico della Centrale Operativa Assistenza. *Restano invece a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Centrale Operativa Assistenza.*

Art. 6.4

Assistenza domiciliare non sanitaria

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, subisca un ricovero in istituto di cura superiore a 3 giorni oppure risulti da certificato medico temporaneamente incapace a svolgere le proprie occupazioni professionali o, in assenza di occupazione professionale, le proprie normali attività quotidiane per un periodo continuativo di almeno 7 giorni, verranno prestati i seguenti servizi di assistenza domiciliare:

a) Reperimento e invio di una collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Centrale Operativa Assistenza segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la collaboratrice familiare inviata dalla Centrale Operativa Assistenza, alle condizioni di favore concordate con la Centrale stessa.

b) Reperimento e invio di una baby sitter al domicilio

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad accudire il bambino minore di 13 anni, la Centrale Operativa Assistenza segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario fino a concorrenza di euro 150,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la baby sitter inviata dalla Centrale Operativa Assistenza, alle condizioni di favore concordate con la Centrale stessa.

c) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

Qualora l'Assicurato necessiti di svolgere incombenze connesse con la vita familiare quotidiana quali pagamento di bollettini postali o disbrigo di altre incombenze amministrative, e non sia in grado di provvedervi autonomamente, la Centrale Operativa Assistenza, accertata la necessità della prestazione, organizza i servizi richiesti, sostenendone le spese fino a 9 ore per ogni sinistro. *Restano a carico dell'Assicurato gli importi da pagare per le utenze domiciliari.*

d) Sistemazione per gli animali domestici

In caso di necessità e in base alla disponibilità locale, la Centrale Operativa Assistenza organizzerà la sistemazione di cani di piccola/media taglia e gatti in una pensione per animali, sostenendone le spese fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e la pensione stessa, alle condizioni di favore concordate con la Centrale Operativa Assistenza.

Ulteriori costi che non rientrano nella sistemazione degli animali, come ad esempio la cura di malattie oppure altre particolari richieste, restano in ogni caso a carico dell'Assicurato.

Art. 6.5

Assistenza in viaggio

a) Viaggio di un familiare

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa ed i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Centrale Operativa Assistenza, sostenendone le spese, metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

b) Interprete a disposizione all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio venga ricoverato, a seguito di infortunio o malattia, in istituto di cura all'estero e si renda necessaria la presenza di un interprete, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a reperirlo sostenendone gli onorari fino ad un massimo di 8 ore lavorative giornaliere.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa Assistenza.

c) Invio di medicinali urgenti

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia e secondo parere medico, necessiti urgentemente per le cure del caso di specialità medicinali regolarmente registrate in Italia non reperibili sul posto, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviarle con il mezzo più rapido nel rispetto delle norme locali che ne regolano il trasporto.

Non è compreso in garanzia il costo dei medicinali.

d) Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora l'Assicurato in viaggio non sia in grado di intraprendere il rientro al proprio domicilio alla scadenza stabilita, in conseguenza di infortunio o malattia, la Centrale Operativa Assistenza organizzerà il prolungamento del soggiorno in albergo (pernottamento e prima colazione), tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di tre giorni successivi alla data stabilita per il rientro e di euro 100,00 al giorno per ciascun assicurato.

A rientro effettuato, qualora l'Assicurato non fosse in grado di fornire la documentazione medica comprovante la causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno, dovranno essere rimborsate le spese sostenute dalla Centrale Operativa Assistenza ai sensi del presente articolo.

Art. 6.6

Trasporto dell'Assicurato

a) Trasporto dal domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa – accertata dalla Centrale Operativa Assistenza – necessiti di un trasporto con autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) all'istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Centrale Operativa Assistenza provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di assistenza.

b) Trasporto dal Pronto Soccorso

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in

autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese entro il limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno).

c) Trasferimento in istituto di cura specialistico

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Centrale Operativa Assistenza e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli previsti alla lett. e) "Rientro sanitario";
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa Assistenza.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

d) Rientro dall'istituto di cura

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'istituto di cura, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo – tra quelli previsti alla lett. e) "Rientro sanitario" - ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

e) Rientro sanitario

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato – accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Centrale Operativa Assistenza e medico curante sul posto - rendano necessario il trasporto in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad organizzare il trasporto assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario (*solo nei paesi europei*);
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Centrale Operativa Assistenza il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Centrale Operativa Assistenza, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo il biglietto aereo, ferroviario o di altro mezzo di trasporto, non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme

nazionali od internazionali.

f) Rientro anticipato

(prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio sia costretto a rientrare al proprio domicilio prima della data programmata e con un mezzo di trasporto diverso da quello inizialmente previsto a causa del decesso di un familiare (*esclusivamente se trattasi di coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora*) la Centrale Operativa Assistenza fornirà un biglietto per il rientro - con treno in prima classe o aereo in classe economica - fino al luogo del decesso o dell'inumazione assumendosene le spese.

A rientro effettuato, qualora l'Assicurato non fosse in grado di fornire la documentazione comprovante la causa del rientro, dovranno essere rimborsate le spese sostenute dalla Centrale Operativa Assistenza ai sensi del presente articolo.

g) Rimpatrio della salma

(prestazione valida ad oltre 100 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

In caso di decesso dell'Assicurato la Centrale Operativa Assistenza organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di euro 3.000,00 per sinistro ancorché siano coinvolti più Assicurati.

Non sono comprese nella prestazione le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa Assistenza.

Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo, o le disposizioni di legge del luogo ne impediscano il trasporto, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo del decesso.

Art. 6.7

Anticipo spese di prima necessità

Qualora l'Assicurato debba sostenere delle spese impreviste in conseguenza di infortunio o malattia improvvisa, verrà provveduto per suo conto al pagamento, a titolo di anticipo, di fatture per le quali non sia in grado di provvedere direttamente, fino alla concorrenza di euro 500,00.

Qualora l'ammontare delle fatture dovesse superare tale importo, la prestazione verrà corrisposta solo in presenza in Italia di garanzie bancarie o di altro tipo ritenute adeguate e fino ad un massimo di euro 5.000,00.

Tale prestazione verrà corrisposta compatibilmente con le disposizioni in materia di trasferimento di valuta vigenti in Italia e nel paese in cui si trova momentaneamente l'Assicurato e comunque l'importo dovrà essere rimborsato alla Centrale Operativa Assistenza al suo rientro non oltre 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso.

Trascorso tale termine l'Assicurato dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente.

Tale prestazione è operante solo nei paesi in cui esistono filiali o corrispondenti della Centrale Operativa Assistenza.

Art. 6.8

Dental-Network

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)
Il servizio prevede:

- nel caso l'Assicurato si trovi lontano dalla propria residenza – per motivi di lavoro, studio o diletto – e necessiti di una prestazione odontoiatrica in Italia, il supporto nella ricerca del Dentista disponibile in Dental-Network;
- il coordinamento e l'assistenza per fissare l'appuntamento in Dental-Network;
- l'accesso alle tariffe scontate previste per le prestazioni medico-sanitarie rese da un Dentista di Dental-Network rispetto alle tariffe normalmente applicate per le medesime prestazioni;
- informazioni sui Dentisti e sulle tariffe di Dental-Network;
- la richiesta di invio di SMS sul cellulare per ricordare l'appuntamento in Dental-Network.

Modalità di accesso al servizio

Per usufruire del servizio l'Assicurato potrà contattare Dental Network al **numero verde** attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali, oppure tramite e-mail all'indirizzo info@prima-dent.com.

Ulteriori informazioni su Dental-Network sono disponibili accedendo a: www.prima-dent.com (Username: networklisting; Password: itprimadentnetwork).

Art. 6.9

Attivazione della Centrale Operativa Assistenza

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Centrale Operativa Assistenza, salvo quanto previsto all'art. 6.8 per il servizio Dental-Network.

Art. 6.10

Limite per anno assicurativo

Ciascuna prestazione di assistenza non è fornita più di tre volte per annualità assicurativa, fatta eccezione per le prestazioni di cui agli artt. 6.1 – lett. a), e) –, 6.8.

Art. 6.11

Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le prestazioni di assistenza di cui agli artt. 6.2, 6.3, 6.4, 6.6 – lett. a), b) –, l'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Art. 6.12

Modalità per la richiesta di assistenza

Salvo quanto previsto all'art. 6.8 per il servizio Dental-Network, per beneficiare delle prestazioni di assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa Assistenza ai seguenti numeri:

**dall'Italia al numero verde
dall'estero al numero +39**

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telex al 321363 EURA I oppure un telegramma a Europ Assistance Service S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano.

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione. *Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:*

- a) *il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) *nome e cognome;*
- c) *numero di polizza preceduto dalla sigla ;*
- d) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) *il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa garanzia, i medici che lo hanno visitato o curato in relazione al sinistro.

La Centrale Operativa Assistenza è in funzione:

- 24 ore su 24 per le prestazioni di cui agli artt. 6.1 – lett. a), b), c), d) –, 6.2, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7;
- dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per le prestazioni di cui agli artt. 6.1 – lett. e), f) –, 6.3.

Art. 6.13

Esclusioni

L'assicurazione Assistenza non è comunque operante per:

- a) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- b) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causati da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- c) *gli infortuni e le altre conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool o di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni, nonché in conseguenza di azioni dolose delittuose dell'Assicurato;*
- d) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sports aerei in genere e dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;*
- e) *l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- f) *le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- g) *le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti con dolo o colpa grave.*

Art. 6.14

Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 6.15

Altre assicurazioni Assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Art. 6.16

Rinvio alle condizioni generali di assicurazione

Alla presente assicurazione Assistenza si applicano anche gli articoli “Durata dell’assicurazione”, “Oneri” e “Rinvio alla legge” dell’assicurazione Malattie.

PROGRAMMA

PREVENZIONE SANITARIA

DEFINIZIONI SPECIFICHE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Centrale Operativa Assistenza

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano, costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste dal contratto.

Centrale Operativa Medica

La struttura costituita da medici, tecnici ed operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga nei casi previsti le prestazioni garantite dal contratto.

Dental-Network

La rete di studi odontoiatrici garantiti da Prima-Dent Italia, società specializzata nella gestione di programmi dentali integrati attraverso i circa 1700 Dentisti convenzionati, presenti su tutto il territorio nazionale.



GARANZIE PRESTATE

Art. 7.1

Programma di prevenzione sanitaria

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni potrà beneficiare del programma di prevenzione effettuando le prestazioni sanitarie di check-up successivamente indicate. Il primo check-up sarà erogabile nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegata clausola cod. CU01. I check-up successivi saranno erogabili, con cadenza biennale, nel corso delle annualità di numero pari (quarta, sesta, ecc.) sempre successive alla data di decorrenza indicata.

L'erogazione del check-up avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nel check-up sono le seguenti, differenziate in base al sesso:

DONNA	UOMO
a) Esami di laboratorio:	a) Esami di laboratorio:
<ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Bilirubina totale- Colesterolemia- Creatininemia- Emocromo completo con piastrine- Fosfatasi alcalina- Gamma-GT- Glicemia- GOT, GPT- HDL- Protidemia con elettroforesi proteica- Trigliceridemia- Uricemia- VES- TSH, FT3, FT4- Esame urine completo- Ricerca sangue occulto fecale	<ul style="list-style-type: none">- Azotemia- Bilirubina totale- Colesterolemia- Creatininemia- Emocromo completo con piastrine- Fosfatasi alcalina- Gamma-GT- Glicemia- GOT, GPT- HDL- Protidemia con elettroforesi proteica- Trigliceridemia- Uricemia- VES- PSA, PSA free, PAP- Esame urine completo- Ricerca sangue occulto fecale
b) Visite specialistiche con esami ambulatoriali:	b) Visite specialistiche con esami ambulatoriali:
<ul style="list-style-type: none">- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo o in alternativa con ecocardiogramma- Visita ginecologica con esame pap-test	<ul style="list-style-type: none">- Visita cardiologica con elettrocardiogramma anche sotto sforzo o in alternativa con ecocardiogramma- Visita urologica

Art. 7.2

Prevenzione odontoiatrica in Dental-Network

L'Assicurato di età superiore ai 25 anni potrà effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica in Dental-Network successivamente indicate.

Tali prestazioni saranno erogabili nel corso dell'annualità seguente alla data di decorrenza indicata nell'allegata clausola cod. CU01. Le prestazioni successive saranno erogabili, con cadenza biennale, nel corso delle annualità di numero pari (quarta, sesta, ecc.) sempre successive alla data di decorrenza indicata.

L'erogazione delle prestazioni avverrà a condizione che risultino pagate le rate di premio antecedenti.

Le prestazioni comprese nella prevenzione odontoiatrica in Dental-Network sono le seguenti:

- Ablazione del tartaro
- Visita odontoiatrica di controllo.

Art. 7.3

Prevenzione & benessere on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

L'Assicurato potrà telefonare alla Centrale Operativa Assistenza per richiedere, in seguito ad apposita intervista telefonica, le seguenti informazioni:

- individuazione di un programma personalizzato di controlli e screening sanitari periodici;
- indicazione dei principali danni provocati dal tabagismo ed eventuale individuazione del programma terapeutico per la disassuefazione dal fumo più idoneo per l'Assicurato;
- determinazione della fascia di "peso forma" dell'Assicurato ed eventuale individuazione di un corretto programma nutrizionale con l'ausilio di uno specialista in scienza dell'alimentazione;
- pianificazione dell'attività fisica da integrare nello stile di vita dell'Assicurato, compatibilmente con lo stato di salute dello stesso.

Art. 7.4

Consulenza medica post check-up

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, dopo aver effettuato degli esami clinici di check-up, necessiti di un consulto medico telefonico per l'interpretazione dei relativi esiti, può mettersi in contatto con i medici della Centrale Operativa Assistenza che lo orienteranno verso un eventuale approfondimento specialistico.

Art. 7.5

Guida alla prevenzione on line

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti le prestazioni di medicina preventiva presso il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Centrale Operativa Assistenza, la quale:

- individuerà le migliori strutture sanitarie nazionali e internazionali per la medicina preventiva, ed eventuali specializzazioni (prevenzione oncologica, senologica, dermatologica, ginecologica, andrologica, ecc.);
- fornirà informazioni relativamente ai medici specialisti;
- fornirà le informazioni richieste relativamente ai diritti dei vari tipi di assistiti

- (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- indicherà l'ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- fornirà consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti.

Art. 7.6

Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura – centri diagnostici – laboratori di analisi

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)
Qualora l'Assicurato intenda effettuare accertamenti diagnostici, esami di laboratorio o visite specialistiche ai fini della prevenzione sanitaria, potrà telefonare alla Centrale Operativa Assistenza che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

Art. 7.7

Network Benessere

(Operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)
Qualora l'Assicurato desideri avere informazioni e conoscere le agevolazioni previste presso i seguenti centri convenzionati con la Centrale Operativa Assistenza:

- centri per la disassuefazione dal fumo;
- centri dietologici;
- palestre / fitness;
- beauty-farm, centri termali e centri benessere;
- centri di medicina non convenzionale (ad esempio agopuntura ed omeopatia);

potrà ricevere tutte le informazioni richieste telefonando alla Centrale Operativa Assistenza, la quale, in base alle esigenze dell'Assicurato, fornirà gli indirizzi ed i recapiti dei centri convenzionati e le tariffe applicate alle prestazioni richieste.

NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 7.8

Modalità di erogazione del programma di prevenzione sanitaria

Per effettuare le prestazioni sanitarie di cui all'art. 7.1 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale Operativa Medica – *in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali* – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.11.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) *nome e cognome;*
- b) *numero di polizza;*
- c) *luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

La Centrale Operativa Medica, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni sanitarie comunicando la disponibilità presso la Struttura Medica Convenzionata.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente alla Struttura Medica Convenzionata le spese relative alle prestazioni sanitarie comprese in garanzia.

La Società e la Centrale Operativa Medica non verranno a conoscenza degli esiti del check-up.

L'Assicurato ha altresì la facoltà di non avvalersi del servizio di prenotazione e di pagamento diretto, effettuando per proprio conto le prestazioni sanitarie presso altre strutture mediche non convenzionate; in tal caso la Società rimborserà le spese sostenute per le prestazioni sanitarie comprese in garanzia, *fino a concorrenza massima di euro 250,00 da intendersi come disponibilità complessiva per ciascun check-up.*

Per il rimborso delle spese sostenute l'Assicurato dovrà inviare le fatture di spesa in originale direttamente alla Società. La richiesta di rimborso dovrà essere effettuata, in un'unica soluzione per ciascun check-up, entro i 60 giorni successivi alla scadenza dell'annualità assicurativa nel corso della quale sono state sostenute le spese indennizzabili.

Qualora gli esami di laboratorio di cui all'art. 7.1 lett. a) vengano effettuati mediante prescrizione del proprio medico curante l'Assicurato avrà diritto al rimborso integrale del ticket; *qualora invece tali accertamenti non vengano effettuati per il tramite del proprio medico curante il rimborso per dette spese avverrà con applicazione di uno scoperto del 20%.*

Art. 7.9

Modalità di erogazione della prevenzione odontoiatrica in Dental-Network

Per effettuare le prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui all'art. 7.2 l'Assicurato potrà contattare Dental-Network – *dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali* – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.11.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) nome e cognome;*
- b) numero di polizza;*
- c) luogo o recapito telefonico per i successivi contatti.*

Dental-Network, in accordo con l'Assicurato, si occuperà della prenotazione delle prestazioni odontoiatriche.

La Società s'incaricherà di pagare direttamente al Dentista convenzionato le spese relative alle prestazioni comprese in garanzia.

Art. 7.10

Modalità per la richiesta di assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza di cui agli artt. 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7 l'Assicurato potrà rivolgersi alla Centrale Operativa Assistenza – *in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali* – telefonando ai numeri indicati nell'art. 7.11.

Nella richiesta l'Assicurato dovrà comunque indicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla ;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Art. 7.11

Numeri telefonici

L'Assicurato, per beneficiare delle prestazioni come indicato nei precedenti artt. 7.8, 7.9, 7.10 potrà telefonare ai seguenti numeri *attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 9*

alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali:

al numero verde
oppure al numero

L'Assicurato, seguendo le apposite istruzioni telefoniche, dovrà indicare se intende contattare:

- la Centrale Operativa Medica, per beneficiare del programma di prevenzione sanitaria di cui all'art. 7.1;
- Dental-Network, per beneficiare delle prestazioni di prevenzione odontoiatrica di cui all'art. 7.2;
- la Centrale Operativa Assistenza, per beneficiare delle prestazioni di assistenza di cui agli artt. 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7.