

Assicurazione Malattie



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

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit

Prodotto "Bene Salute"

Data di realizzazione: 1/5/2023

Il presente documento pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Informazioni sulla Società e sulla sua situazione patrimoniale

Bene Assicurazioni S.p.A. Società Benefit sede legale in Via dei Valtorta, 48 – 20127 Milano; tel.02.892.973; sito internet: www.bene.it;
e-mail: info@bene.it; PEC: beneassicurazioni@legalmail.it; impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 0237415 del 21/12/2016; numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n. 1.00180
Società appartenente al Gruppo assicurativo Bene; numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054.

Il patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio d'esercizio approvato, ammonta a 12,6 milioni di euro, di cui 11,0 milioni di euro relativi al capitale sociale e 1,6 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali. Nel corso del secondo trimestre 2018 si è conclusa l'operazione di aumento del capitale sociale per un importo complessivo di 5 milioni di euro. Pertanto, ad oggi il capitale sociale della Società ammonta a 16 milioni di euro.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è pari a 4,5 milioni di euro, mentre il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari a 3,7 milioni di euro. I Fondi Propri ammissibili alla loro copertura sono, rispettivamente, pari a 6,3 milioni di euro e a 5,6 milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency II Ratio) è quindi pari a 140,1%.

Informazioni di dettaglio sono reperibili all'interno della Relazione sulla Solvibilità e Condizione Finanziaria (SFCR) disponibile sul sito internet della Compagnia www.bene.it/solvency

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Sezione Extra

Garanzie Extraospedaliere

La Società rimborsa, fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese di cui ai punti A. fino a F. sostenute dall'Assicurato durante il periodo di validità della Polizza, rese necessarie da Malattia o Infortunio e decorsi i termini di aspettativa previsti dalla condizioni generali di assicurazione.

I Massimali e limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta si intendono prestati per persona e per anno assicurativo.

A. Alta Specializzazione

Vengono rimborsate, entro il Massimale e con gli Scoperti/minimi indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per le prestazioni di "Alta Specializzazione" come da elenco:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° (trentacinquesimo) anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia

- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

Endoscopie con/senza biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosocopia
- Rettoscopia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%.

B. Visite specialistiche

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per onorari medici per visite specialistiche (effettuate in regime privato o ticket-SSN) prescritte dal medico curante (con esclusione di quelle di medicina generale, pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio).

In caso di Infortunio gli onorari medici per visite specialistiche vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

C. Accertamenti diagnostici

Vengono rimborsate, entro il Massimale e con gli Scoperti/minimi indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante (con esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio, degli esami di Alta Specializzazione come da elenco al punto A. e gli esami di laboratorio indicati al punto D.).

In caso di Infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100%(centopercento).

D. Ticket SSN per analisi di laboratorio

Vengono rimborsate, entro il Massimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese rese necessarie da Malattia o Infortunio per i soli esami di laboratorio in regime SSN prescritti dal medico curante.

In caso di Infortunio, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.).

E. Assistenza infermieristica domiciliare

Vengono rimborsate, entro il Massimale e il limite giornaliero indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal medico curante.

F. Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da Infortunio

Vengono rimborsate, entro il Massimale indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per trattamenti fisioterapici riabilitativi resi necessari da Infortunio accorso in corso di Polizza, purché lo stesso sia oggettivamente documentato da certificato di Pronto Soccorso, o certificazione medica corredata da documentazione clinica oggettiva (es. RX, Ecografia, TAC, RMN etc.). I trattamenti fisioterapici/riabilitativi per essere rimborsati devono essere prescritti da Medico specialista ed effettuati presso Istituto di Cura, Centro Medico, Medico specialista o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

Garanzia malattie gravi

La Società corrisponde, per una sola volta nel corso della durata del Polizza un rimborso forfettario ad Assicurato pari a quello indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, in caso di diagnosi opportunamente comprovata da idonea documentazione medica di una delle seguenti patologie e decorso il periodo di sopravvivenza e i termini di carenza di cui all'Art.24 e all'Art.25:

A. Cancro

Il Cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la Malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico, e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo

B. Infarto del miocardio

L'infarto del miocardio è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a Malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del Contratto; e
- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

Opzioni Assicurative

L'Assicurato può scegliere quale delle seguenti Opzioni Assicurative intende attivare al momento della stipula e la stessa sarà indicata nella scheda di Polizza.

I Massimali e le limitazioni sono da intendersi per persona e per anno assicurativo

GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE		EXTRA 1	EXTRA 2
		Massimali per persona/anno contrattuale	Massimali per persona/anno contrattuale
A. ALTA SPECIALIZZAZIONE (da elenco) Condizioni		€ 2.000	€ 4.000
	Diretta Indiretta Ticket SSN	Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%	Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%
B. VISITE SPECIALISTICHE Condizioni		Massimo 2 volte: private o ticket	Massimo 2 volte: private o ticket
	Diretta/Indiretta Ticket SSN	Rimborso massimo di € 100 per visita Rimborso al 100%	Rimborso massimo di € 100 per visita Rimborso al 100%

C. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI Condizioni Diretta Indiretta Ticket SSN	GARANZIA NON OPERANTE	€ 500 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%
D. TICKET SSN PER ANALISI DI LABORATORIO Condizioni Ticket SSN	GARANZIA NON OPERANTE	€ 100 Rimborso al 100%
E. ASSISTENZA INFIERMERISTICA DOMICILIARE Condizioni	€ 40 al giorno – massimo €600	€ 40 al giorno – massimo €600
F. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI DA INFORTUNIO Condizioni	€ 500 Rimborso al 100%	€ 750 Rimborso al 100%
GARANZIA: MALATTIE GRAVI: cancro, infarto del miocardio		
MALATTIE GRAVI: CANCRO, INFARTO DEL MIOCARDIO	€ 5.000 (Rimborso forfettario)	€ 10.000 (Rimborso forfettario)

Sezione Dental

La Società riconosce, entro i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”, le spese odontoiatriche, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto secondo i seguenti Livelli di Protezione (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio):

A. Prevenzione dentaria

La Società provvede al pagamento delle spese relative le prestazioni di prevenzione dentaria che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”.

B. Cure di primo e secondo Livello

La Società provvede al pagamento delle spese relative alle cure dentarie di 1°e 2° Livello entro i limiti indicati per ogni prestazione nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”. Si precisa che, alcune prestazioni devono essere comprovate da RX o altre certificazioni come indicato alla voce “Vincoli tecnici”.

In fase di acquisto di Polizza non è prevista la compilazione di un Questionario Sanitario

Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

L'Assicurato può scegliere se intende attivare solo le prestazioni di igiene/prevenzione dentaria e cure di primo livello oppure se aggiungere alle stesse anche le cure di secondo livello; esse dovranno risultare espressamente indicate nella scheda di Polizza.

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Visita e Prevenzione				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)	1 ogni 12 mesi in un'unica soluzione	
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale	€ 55,00		
SD11	Ionofluorizzazione: Applicazioni topiche oligoelementi	€ 20,00		

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Cure 1° Livello				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)		
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 22,00		Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza
SD02	Radiografia: Endorale per due elementi vicini	€ 22,00	2 ogni 12 mesi	Se non già compresa nella prestazione
SD03	Radiografia: Per ogni radiogramma endorale aggiuntiva	€ 17,00		Se non già compresa nella prestazione
SD12	Otturazione per carie semplice	€ 40,00	2 ogni 12 mesi	
SD13	Otturazione per carie profonde - Cavità di II Classe Black 2 pareti	€ 70,00		
SD14	Otturazione per carie profonde - Cavità di III Classe	€ 70,00		
SD15	Otturazione per carie profonde - Cavità di IV Classe	€ 85,00		
SD16	Otturazione per carie complesse	€ 85,00		
SD30	Estrazione semplice di dente o radice	€ 30,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD31	Estrazione complicata di dente o radice	€ 45,00	1 ogni 12 mese	
SD32	Estrazione in inclusione ossea parziale	€ 85,00		
SD33	Estrazione in inclusione ossea totale	€ 151,00		
SD54	Devitalizzazione Monocanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD55	Devitalizzazione Bicanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	1 ogni 12 mesi	
SD56	Devitalizzazione Tricanalare (compresa anestesia): Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	
SD57	Devitalizzazioni: Medicazioni canalari e sedute per apacificazione	€ 35,00	Se necessaria per prestazioni coperte in polizza	
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 40,00	1 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Limiti temporali alle prestazioni	Vincoli tecnici
Cure 2° Livello				
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	sempre gratuita in rete (non prevista in caso di Pagamento indiretto - a rimborso)		
SD98	Ortopantomografia (2 arcate)	€ 45,00	2 ogni 12 mesi	
SD35	Apicectomia con lembo	€ 160,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD36	Rizotomia	€ 110,00	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
SD39	Frenulectomia	€ 140,00	3 ogni 12 mesi	Comprovata da Rx o foto digitale endorale
SD41	Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	€ 185,00		
SD34	Scappucciamento osteomucoso dente incluso	€ 50,00		
SD44	Preparazione arcate pre protesi: Livellamento creste alveolari	€ 105,00		
SD47	Asportazioni cisti mascellari	€ 400,00		
SD27	Molaggio selettivo - Lieve rimodellamento di alcuni denti che impediscono la corretta chiusura	€ 280,00	1 sola volta	
SD29	Placca di svincolo	€ 275,00	1 ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio
Sezione Rimborso Spese Mediche				
La Società rimborsa, fino a concorrenza dei Massimali e/o Somme Assicurate e con i limiti indicati nella Scheda dell'Opzione Assicurativa prescelta le seguenti spese, rese necessarie da Malattia (compreso il parto e l'aborto terapeutico) o Infortunio avvenuto in corso di Contratto.				
Garanzia Ospedaliere				
A. Ricovero con o senza intervento, Day Hospital con o senza intervento e Intervento Chirurgico Ambulatoriale				

1. Ricovero con/senza intervento chirurgico

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico);
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi solo in regime di ricovero con intervento, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo del ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero con intervento chirurgico, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di € 40 (euro quaranta) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per evento con intervento chirurgico.
- g. Nel caso di trapianto sono escluse le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

2. Day Hospital con intervento chirurgico

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria e materiali di intervento (ivi comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico);
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- e. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;
- f. assistenza infermieristica privata individuale, nel limite di € 40 (euro quaranta) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per evento con intervento chirurgico

3. Day Hospital senza intervento chirurgico

- a. l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- b. retta di degenza senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in totale regime di assistenza diretta (deve essere compresa sia la struttura sanitaria che l'equipe medica); fino all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta per tutti gli altri ricoveri effettuati non in totale regime di assistenza diretta. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

4. Intervento Chirurgico Ambulatoriale

- a. onorari equipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- b. l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;
- c. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti l'intervento;
- d. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali, effettuati nei giorni successivi all'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento medesimo.

5. Parto Cesareo e aborto terapeutico

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto, il materiale di intervento;

- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- f. accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti sopra. fino a f. vengono rimborsate secondo il sub-Massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto/minimo.

Le spese per eventuali interventi concomitanti con la medesima via di accesso (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: appendicectomia, cisti ovarica, laparocele, ernia ombelicale ecc.) sono rimborsabili nel limite del sub-Massimale specifico per il Parto Cesareo.

6. Parto Fisiologico

- a. onorari equipe, i diritti di sala di parto;
- b. l'assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;
- c. retta di degenza. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;
- d. retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato fino alla data di dimissione della madre dall'ospedale);
- e. accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- f. accertamenti diagnostici, medicinali effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti sopra a. fino a f. vengono rimborsate secondo il sub-Massimale. Non viene applicato nessuno Scoperto/minimo.

B. Accompagnatore

Con riferimento alle prestazioni di cui alla precedente lettera A. punto 1 fino a 6 vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in istituto di cura o struttura alberghiera, ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura, con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nell'Opzione Assicurativa.

C. Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa le spese del trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

La presente prestazione è prevista nei casi disciplinati alle precedenti lettere A. (escluso punto 4)

D. Rimpatrio Salma

Vengono rimborsate entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato infermo a seguito di ricovero (anche in regime di Day Hospital) in istituto di cura all'estero per Malattia o Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, con o senza intervento chirurgico.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

E. Indennità sostitutiva

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate alla lettera A. punti 1 fino a 6 siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (si intende come tale ogni giorno che comprende anche il pernottamento) e per ogni giorno di Day Hospital entro i limiti indicati nell'Opzione Assicurativa.

Qualora le suddette spese siano solo o in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva e il rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di Scoperto ed entro i limiti previsti, le spese relative a:

- accertamenti diagnostici, visite specialistiche, effettuati nei giorni precedenti il ricovero;
- accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure termali (escluse le spese alberghiere), trattamenti fisioterapici e rieducativi solo a seguito di ricovero o DH con intervento effettuati nei giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

F. Ticket SSN – ospedaliero

Vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata in Polizza, entro i limiti di assistenza previsti per ogni singolo tipo di prestazione.

Garanzia Extraospedaliero**G. Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)**

Vengono rimborsate, entro il limite massimo e con gli Scoperti/limiti indicati nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per le prestazioni di seguito elencate:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o in caso di rischio genetico comprovato del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Urografia
- Vesciculodeferentografia.

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia.

Terapie

- Dialisi
- Laserterapia fotodinamica a scopo terapeutico.

Endoscopie non comportanti biopsia

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

H. Visite specialistiche/Analisi di laboratorio/Accertamenti

Vengono rimborsate, entro il limite massimo indicato nell'Opzione Assicurativa prescelta, le spese per:

1. onorari medici per visite specialistiche prescritte dal medico curante, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero;
2. analisi di laboratorio ed esami diagnostici prescritti dal medico curante con esclusione di quelli elencati alla lettera G. del presente Articolo e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio; in quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché l'Infortunio sia documentato da certificato di pronto soccorso ospedaliero. Sono altresì esclusi test di gravidanza, analisi di laboratorio ed ecografie di controllo della gravidanza.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del SSN i ticket sono rimborsati al 100% (centopercento).

I. Pacchetto Prevenzione

La presente garanzia è valida solo per Assicurati di età superiore a 30 (trenta) anni e può essere eseguita solo in forma diretta presso il Network Sanitario Convenzionato, nel corso del secondo anno di vita del Contratto.

Il pacchetto Prevenzione dovrà essere effettuato in un'unica soluzione e comprende sempre:

- Emocromo completo
- VES
- Azotemia
- Gamma GT
- Glicemia
- Colesterolo totale
- LDL e HDL
- Trigliceridi
- Transaminasi ASL
- Transaminasi ALT
- Esame urine completo
- Pap test (per donne)
- PSA (per uomini)

L'esito degli esami è strettamente personale e verrà consegnato in unica copia esclusivamente all'Assicurato.

L'Assicurato può attivare il pacchetto Prevenzione una volta ogni 2 (due) anni.

Successivamente alla prima attivazione effettuata nel corso del secondo anno di vita del Contratto, le prestazioni di prevenzione seguiranno la stessa cadenza biennale.

J. Rimborso forfettario per Non Autosufficienza

La presente garanzia garantisce l'Assicurato, a fronte di un Premio annuale, nei limiti del Massimale mensile assicurato indicato nell' Opzione Assicurativa, l'Indennizzo di una somma forfettaria mensile quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

E' considerata non autosufficiente la persona che si trova nell'impossibilità fisica totale e permanente, clinicamente accertata e consolidata, di poter compiere 4 (quattro) delle 6 (sei) attività di vita quotidiana (di seguito elencate) senza l'assistenza di una terza persona:

1. Lavarsi: la capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia);
2. Vestirsi e Svestirsi: la capacità di mettersi, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici senza l'assistenza di una terza persona;
3. Andare al bagno ed usarlo: la capacità di mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale (ad esempio lavarsi, radersi, pettinarsi, ecc).
4. Spostarsi: la capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e vice versa senza l'aiuto di una terza persona
5. Continenza: la capacità di controllare le funzioni corporali o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello ordinariamente ragionevole di igiene personale
6. Alimentarsi: la capacità di nutrirsi autonomamente, anche con il cibo preparato da altri, e di bere senza l'aiuto di una terza persona.

L'Assicurato, in caso di non autosufficienza e fintanto che persiste tale stato e non oltre il periodo massimo di 3 (tre) anni complessivamente e cumulativamente, percepirà un rimborso forfettario, pari all'importo indicato nell'Opzione Assicurativa.

Qualora l'Assicurato dovesse recuperare capacità psico-motorie e funzionali che lo rendono nuovamente autosufficiente, lo stesso dovrà darne comunicazione scritta a MyAssistance entro 30 giorni dallo;

l'erogazione del rimborso verrà sospesa con effetto immediato per essere riattivata qualora l'Assicurato ritornasse non autosufficiente.

In caso di decesso dell'Assicurato, gli eredi sono tenuti entro 30 (trenta) giorni dall'evento a darne comunicazione alla Società, il rimborso forfettario mensile da parte della Società cesserà con effetto immediato.

Durante la durata del Contratto sarà indennizzata, a partire dalla data di denuncia dello stato di non autosufficienza riconosciuto all'Assicurato, un pagamento iniziale di € 4.000 (euro quattromila) in aggiunta al rimborso forfettario di € 1.000 (euro mille) . La somma forfettaria non potrà essere riconosciuta per più di una volta in corso di Contratto o durante la vita dell'Assicurato.

Il Premio corrisposto per ciascun Assicurato rimarrà invariato per tutta la durata in cui la Polizza resterà in vita con scatti di Premi relativi agli scaglioni di età successivi. Potranno essere richiesti adeguamenti del Premio indicato nella scheda di Polizza con almeno un preavviso di 60 (sessanta) giorni prima della scadenza. Qualora l'Assicurato non fosse d'accordo con la richiesta di aumento, potrà dichiarare la risoluzione contrattuale dalla scadenza per la quale è stato richiesto l'adeguamento.

1. Condizioni di pagamento delle prestazioni

Il rimborso forfettario verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni a partire dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza e in ogni caso, se trascorso il Periodo di Carenza di 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza della Polizza per qualsiasi Malattia.

Non è previsto alcun pagamento retroattivo.

Il rimborso forfettario sarà corrisposto con cadenza mensile anticipata per tutto il periodo in cui perdurerà lo stato di non autosufficienza e per un periodo massimo complessivo e cumulativo di 3 (tre) anni e comunque non oltre il decesso dell'Assicurato.

Ogni 12 (dodici) mesi, dovrà essere indirizzato alla Società un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato, la stessa si riserva comunque il diritto di richiederlo ogni qualvolta lo ritenesse necessario. Nel caso in cui l'Assicurato si rifiutasse di sottoporsi ai controlli richiesti o di esibire la documentazione richiesta, il pagamento dell'Indennizzo verrà sospeso.

2. Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Società si riserva la facoltà, ove lo ritenga opportuno, di eseguire periodicamente controlli sanitari sullo stato di salute dell'Assicurato attraverso medici di propria fiducia e a proprie spese, richiedendo a tal proposito la documentazione che riterrà più idonea alla valutazione del Sinistro che dimostri oggettivamente lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato.

Opzioni Assicurative

L'Assicurato può scegliere quale delle seguenti Opzioni Assicurative intende attivare in sede di adesione e la stessa sarà indicata nella scheda di Polizza.

I Massimali e limiti sono da intendersi per persona e per anno assicurativo

Rimborso spese mediche BASIC		
GARANZIE OSPEDALIERE		
A. Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento chirurgico Amb. Massimale	Diretta Indiretta	€ 100.000 Rimborso al 100% Scoperto 20% minimo € 2.000
PRE/POST SubMassimali		90 giorni / 90 giorni
Parto Cesareo / Aborto terapeutico Parto Fisiologico		€2.000 (no Scoperti/franchigie) €1.000 (no Scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo indiretta)		€ 250

B. Accompagnatore	€30 giorno – max. 50gg (no Scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio della salma	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
E. Indennità Sostitutiva	€80 giorno – max. 50gg
PRE/POST Sostituita	90 giorni / 90 giorni (Rimborso al 100%)
F. Ticket SSN - ospedaliera	Rimborso al 100%

Rimborso spese mediche ESTESA	
GARANZIE OSPEDALIERE	
A. Ricovero con/senza intervento Day Hospital con/senza interv., Intervento chirurgico Amb. Massimale DIRETTA Indiretta PRE/POST SubMassimali Parto Cesareo / Aborto terapeutico Parto Fisiologico	€ 150.000 Rimborso al 100% Scoperto 20% minimo € 2.000 90 giorni / 90 giorni €2.000 (no Scoperti/franchigie) €1.000 (no Scoperti/franchigie)
Limite rette di degenza (solo indiretta)	€ 250
B. Accompagnatore	€30 giorno – max. 50gg (no Scoperti/franchigie)
C. Trasporto dell'assicurato	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
D. Rimpatrio della salma	€1.000 (no Scoperti/franchigie)
E. Indennità Sostitutiva	€80 giorno – max. 50gg
PRE/POST Sostituita	90 giorni / 90 giorni (Rimborso al 100%)
F. Ticket SSN - ospedaliera	Rimborso al 100%
GARANZIE EXTRAOSPEDALIERE	
G. Alta Diagnostica (da elenco) Massimale Condizioni DIRETTA Indiretta Ticket SSN	€ 2.000 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%
H. Visite specialistiche / Accertamenti / Analisi di laboratorio Massimale Condizioni DIRETTA Indiretta Ticket SSN	€ 1.000 Scoperto 15% minimo € 25 Scoperto 20% minimo € 50 Rimborso al 100%

I. Pacchetto Prevenzione (Biennale per età >30)	Prestazioni coperte come in tabella – Solo in forma Diretta e in un'unica soluzione
J. Rimborso forfettario per Non Autosufficienza	Pagamento iniziale: € 4.000 Addizionalmente €1.000 mensili per 3 anni

Sezione Assistenza

Le prestazioni Assistenza sotto riportate sono attivabili solo a seguito di una Malattia indennizzabile a termini della garanzia Malattia. Tutte le prestazioni che seguono non coprono casistiche di emergenza o di urgenza.

A.1 Garanzia Base
Si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.

A.2 Gestione dei Sinistri ed erogazione delle prestazioni
La Società, per la gestione e liquidazione dei Sinistri relativi alla presente Sezione, nonché per l'erogazione delle prestazioni di assistenza, si avvale della società IMA Italia Assistance S.p.A. – Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni e della sua Struttura Organizzativa.

A.3 Prestazioni

1. Consulenza medica telefonica
Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

2. Second Opinion Medico Specialistica
Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia grave, indennizzabile da Polizza, desideri far riesaminare la propria documentazione clinica al fine di ottenere una Second Opinion, potrà contattare la Struttura Organizzativa che metterà a disposizione la propria equipe medica per sottoporre il caso al parere di uno specialista presso un centro medico d'eccellenza in Italia o all'estero.
L'Assicurato dovrà spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il suo caso per il quale richiede la second opinion e dovrà inviare tutta la documentazione medica relativa in suo possesso. I medici della Struttura Organizzativa verificheranno tutta la documentazione pervenuta e provvederanno ad inviarla al centro medico ritenuto eccellente per la patologia dell'Assicurato.
Entro 10 gg lavorativi dalla ricezione della documentazione, la Struttura Organizzativa invierà all'Assicurato la Second Opinion scientifico-specialistica, se necessario, tradotta in lingua italiana.
La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio. Il costo di ulteriori eventuali specifiche indagini cliniche o scientifiche sarà a carico dell'Assicurato. La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

3. Invio di un medico in Italia
Qualora a seguito di Malattia, previa Consulenza telefonica col medico della Struttura Organizzativa, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, 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 nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

4. Rientro alla residenza a seguito dimissione ospedaliera
Qualora l'Assicurato, a seguito di un intervento chirurgico avvenuto per Malattia che abbia comportato un ricovero in un Istituto di Cura in Italia, non sia in grado di tornare al proprio domicilio autonomamente con il mezzo inizialmente utilizzato, la Struttura Organizzativa, tramite i propri medici e d'intesa con i medici curanti, definirà le modalità del rientro, tenendo a proprio carico la relativa spesa, e provvederà a organizzare il trasferimento del convalescente alla sua residenza con il mezzo più idoneo: ambulanza, treno (in 1° classe o vagone letto); l'aereo di linea (in classe economica, anche barellato).

5. Monitoraggio del ricovero ospedaliero
A seguito di ricovero ospedaliero per 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, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta

dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità alla normativa sulla privacy D.lgs. 196/2003.

6. Trasferimento in strutture sanitarie specializzate

Qualora l'Assicurato, per un intervento reso necessario da Malattia e non ritenuto oggettivamente praticabile in una struttura sanitaria della Regione di sua residenza, richieda il proprio trasferimento presso altre strutture sanitarie italiane o estere specializzate per terapie o interventi chirurgici solo là effettuabili, la Struttura Organizzativa nel caso che i propri medici, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede:

a organizzare il trasferimento dell'Assicurato nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici ritengano più idonei alle sue condizioni tra aereo sanitario, aereo di linea (eventualmente barellato), treno/vagone letto (prima classe), autoambulanza, altri mezzi adatti alla circostanza. Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario può avere luogo da tutti i Paesi europei; per tutti gli altri Paesi esso avviene esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;

ad assistere l'Assicurato durante il trasferimento, se dai propri medici di guardia giudicato necessario, con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto che accompagna l'Assicurato, sono a carico della Struttura Organizzativa. Non danno luogo al trasferimento le Malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e le Malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che possano essere curate sul posto.

7. Rientro sanitario

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero subisca una Malattia 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 un rientro 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 il mezzo idoneo:

aereo sanitario;

l'aereo di linea (anche barellato);

l'ambulanza;

il treno 1° classe /vagone letto.

Il rientro 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 rientro avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di 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 rientro le Malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie e le Malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessitino di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

8. Rientro con un familiare

Qualora l'Assicurato in viaggio necessiti della prestazione "Trasferimento in strutture sanitarie in autoambulanza" e nel caso che non occorra l'assistenza medica o infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà a fare rientrare un familiare in viaggio con lui, con il mezzo utilizzato per il trasferimento dell'Assicurato. L'eventuale costo del trasporto è a carico della Struttura Organizzativa senza limiti per trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 500,00 dall'estero.

9. Assistenza ai minorenni

Qualora l'Assicurato in viaggio sia nell'impossibilità, a seguito di Malattia, d'occuparsi di figli minorenni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa provvede a mettere a disposizione ad una persona indicata dall'Assicurato per prendersi cura di loro, un biglietto d'andata e ritorno, in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o con altro mezzo di trasporto. Il costo del trasporto è a carico della Società senza limiti per trasferimenti sul territorio nazionale e con il limite di € 1.500,00 (euomillecinquecento) fuori dal territorio della Repubblica italiana per Sinistro.

10. Assistenza ai familiari

Nel caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato e qualora i familiari 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 fino ad un importo massimo di € 500,00 (euro cinquecento) IVA compresa per Sinistro.

11. Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), 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 altra spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

12. Informazioni sanitarie

(in funzione dal Lunedì al Venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00 esclusi i festivi)

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato, potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa che fornirà informazioni su:

- 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 ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- medici specialisti.

13. Invio di ambulanza per trasporto programmato in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza
Qualora a seguito di Malattia e successivamente ad una Consulenza Medica telefonica, necessità di un trasporto in ambulanza per un ricovero, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico più vicino. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno), fino ad un massimo di € 155,00 (centocinquantacinque) (IVA inclusa) per Sinistro e per un massimo di 3 (tre) volte per anno assicurativo. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 118 per le urgenze.

14. Traduzione della cartella Clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di Malattia, necessità del consulto con 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 cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad Malattia.

15. Rientro salma

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero sia deceduto a seguito di Malattia, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 3.000,00 (euro tremila) ancorché siano coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

16. Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. I costi dell'interprete saranno a carico della Società per un massimo di 8 ore lavorative.

17. Consegna referti

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di Malattia, certificata dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio del Cliente, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 (quarantotto) ore per un massimo di 4 (quattro) volte per Sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

18. Consegna farmaci presso l'abitazione

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia, per le cure del caso, necessità, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che 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. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

19. Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, necessità 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.

20. Anticipo spese mediche

Qualora in conseguenza di Sinistro all'estero, l'Assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa provvederà al pagamento sul posto, per conto dell'Assicurato, di fatture fino ad un importo massimo di € 3.000,00 (euro tremila) per Sinistro.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria ed il suo recapito. Poiché la prestazione rappresenta unicamente un'anticipazione, l'Assicurato deve fornire garanzie bancarie o d'altro tipo, ritenute adeguate dalla Struttura Organizzativa, per la restituzione dell'anticipo.

Assistenza domiciliare in Italia

21. Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 15 (quindici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario per un totale di € 50,00 (euro cinquanta) al giorno per un massimo di 5 (cinque)giorni per Sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

22. Accompagnamento scuola minori (prestazione in alternativa all'invio baby sitter)

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale, a causa di Malattia, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 15 (quindici), la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un Massimale di € 150,00 (euro centocinquanta) complessivi per Sinistro. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

23. Custodia animali

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero in ospedale a causa di Malattia, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un Massimale di € 200,00 (euro duecento) complessivi per Sinistro. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

Sezione Tutela Legale

La Società assume a proprio carico, nei limiti del Massimale pattuito e delle condizioni previste in Polizza, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si rendano necessarie a tutela dei diritti delle Persone Assicurate, conseguente a un Sinistro rientrante in garanzia.

Rientrano in garanzia le seguenti spese:

- a) di assistenza in sede stragiudiziale;
- b) per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del Sinistro;
- c) per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- d) di giustizia;
- e) di soccombenza, liquidate a favore di controparte, con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà;
- f) conseguenti ad una transazione autorizzata da DAS, comprese le spese della controparte, sempre che siano state autorizzate da DAS;
- g) degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta in Arbitrato;
- h) per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei Sinistri;
- i) per la redazione di denunce, querele, istanze all'autorità giudiziaria;
- j) per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'assicurato e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli organismi pubblici;
- k) per l'esecuzione forzata, nel limite dei primi due tentativi;
- l) per il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari, se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

La garanzia opera per:

- 1) ottenere il risarcimento di danno extracontrattuale subito per fatto illecito di terzi; qualora l'evento che ha causato la Malattia abbia contestualmente causato anche un danno a cose, la garanzia vale anche per il recupero dei danni materiali;
- 2) sostenere vertenze di natura contrattuale o extracontrattuale nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture sanitarie pubbliche o private, ai quali l'Assicurato si sia rivolto per le cure in seguito alla Malattia;
- 3) sostenere controversie nei confronti di enti e/o assicurazioni previdenziali e assistenziali riferite a prestazioni connesse con la Malattia. Sono escluse le controversie nei confronti di imprese di Assicurazione in relazione a polizze che coprono tale rischio.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO: non previste

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO: non previste



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	In aggiunta a quanto previsto nel D-.I.P.
Sezione Extra	L'Assicurazione non è operante per: 1. le complicità, le conseguenze dirette ed indirette di infortuni, Malattie e stati patologici diagnosticati e/o conosciuti antecedentemente alla data di decorrenza della Polizza, nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione; 2. le spese relative a visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e trattamenti fisioterapici/riabilitativi: a. non corredate dall'indicazione della diagnosi sospetta o accertata; b. effettuate presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge; c. per onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; 3. le spese relative a visite specialistiche, ad accertamenti diagnostici e ad analisi di laboratorio oltre il limite e i Massimali indicati nelle garanzie incluse nell'Opzione Assicurativa prescelta e quanto non espressamente indicato tra le prestazioni rimborsabili nella Sezione 1 – Extra; 4. i farmaci, visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale nonché quelli effettuati per familiarità o predisposizione genetica; 5. stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazioni con l'H.I.V., nonché da Malattie sessualmente trasmesse; 6. gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; 7. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose; 8. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); 9. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; 10. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; 11. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo; 12. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; 13. visite specialistiche, accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio di carattere estetico; 14. le cure odontoiatriche e ortodontiche da Malattia e Infortunio; sono invece incluse le visite specialistiche odontoiatriche e ortodontiche da Infortunio. 15. visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate; 16. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e diagnostiche finalizzate alla modifica di caratteri sessuali; 17. visite specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio e quanto espressamente indicato tra le prestazioni rimborsabili alla Sezione 1 – Extra non ritenute necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio, 18. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo: - anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; - a seguito d'Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; - a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; 19. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le

	degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; 20. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up (ricoveri impropri) Relativamente alla garanzia Malattie Gravi, l'assicurazione non è operante se le stesse risultano direttamente o indirettamente causate da: 1. qualsiasi delle Malattie gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima della data di decorrenza della copertura assicurativa o durante il Periodo di Carenza. 2. dolo del Contraente o del Beneficiario; 3. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci; 4. Malattie o condizioni patologiche pregresse sottaciute alla Società; 5. sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata. Inoltre, relativamente al cancro l'assicurazione non copre: - tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi; - qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione; - tutti i tumori della pelle ad esclusione del melanoma maligno, salvo quanto previsto dal punto successivo; - melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aNO0; - tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2NO0; - tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1NO0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione; - qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi; - tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il Periodo di Carenza o in precedenza. Inoltre, relativamente all'infarto l'assicurazione non copre: - Angina e altre forme di sindrome coronaria acuto
Sezione Dental	L'assicurazione non è operante per: 1. trattamenti e prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri; 2. lesioni dentarie da Infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti; 3. sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite; 4. prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto sia fisso che rimovibile preesistente all'atto di sottoscrizione della Polizza; 5. trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico; 6. cura o trattamento medico odontoiatrico non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate". 7. le prestazioni effettuate e/o fatturate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità della garanzia; 8. gli infortuni occorsi in conseguenza di uno stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada; 9. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai di difficoltà superiore al terzo grado della scala Monaco, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, allenamenti, prove); dalla guida o uso di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;

	10. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della stipula della Polizza;
Sezione Rimborso Spese Mediche	L'assicurazione non è operante per: 1. le complicanze, conseguenze dirette e indirette di infortuni, Malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate o comunque insorte a giudizio del medico prima della stipula della Polizza. Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula della Polizza e non conosciuti dall'Assicurato come da precedente Art. 43 punto d); 2. le conseguenze dirette e indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura; 3. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; 4. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine; 5. le spese relative a prestazioni di agopuntura e logopedia, trattamenti fisioterapici salvo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta; 6. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, nonché quelle effettuate per familiarità o per predisposizione genetica inclusi i test genetici; 7. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; 8. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche; 9. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di medicina alternativa o non convenzionale e sperimentale; 10. stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V., nonché da Malattie sessualmente trasmesse; 11. gli infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; 12. guida di qualsiasi veicolo natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione; 13. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); 14. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; 15. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; 16. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo; 17. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; 18. trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati, a scopo ricostruttivo: b. anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; c. a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; d. a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; 19. i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;

	20. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 3 anni assicurati dalla nascita; 21. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali; 22. protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di ricovero e Day Hospital con intervento chirurgico; Relativamente alla garanzia Rimborso Forfettario per la non autosufficienza, sono sempre esclusi gli eventi derivanti da: 1. negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che il rimborso non viene effettuato se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute; 2. incidente aereo se viaggia come membro dell'equipaggio; 3. svolgimento di una delle seguenti professioni: addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere, o su piattaforme petrolifere, palombari/sommozzatori, speleologi, paracadutisti, piloti commerciali privati (non di linea), addetti a contatto con materiale esplosivo o pirotecnico, collaudatori di veicoli, motoveicoli e/o aeromobili.
Sezione Assistenza	Si conviene che: 1. Tutte le prestazioni non sono dovute per Sinistri provocati o dipendenti da: a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; c) dolo dell'Assicurato; e) Malattie nervose e mentali, le Malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26^a (ventiseiesima) settimana di gestazione e dal puerperio; f) Malattie e Infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni; g) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto. 2. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. 3. 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. 4. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ. 5. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro. 6. L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai Sinistri formanti oggetto della presente Assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del Sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del Sinistro stesso. 7. La Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.
Sezione Tutela Legale	La Società non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati, gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della vertenza. La garanzia è esclusa per: a) Sinistri derivanti da fatti dolosi compiuti dall'Assicurato;

	Ci sono limiti di copertura?
Persone assicurabili Sono assicurabili tutte le persone fisiche con:	

- Età minima all'ingresso:
 - 0 (zero) anni
 - 20 (venti) anni compiuti per la sola garanzia alla Sezione - RSM "Rimborso forfettario per la Non Autosufficienza";
- Età massima all'ingresso: 64 (sessantaquattro) anni compiuti;
- Età massima in uscita: 70 (settanta) anni compiuti.

L'età dell'Assicurato sarà calcolata basandosi sull'età raggiunta al momento della sottoscrizione.

L'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale del Premio successiva al compimento del 70esimo (settantesimo) anno di età.

Sono assicurabili le persone residenti in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

La mancata sottoscrizione del "Questionario Sanitario per la copertura assicurativa_Prodotto EXTRA 1_EXTRA 2" su specifico Allegato "A" per la SEZIONE 1 – EXTRA o del "Questionario Sanitario per la copertura assicurativa_Prodotto RSM" su specifico allegato "B" per la SEZIONE 3 - RSM, che formano parte integrante del Contratto di Assicurazione, rende inoperante la Polizza nei confronti dell'Assicurato che ha ommesso la relativa sottoscrizione.

Per le prestazioni elencate alla "SEZIONE 2 - DENTAL" non è prevista la compilazione di un Questionario Sanitario al momento della sottoscrizione della Polizza.

Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita non sono assicurabili.

Al manifestarsi di tali affezioni nel corso del Contratto, l'Assicurazione viene a cessare – indipendentemente dall'effettiva valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'Indennizzo.

Per la sola garanzia alla Sezione 3 - RSM "Rimborso forfettario per la Non Autosufficienza", non sono altresì assicurabili coloro che risultassero già affetti da invalidità totale e permanente e/o non autosufficienti o avessero già in corso accertamenti a tale scopo al momento dell'ingresso in Assicurazione.

Relativamente alle Malattie Gravi, la Polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione per le Malattie Gravi, come descritte nella definizioni richiamate in Polizza (di cui all'Art.23 – "Oggetto dell'Assicurazione"), qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

(Con riferimento alla sezione extraospedaliera)

Denuncia di sinistro:

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, quando ne ha la possibilità e, comunque, non oltre il 30° (trentesimo) giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di Cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa di MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni Documentazione medica richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la Documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture fiscali che di quella medica.

Procedura liquidativa:

L'Assicurato che necessita di una delle prestazioni garantite dall'Opzione Assicurativa prescelta, può:

	I. avvalersi del Network di Strutture Sanitarie Convenzionate con MyAssistance richiedendo il pagamento diretto alla Società (pagamento diretto); II. avvalersi di Strutture Sanitarie o di Medici specialistici non convenzionati con MyAssistance, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto); III. avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto); Per le sole analisi di laboratorio la copertura assicurativa è operante esclusivamente in caso di regime SSN (ticket). Non è previsto alcun rimborso o autorizzazioni in assistenza diretta se le analisi di laboratorio vengono eseguite in regime privato. 1. Utilizzo di Strutture Sanitarie Convenzionate – pagamento diretto Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie Convenzionate, dovrà attivarsi preventivamente contattando la Centrale Operativa per richiedere l'assistenza diretta. La Società paga direttamente al Centro Convenzionato le spese indennizzabili a termini di Contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o Scoperti e/o minimi e/o prestazioni non garantite dalla presente Polizza che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta. E' necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguire le prestazioni in assistenza diretta contattando telefonicamente MyAssistance, ai recapiti indicati al precedente Art. 29. 2. Utilizzo di Strutture Sanitarie o Medici specialisti non Convenzionati – pagamento indiretto Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie o Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto. 3. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - pagamento indiretto Qualora l'Assicurato decida di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto Gestione da parte di altre imprese: Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Società si avvale della Struttura Operativa di MyAssistance che risponde ai seguenti numeri telefonici: • dall'Italia da rete fissa: 800 197 303 • dall'estero o da cellulare +39 - 02 – 303500303 MyAssistance è a disposizione degli Assicurati: • dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali, per la prenotazione delle Strutture Sanitarie e dei Medici Chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità; • 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire supporto medico. L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati
	(Con riferimento alla sezione dental) Denuncia di sinistro: A parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile, in caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, oppure alla Società, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre 120 giorni dalla data di scadenza della Polizza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato da MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire

ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale della documentazione medica.

Utilizzando il Network Sanitario Convenzionato l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente a MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto.

Procedura liquidativa:

L'Assicurato che necessita di cure odontoiatriche potrà:

1. avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati con MyAssistance richiedendo il pagamento diretto alla Società (pagamento diretto);
2. avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non convenzionati con MyAssistance, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);

1. Utilizzo di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici Convenzionati – pagamento diretto

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente a MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto. MyAssistance prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso il centro odontoiatrico convenzionato.

Durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il Dentista il proprio Budget Cure Odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel pacchetto assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel piano assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

Il BCO sarà fornito direttamente da MyAssistance al Centro odontoiatrico convenzionato. Il pagamento che la Società avrà effettuato ai Centri odontoiatrici o medici odontoiatri (Network Sanitario Convenzionato), solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

2. Utilizzo di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non Convenzionati – pagamento indiretto – a rimborso

A cura ultimata, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso, compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato, con eventuale supporto del Dentista;
- copia delle fatture valide ai fini fiscali e quietanzate complete di dettaglio della singola prestazione effettuata, del relativo costo e della data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- evidenze cliniche (radiografie, ecc.), ove richieste alla voce "Vincoli Tecnici" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.37);
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

Il modulo di rimborso verrà fornito insieme al Certificato di Polizza, l'Assicurato potrà richiedere lo stesso anche contattando telefonicamente MyAssistance.

La documentazione sopra elencata può essere inviata in forma cartacea o tramite email.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un medico Dentista o di un centro odontoiatrico.

Il rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea (BCE).

Gestione da parte di altre imprese:

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Società si avvale della Struttura Operativa di MyAssistance che risponde ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia da rete fissa: 800 197 303
- dall'estero o dal cellulare +39 02 – 303500303

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 9 alle ore 19 dei giorni feriali e festivi, per le informazioni sul proprio piano sanitario;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per la prenotazione, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità

L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

(Con riferimento alla sezione rimborso spese mediche)

Denuncia di sinistro:

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto a MyAssistance che gestisce per conto della Società i Sinistri, quando ne ha la possibilità e, comunque, non oltre il 30° (trentesimo) giorno dal momento in cui il Contraente e/o l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'Art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Istituti di Cura e di medici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa di MyAssistance, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni Documentazione medica richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la Documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture fiscali che di quella medica.

Procedura liquidativa:

L'Assicurato che necessita di spese per prestazioni ospedaliere ed extraospedaliere potrà:

- I. avvalersi del Network Sanitario Convenzionato (Istituti di Cura e Medici specialisti convenzionati) con MyAssistance usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (pagamento diretto);
- II. avvalersi di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
- III. avvalersi di Istituti di Cura e medici specialisti non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);
- IV. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (pagamento indiretto);

1. Utilizzo di Istituti di Cura e Medici specialisti convenzionati – pagamento diretto

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente con la Centrale Operativa per richiedere l'assistenza diretta. La Società paga direttamente all'Istituto di Cura le spese indennizzabili a termini di Contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o Scoperti e/o minimi e/o prestazioni non garantite dalla presente Polizza che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa prescelta.

E' necessario verificare in anticipo la possibilità di eseguire le prestazioni in assistenza diretta contattando telefonicamente MyAssistance.

2. Utilizzo di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati – pagamento indiretto

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura convenzionati e di Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

3. Utilizzo di Istituti di Cura e Medici specialisti non convenzionati – pagamento indiretto

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Istituti di Cura e Medici specialisti non convenzionati, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa all'Assicurato

le spese indennizzabili a termini di Contratto, secondo quanto previsto dall'Opzione Assicurativa prescelta per il pagamento indiretto.

4. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) – pagamento indiretto

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento diretto, ma rimborsa integralmente le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di Contratto, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Gestione da parte di altre imprese:

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Società si avvale della Struttura Operativa di MyAssistance che risponde ai seguenti numeri telefonici:

- dall'Italia da rete fissa: 800 197 303
- dall'estero o da cellulare +39 - 02 – 303500303

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8 alle ore 19 dei giorni feriali e festivi, per le informazioni sul proprio piano sanitario;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per la prenotazione, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità

L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

(Con riferimento alla sezione assistenza)

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24 (ventiquattro) ore su 24 (ventiquattro), di tutti gli assicurati che chiameranno ai seguenti numeri: 800327605 oppure 0224128391

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al n. 02/24128245.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di assistenza di cui necessita
2. Nome e Cognome
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta strettamente necessaria alla erogazione della prestazione di assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi di spese, fatture, ricevute di spese.

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

(Con riferimento alla sezione Tutela Legale)

Per denunciare un Sinistro, l'Assicurato dovrà segnalare tempestivamente l'accaduto a D.A.S. attraverso una delle seguenti modalità:

1. DENUNCIA TELEFONICA al numero verde 800-28.23.23; gli esperti di D.A.S. raccoglieranno la denuncia, indicheranno i documenti necessari per l'attivazione della garanzia in funzione della tipologia, forniranno tutte le informazioni relative alle modalità di gestione del caso assicurativo e rilasceranno un numero identificativo della pratica.
2. DENUNCIA SCRITTA: la denuncia scritta, unitamente a copia di tutti gli atti e documenti necessari, dovrà essere inviata - alternativamente - a D.A.S.:

- Per posta elettronica a: Sinistri@das.it
- Per posta ordinaria a: D.A.S. Spa, Via E. Fermi 9/B, 37135 Verona.

I documenti necessari da allegare alla denuncia, a titolo esemplificativo, sono:

- Una sintetica descrizione di quanto accaduto;
- Generalità e recapiti della controparte;
- Copia della corrispondenza intercorsa;
- Copia di contratti, documentazione fiscale e contabile, verbali delle Autorità eventualmente intervenute, documentazione fotografica, ecc.;
- Copia dell'Informazione di Garanzia o ogni altro Atto civile, penale o amministrativo notificato.

Tutta la documentazione dovrà essere raccolta a spese dell'Assicurato secondo le norme fiscali di bollo e di registro.

In mancanza di idonea documentazione a supporto della denuncia, D.A.S. non sarà responsabile di eventuali ritardi nella gestione del caso assicurativo.

	L'Assicurato dovrà far pervenire tempestivamente a D.A.S. la notizia di ogni atto a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, e, comunque, entro il termine utile per la difesa. Contemporaneamente alla denuncia di Sinistro o al momento dell'avvio dell'eventuale fase giudiziale, l'Assicurato può indicare a D.A.S. un legale – residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia – al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, ove il tentativo di bonaria definizione non abbia esito positivo. Se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il Circondario del Tribunale competente, la D.A.S. garantirà gli onorari del domiciliatario, con il limite della somma di € 3.000 (eurotre mila). Tale somma è compresa nei limiti del Massimale per Sinistro e per anno. La scelta del legale fatta dall'Assicurato è operante fin dalla fase stragiudiziale, ove si verifichi una situazione di conflitto di interessi con la Società o con D.A.S.
	Prescrizione: Ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'Assicurato o del Contraente, rese al momento della stipula del Contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare, in caso di Sinistro, la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Obblighi dell'impresa	La centrale operativa, ricevuta tutta la documentazione di richiesta del rimborso e solo nel caso in cui tutta la documentazione presentata risulti esaustiva, provvede, se dovuto e al netto delle eventuali limitazioni e/o franchigie previste dal contratto, a comunicare alla Compagnia il benestare al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benestare.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il pagamento del Premio, con la periodicità prevista dal presente Contratto, può essere effettuato dal Contraente tramite: - assegni bancari, postali o circolari intestati all'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure alla Società; - ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure la Società; - denaro contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente. Il pagamento del Premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del codice civile che disciplina il caso di mancato pagamento del Premio -
Rimborso	Non previsto

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato in Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione rimarrà sospesa dalle ore 24 (ventiquattro) del 15° (quindicesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal Contratto, ai sensi dell'Art 1901 del Codice Civile. Trascorso il termine di 15 (quindici) giorni di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai Premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione. I Premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento semestrale.

	In mancanza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza, con lettera raccomandata, l'Assicurazione è prorogata per 1 (uno) anno e così successivamente. Periodi di carenza (con riferimento alla garanzia Extraospedaliera) Le garanzie decorrono: - per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione; - per le Malattie: dal 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione (con riferimento alla garanzia Malattie Gravi) Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia Malattie Gravi se durante i primi 90 (novanta) giorni dalla data di effetto della garanzia: a. l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure b. all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie gravi coperte ai sensi di Polizza. (con riferimento alla garanzia Dental) Per le cure odontoiatriche è definito un termine di aspettativa a partire dalla data di decorrenza della Polizza, come indicato nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate". In questo periodo la copertura è inoperante. (con riferimento alla garanzia Rimborso Spese Mediche) Le garanzie decorrono: a) Per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'Assicurazione; b) Per le Malattie: dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione; c) Per il parto: dal 270° (duecentosettantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione; d) Per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula del Contratto sempre che NON conosciuti e/o diagnosticati al momento della stipula: dal 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione; e) Per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 60 (sessanta) giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'Assicurazione. Per la sola garanzia "Rimborso Forfettario per la non autosufficienza" il rimborso forfettario verrà corrisposto, se perdura lo stato di non autosufficienza, dopo che siano trascorsi 90 (novanta) giorni a partire dalla data di denuncia alla Società dello stato di non autosufficienza permanente e in ogni caso, se trascorso il Periodo di Carenza di 6 (sei) mesi dalla data di decorrenza della Polizza per qualsiasi Malattia. Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità (quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono dalle ore 24: - del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa; - del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da essa 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.
Sospensione	Non Prevista



Come posso disdire la polizza?

**Ripensamento
dopo la
stipulazione**

Non previsto

Risoluzione	Ad ogni scadenza annuale con invio di disdetta inviata alla Compagnia almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza,
--------------------	---

	A chi è rivolto questo prodotto?
Alle famiglie e ai singoli individui che desiderano garantirsi una copertura assicurativa di rimborso spese mediche in seguito a malattie e infortuni	

	Quali costi devo sostenere?
Costi di intermediazione 99,99% del premio imponibile.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	SERVIZIO RECLAMI Mail reclami@bene.it Posta Ordinaria Bene Assicurazioni – Servizio Reclami Via dei Valtorta 48, 20127 Milano
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	In caso di controversie di natura medica, sulla natura della Malattia, o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici nonché sui criteri di indennizzabilità le Parti si obbligano a conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, al Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione 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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Malattia ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel quale caso il Collegio può intanto concedere un acconto sull'Indennizzo. Per la risoluzione di eventuali controversie tra le Parti, l'Assicurato in alternativa a quanto precede, ha facoltà di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Non Previsti

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.