

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura, con un unico contratto, fino a 10 persone (individuate nominalmente), le spese conseguenti a ricovero da malattia, infortunio o parto oltre che le spese relative ad accertamenti di alta diagnostica e visite mediche specialistiche. La polizza assicura inoltre prestazioni e servizi di assistenza in caso di infortunio o malattia.



Che cosa è assicurato?

Sezione **Malattia**:

L'Assicurazione copre le spese conseguenti a ricovero da malattia, infortunio o parto in modalità indennitaria o rimborsuale e prevede la di scelta di almeno una delle seguenti garanzie:

- ✓ **Diaria per Ricovero da Infortunio, Malattia o parto:** riconosce un'indennità giornaliera in caso di:
 - Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia per ogni giorno di Ricovero;
 - degenza in Istituto di Cura in regime di Day Hospital;
 - Ricovero in Istituto di Cura per parto naturale, parto cesareo o Aborto terapeutico.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia** incluso il parto o l'aborto terapeutico: riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia (incluso il parto o l'Aborto terapeutico), le spese mediche sostenute. Sono rimborsabili:
 - gli onorari dell'equipe medico-chirurgica (chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto) partecipante attivamente all'intervento o che ha prestato la propria opera durante il Ricovero;
 - i diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
 - l'assistenza medica, i consulti, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami eseguiti durante il periodo di Ricovero;
 - le rette di degenza;
 - le protesi ed endoprotesi applicate durante il periodo di Ricovero;
 - il Ricovero o Day-Hospital con Intervento Chirurgico in Istituto di Cura;
 - le terapie mediche eseguite in Istituto di Cura;
 - l'Intervento o la terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) in regime ambulatoriale presso un Istituto di Cura;
 - il Ricovero in Istituto di Cura a seguito di parto naturale, parto cesareo o Aborto terapeutico.
- ✓ **Check-up di prevenzione** sempre incluso: ogni due anni, l'assicurato che ha compiuto 18 anni può fare un check-up in una struttura convenzionata

Sono presenti *Estensioni di copertura* sempre operanti (consultare DIP Aggiuntivo)

Sono previste *Garanzie facoltative* (a pagamento):

- ✓ **Spese Extraricovero**, che includono:
 - *Accertamenti diagnostici*: prestazioni sanitarie ambulatoriali necessarie per malattia o infortunio, anche senza ricovero o intervento chirurgico. Include i trattamenti laser ad eccimeri per la chirurgia refrattiva della miopia;
 - *Visite specialistiche, test ed analisi di laboratorio*: prestazioni sanitarie ambulatoriali necessarie per malattia o infortunio, comprese analisi, esami diagnostici, cure fisioterapiche, cure di logopedia e cure di psicoterapia;
- ✓ **Cure dentarie**: spese mediche di prevenzione e di emergenza odontoiatrica

Sezione Assistenza (sempre operante):

il servizio di "Assistenza Salute" fornisce all'Assicurato, in caso di Infortunio o Malattia, le seguenti Prestazioni:

- ✓ My Clinic;
- ✓ Consulenza medica;
- ✓ Invio di un medico o di una autoambulanza al domicilio;
- ✓ Consegna farmaci al domicilio;
- ✓ Invio di un infermiere al domicilio;
- ✓ Invio baby-sitter al domicilio;
- ✓ Invio colf al domicilio;
- ✓ Invio pet sitter al domicilio;
- ✓ Invio di un pediatra a domicilio;



Che cosa non è assicurato?

Per la Sezione **Malattia** non sono assicurati:

- ✗ persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Sezione **ASSISTENZA** non viene prestata:

- ✗ per più di 3 (tre) volte per anno assicurativo le prestazioni al domicilio, la Consulenza Medica e la prestazione My Clinic di Consulto medico generico e Consulto medico specialistico;
- ✗ per più di 1 (una) prestazione per anno assicurativo di Care Manager e di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)



Ci sono limiti di copertura?

Per la sezione **Assistenza**, per tutte le garanzie, *sono esclusi i sinistri provocati da*:

- ! alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
 - ! fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - ! guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
 - ! dolo;
 - ! infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati prima dell'acquisto della polizza;
 - ! stati patologici correlati alla infezione da HIV;
 - ! malattie mentali e disturbi psichici in genere;
 - ! infortuni e malattie dovuti all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
 - ! malattie dovute all'abuso di alcolici;
 - ! infortuni causati da un tasso alcolemico uguale o superiore a 0,5 grammi/litro;
 - ! aborto volontario non terapeutico;
 - ! una gravidanza iniziata prima dell'acquisto della polizza;
 - ! infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
 - ! attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
 - ! cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
 - ! applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
 - ! soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e Convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come Istituti di Cura);
 - ! epidemie o pandemie in base a quanto dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ad eccezione di Covid-19;
 - ! conseguenze indirette dell'epidemia/pandemia da Covid 19;
 - ! tutto quanto non indicato all'art "Servizio Assistenza Salute" per le singole Prestazioni/garanzie;
 - ! il mancato rispetto delle ordinanze/norme imposte dagli organi di controllo/dei paesi ospitanti o dei paesi di origine;
 - ! le conseguenze dovute o riconducibili a quarantene o misure restrittive della libertà di movimento decise dalle autorità competenti che isolino il Comune/zone territoriali più estese in cui ti trovi durante il Viaggio;
- Inoltre, non sono rimborsabili:*
- ! le spese dovute o riconducibili/conseguenti a quarantena o ad altre misure restrittive della libertà di movimento, decise dalle competenti Autorità Internazionali e/o locali, intendendosi per Autorità locali qualsiasi autorità competente del Paese di origine o di qualsiasi Paese dove hai pianificato il tuo Viaggio o attraverso il quale stai transitando per raggiungere la tua destinazione;
 - ! danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è

- ✓ Care Manager;
- ✓ Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.);
- ✓ Trasferimento in un centro ospedaliero;
- ✓ Rientro dal centro ospedaliero;
- ✓ Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi;
- ✓ Supporto nutrizionale per il mantenimento dello stato di salute;
- ✓ Supporto psicologico;
- ✓ Viaggio di un familiare;
- ✓ Rientro anticipato;
- ✓ Rientro Salma;
- ✓ Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'Estero;

prestata l'assistenza;

- ! i danni conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile;
- ! i consulti, considerate le modalità di prestazione del servizio, non valgono quale diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato



Dove vale la copertura?

- ✓ Per la Sezione MALATTIA l'assicurazione vale nel mondo intero.
- ✓ Per la Sezione ASSISTENZA le prestazioni sono erogabili in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano ad eccezione delle prestazioni: "My Clinic", " Consulenza Medica" e "Servizio Assistenza Salute" che sono valide in tutto il Mondo.



Che obblighi ho?

Quando si sottoscrive il contratto, si ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio nonché i cambiamenti che comportano una variazione del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e l'esercizio, da parte della Compagnia, del diritto di rivalsa totale o parziale nei confronti dell'assicurato per i danni pagati ai terzi danneggiati nonché la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso alla Compagnia nei termini e con le modalità previste contrattualmente e fare quanto gli è possibile per contenere o diminuire il danno.



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al rilascio della polizza. Di norma, la rata successiva di premio viene corrisposta ad ogni scadenza annuale, ma il premio annuo può essere frazionato in semestrali, quadrimestrali o trimestrali. Il frazionamento semestrale comporta una maggiorazione del premio annuo del 2%, quello quadrimestrale comporta una maggiorazione del premio annuo del 3% e quello trimestrale comporta una maggiorazione del premio annuo del 4%. In caso di frazionamento del premio le rate vanno pagate alle scadenze semestrali, trimestrali o quadrimestrali stabilite.

Il premio può essere pagato tramite:

- a) ordini di bonifico o disposizione di addebito su conto corrente aperto presso un istituto bancario del Gruppo Sella in favore della Compagnia, oppure all'Intermediario, espressamente in tale qualità, riportando nelle causali nome e cognome del soggetto che effettua il pagamento;
- b) transazione di acquisto in favore della Compagnia, oppure dell'Intermediario, espressamente in tale qualità, con carta di credito emessa dal Gruppo Sella, senza oneri a carico del Contraente.

Il premio è comprensivo di imposte secondo le aliquote in vigore alla data di pagamento.

In caso di contratti stipulati a distanza le modalità di pagamento del premio possono essere soggette ad alcune limitazioni.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza a condizione che sia stato pagato il relativo premio. In caso contrario la copertura decorre dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Termini di aspettativa: tuttavia, per la sezione "Malattia", la copertura assicurativa ha efficacia dalle ore 24:

- per gli Infortuni: del giorno di decorrenza dell'Assicurazione;
- per le malattie: del 30° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per le malattie che siano conseguenza diretta di stati patologici non noti all'Assicurato, ma insorti prima della stipulazione del contratto: del 180° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per la garanzia "Congenital": del 300° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per il parto: del 270° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;
- per l'Aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza: del 30° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione;
- per la garanzia Cure Dentarie per le prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": del 60° giorno successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione;

Se il Contraente non paga il premio o le rate di premio successive alla prima, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo al giorno di scadenza della rata di Premio e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Relativamente alla Sezione "Malattia", se il pagamento della rata di premio o delle rate successive non avviene entro le ore 24 del novantesimo giorno dopo quello della scadenza, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento e **si applicano nuovamente i termini di aspettativa sopra indicati.**

La copertura termina alle ore 24 del giorno indicato sulla scheda di polizza.

Non è prevista la possibilità di sospendere la copertura assicurativa.



Come posso disdire la polizza?

Alla scadenza contrattuale: l'assicurazione di durata annuale è stipulata con tacito rinnovo. In questo caso, in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata o Posta Elettronica Certificata (PEC) almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella scheda di polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Il contratto non si rinnova tacitamente alla scadenza, qualora anche uno solo degli Assicurati raggiunga l'età massima a scadenza del contratto di 75 anni. Nel caso il Contraente coincida con il soggetto assicurato, che ha raggiunto l'età massima a scadenza e non siano assicurati altri soggetti, l'assicurazione cessa senza obbligo di disdetta da parte della Società, entro e non oltre la scadenza indicata in Scheda di Polizza.

Nel caso in cui il contratto preveda la copertura di più Assicurati, il rinnovo può essere richiesto per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il limite d'età sopra indicato e deve sottoscrivere il nuovo contratto entro e non oltre i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto originario.

In caso di ripensamento (per polizze concluse a distanza): il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso nei 14 giorni successivi alla data di conclusione della Polizza oppure, se successiva, dalla data di ricezione delle condizioni di assicurazione e delle informazioni precontrattuali. Il diritto di recesso non può essere esercitato se, entro tale periodo, si è verificato un sinistro per le polizze obbligatorie o è stata richiesta la liquidazione del sinistro negli altri casi.