

Febbraio
2026



[Salute HDI]

Contratto di Assicurazione Malattia e Assistenza

Tale prodotto è stato redatto secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA-Associazioni Consumatori-Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

HDI ASSICURAZIONI S.P.A. è parte del Gruppo Talanx

tal anx.

SALUTE HDI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

1. DEFINIZIONI	3
2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE.....	6
2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio.....	6
2.2 – Termini di Aspettativa.....	6
2.3 – Durata e proroga dell'Assicurazione	6
2.4 – Modifiche dell'Assicurazione	6
2.5 – Altre Assicurazioni	6
2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati.....	6
2.7 – Aggravamento del Rischio	7
2.8 – Diminuzione del Rischio.....	7
2.9 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (Oblio oncologico).....	7
2.10 – Oneri fiscali.....	7
2.11 – Rinvio alle norme di legge	7
2.12 – Foro competente.....	7
2.13 – Adeguamento automatico annuale Indicizzazione.....	7
2.14 – Assicurazione per conto altrui.....	7
2.15 – Recesso da contratti conclusi a distanza.....	7
2.16 – Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause).....	8
3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	9
3.1 – Estensione territoriale.....	9
3.2 – Persone non assicurabili	9
4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE MALATTIA.....	10
4.1 – Condizioni di operatività - Specifiche solo per la Sezione Malattia.....	10
4.1.1. Ridefinizione del Premio per età	10
4.2 – Formule di copertura.....	10
4.2.1. Massimale Nucleo Familiare	10
4.3 – Formula Diaria+	10
4.3.1. Oggetto dell'assicurazione.....	10
4.3.2. Garanzia Base - Diaria da Ricovero per Infortunio Malattia o parto	10
4.3.3. Estensioni di garanzia sempre operanti	10
4.3.3.1. Diaria da convalescenza.....	10
4.4 - Formula Rimborso Spese Mediche+	10
4.4.1. Oggetto dell'assicurazione.....	10
4.4.2. Garanzia Base – Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia.....	10
4.4.2.1. Opzione Franchigia frontale.....	11
4.4.3. Estensioni di garanzia sempre operanti	11
4.4.3.1. Spese prima e dopo il ricovero	11
4.4.3.2. Trapianto di organi	11
4.4.3.3. Indennità giornaliera sostitutiva	11
4.4.3.4. Spese dentarie a seguito di infortunio	11
4.4.3.5. Ticket sanitari	11
4.4.3.6. Retta dell'accompagnatore	11
4.4.3.7. Apparecchi Protesici Ed Ortopedici	11
4.4.3.8. Neonato	11
4.4.3.9. Prestazioni Mediche a carattere di urgenza effettuate in Italia / Estero.....	12
4.4.3.10. Terapie Oncologiche	12
4.4.3.11. Second Opinion.....	12
4.5 – Garanzie sempre operanti.....	12
4.5.1. Spese Extraricovero.....	12
4.5.1.1. Alta diagnostica	12
4.5.1.2. Trattamenti laser ad eccimeri.....	12
4.5.1.3. Visite Specialistiche ed esami diagnostici	13
4.5.1.4. Cure Fisioterapiche	13
4.5.1.5. Cure di Logopedia.....	13
4.5.2. Prevenzione	13
4.6 - Esclusioni.....	13
4.7 - Garanzie Facoltative	15
4.7.1. Malattie Gravi.....	15
4.7.1.1. Esclusioni.....	15
4.7.2. Cure Dentarie.....	15

4.7.2.1 Tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate	16
4.7.2.2. Esclusioni	16
4.8 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie	16
4.8.1. Garanzie sempre operanti Sezione Malattia	16
4.8.1.1. Formula Diaria+	17
4.8.1.2. Formula Rimborso Spese Mediche+	17
4.8.2.1. Malattie Gravi	19
4.8.2.2. Cure Dentarie	19
5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA	20
5.1 - Servizio Assistenza Salute	20
5.2 - Estensione territoriale	23
5.3 - Esclusioni	23
5.4 - Limitazione di responsabilità	24
6. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	25
6.1 – Norme valide per tutte le sezioni assicurate	25
6.1.1. Procedura per la determinazione dell'indennizzo in caso di controversie	25
6.1.2. Rinuncia al diritto di surroga	25
6.1.3. Liquidazione e pagamento dell'indennizzo	25
6.2 – Norme valide per la sezione Malattia	25
6.2.1. Obblighi in caso di sinistro	25
6.2.2. Gestione dei Sinistri Malattia	25
6.2.3. Modalità di erogazione delle Prestazioni	26
6.2.4. Modalità di Accesso al Network convenzionato MyAssistance	27
6.2.4.1 Prestazioni mediche eseguite nel Network convenzionato MyAssistance	27
6.3 – Norme valide per la sezione Assistenza	27
6.3.1. Obblighi specifici	27
ALLEGATI	29
ALLEGATO 1	29
Tabella Coefficienti Adeguamento per Età (CAE)	29
ALLEGATO 2	31
Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico	31

1. DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato, valido ai fini dell'interpretazione del contratto ed agli effetti delle garanzie prestate:

Aborto terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza provocata da determinati trattamenti medici al fine di preservare la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto segnato da malformazioni o gravi patologie, effettuata nel rispetto di quanto disposto dalla legge italiana.

Accertamenti diagnostici: le Prestazioni Mediche strumentali finalizzate a ricercare e/o definire la presenza e/o il decorso di un Infortunio o una Malattia.

Ambulatorio: la struttura od il centro medico attrezzato, regolarmente autorizzato ad erogare Prestazioni Sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Anno Assicurativo: nel caso in cui il contratto preveda una durata annuale, questo si intende stabilito come il periodo compreso tra la data di decorrenza della Polizza e la prima scadenza annua immediatamente successiva e, per le annualità successive, come il periodo tra due scadenze successive di Polizza.

Assicurato: la persona fisica nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione, così come definito dall'art. 1882 del Codice civile.

Cartella Clinica: il documento ufficiale, redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi Chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Carta dei Servizi MyAssistance: il documento che consente all'Assicurato, con la sottoscrizione della polizza e finché la stessa è in vigore, di poter accedere, a Prestazioni Sanitarie, fisioterapiche e odontoiatriche a tariffe agevolate rese dal Network di medici, fisioterapisti, dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite la propria area riservata accessibile tramite il sito <https://app.myassistance.eu> o tramite l'app MyAssistance. o sul sito www.hdiassicurazioni.it

Centrale Operativa: la struttura della Società MyAssistance di gestione dei sinistri Malattia costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato nell'ambito delle Prestazioni Sanitarie previste dalle garanzie nelle condizioni di Assicurazione (esclusa la garanzia assistenza) a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sulle Strutture Sanitarie convenzionate, sulla loro ubicazione e sulle Prestazioni Sanitarie da esse erogate;
- gestire le richieste di indennizzo per le Prestazioni Sanitarie previste nelle condizioni di Assicurazione, richiedendo altresì la documentazione che attesti il diritto alla Prestazione Sanitaria.

Conclusione del trattamento attivo della patologia (Oblio oncologico): ai fini della formazione dell'oblio oncologico, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Contraente: Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'Assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Congenita: una Malattia o condizione/difetto esistente al momento della nascita.

Connatale: una Malattia o condizione che si acquisisce durante l'espletamento del parto.

Day Hospital: la degenza diurna, anche non continuativa e con assegnazione di posto letto senza pernottamento, in Istituto di Cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, documentata da Cartella Clinica da cui risultino i giorni di effettiva degenza e finalizzata all'erogazione di cure mediche e di trattamenti terapeutici o riabilitativi o all'erogazione di trattamenti chirurgici che per la loro natura e complessità necessitano di continua assistenza medica od infermieristica.

Diaria: indennità giornaliera riconosciuta dalla Società in caso di ricovero per Infortunio, Malattia, Parto o Aborto terapeutico, degenza in regime di Day Hospital, nonché in caso di convalescenza a seguito di ricovero per Infortunio o Malattia.

Diritto all'oblio oncologico: il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'oblio oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

Emergenza Odontoiatrica: Prestazioni Odontoiatriche finalizzate al ripristino delle funzioni orali, provocate da qualsiasi evento imprevisto o improvviso che richieda cure urgenti e che implichi procedure o servizi, coperti dalla polizza.

Equipe medico chirurgica: gruppo di soggetti che partecipano attivamente all'intervento chirurgico o che prestano la propria opera durante il ricovero. Appartengono a questa categoria il Chirurgo, l'Anestesista, l'Infermiere professionale e tutto il personale medico.

Formula di copertura: insieme delle coperture scelte dal Contraente e previste dal contratto identificate in Scheda di Polizza.

Franchigia, Scoperto: la parte di danno a carico dell'Assicurato.

Possono essere espresse in cifra, o in percentuale a seconda della garanzia a cui sono applicate.

Indennizzo, Indennità o Rimborso: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, od alle altre cause espressamente che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Intermediario: persona fisica o società, iscritta nel registro unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa o riassicurativa.

Intervento Chirurgico: atto medico, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un Intervento Chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di Fratture e lussazioni.

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'Intervento chirurgico come sopra definito che non necessita di Ricovero con pernottamento o di Ricovero in Day Hospital.

Istituti di Cura: le Strutture Sanitarie pubbliche o le case di cura private regolarmente autorizzate all'erogazione di Prestazioni Sanitarie e al Ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui hanno sede le strutture stesse.

Non si considerano "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali.

Malattia: ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia preesistente (definizione valida solo per la sezione Assistenza): malattia preesistente nota all'Assicurato e/o diagnosticata prima della sottoscrizione della Polizza.

Malformazione/Difetto Fisico: Ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente, mediante visita medica, o strumentalmente, mediante accertamenti diagnostici di tipo strumentale.

Massimale: la somma per persona fino al cui limite la Società risponde in base all'Assicurazione per uno o più Sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo.

Massimale Nucleo Familiare: la somma per tutti gli assicurati indicati in Scheda di Polizza, facenti parte del Nucleo familiare del Contraente, fino al cui limite la Società risponde in base all'Assicurazione per uno o più Sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo.

Network Convenzionato: Strutture Sanitarie, medici e professionisti convenzionati dalla Centrale Operativa, messi a disposizione degli assicurativi per le Prestazioni Sanitarie previste dalle condizioni di Assicurazione.

Non autosufficienza (definizione valida solo per la sezione Assistenza): è la necessità di assistenza da parte di un'altra persona nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana, quali: - farsi il bagno o la doccia; - vestirsi e svestirsi; - igiene del corpo; - mobilità; - continenza; - bere e mangiare.

Nucleo Familiare: le persone elencate nello Stato di famiglia del Contraente, anche se non a carico, purché conviventi. Sono considerati nel nucleo familiare i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico, **sino ai 25 anni di età compiuti**, anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia.

Parti: Il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

Periodo di Sopravvivenza: (valida solo per la garanzia Malattie Gravi): periodo che decorre dalla diagnosi di Malattia Grave e della durata di 30 giorni, a seguito del quale l'Assicurato, se ancora in vita, matura il diritto all'indennizzo ai sensi delle condizioni di assicurazione.

Polizza: insieme dei documenti che comprovano il contratto di Assicurazione e riportano i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, il Premio, le dichiarazioni del Contraente, i dati identificativi del Rischio assicurato, la sottoscrizione delle Parti nonché le presenti condizioni di Assicurazione.

Premio: l'importo dovuto dal Contraente alla Società come corrispettivo della Prestazione assicurativa.

Prevenzione odontoiatrica: Prestazioni di Prevenzione Odontoiatriche atte alla mitigazione di insorgenze di patologie che possano compromettere la salute orale degli Assicurati.

Prestazione (definizione valida solo per la sezione Assistenza): l'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nel momento del bisogno, tramite la Struttura Organizzativa

Prestazione Medica: si veda Prestazione Sanitaria.

Prestazione Sanitaria: nell'ambito delle garanzie previste dalle Condizioni di Assicurazione (esclusa la garanzia Assistenza), le Prestazioni Mediche erogate all'Assicurato.

Questionario Sanitario: Il documento con il quale l'Assicurato descrive il proprio stato di salute.

Remunerazione Diretta: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione Indiretta: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito - sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo. Non costituiscono Remunerazione Indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Residenza (definizione valida solo per la sezione Assistenza): il luogo in cui l'Assicurato abita come risulta da certificato anagrafico.

Ricovero: la degenza che comporta il pernottamento in Struttura Sanitaria.

Rischio: la possibilità che si verifichi il Sinistro per il quale è prestata la garanzia.

Scheda di Polizza: documento che disciplina la copertura assicurativa dove sono riportati gli elementi essenziali del contratto quali i dati anagrafici, le garanzie prestate, la durata ed i Premi dovuti e che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale. Può essere corredata da uno o più allegati.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società: l'impresa assicuratrice HDI Assicurazioni S.p.A.

Società di gestione dei sinistri Malattia: MyAssistance S.r.l, Via Montecuccoli 20/21- 20146 Milano.

Società di gestione dei sinistri Assistenza: Europ Assistance, Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI)

Struttura Organizzativa: la Struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 - 20057 Assago (MI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza previste nelle condizioni di assicurazione.

Struttura Sanitaria: si veda Istituto di Cura.

Terapia Chirurgica: intervento chirurgico eseguito in Regime Ambulatoriale.

Termine di Aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della presente copertura assicurativa e il momento in cui tale copertura diventa operante. Durante i Termini di Aspettativa la copertura assicurativa non è operante e pertanto il Sinistro verificatosi in tale periodo non è indennizzabile.

Trattamenti laser ad eccimeri: tecnica di chirurgia refrattiva per la correzione dei difetti di vista (miopia).

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda di Polizza **se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

Relativamente alla sezione Malattia, inoltre, l'Assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, ma la copertura assicurativa ha efficacia secondo quanto indicato al successivo art. "2.2 Termini di Aspettativa".

I Premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, autorizzato a rilasciare quietanza di pagamento, oppure alla Società.

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo al giorno di scadenza della rata di Premio e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento senza applicazione dei "Termini di Aspettativa".

Per la sola Sezione Malattia, se il pagamento della rata di Premio avviene dopo 90 giorni dalla relativa scadenza, l'Assicurazione riprende efficacia a partire dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento e i Termini di Aspettativa di cui al successivo art. "2.2 Termini di Aspettativa" riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno del pagamento.

L'eventuale frazionamento del Premio non esonera il Contraente dal pagamento dell'intero Premio annuo da considerarsi a tutti gli effetti unico ed indivisibile.

Decorsi 180 giorni dalla scadenza, senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata, il contratto è risolto di diritto.

2.2 – Termini di Aspettativa

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 Malattie Gravi: **del 180° 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.**

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società riguardante gli stessi Assicurati, **i Termini di Aspettativa di cui sopra operano:**

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'Assicurazione prevista dalla Polizza sostituita, per gli Assicurati, le Prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- **dal giorno in cui ha effetto l'Assicurazione prevista dalla presente Polizza, limitatamente ai diversi Assicurati, alle maggiori somme e alle diverse Prestazioni da essa previste.**

2.3 – Durata e proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza.

Salvo che non sia diversamente indicato nella Scheda di Polizza, il contratto è stipulato con tacito rinnovo. In questo caso (tacito rinnovo), 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 di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Se il contratto è stipulato senza tacito rinnovo, la Polizza cessa alla scadenza contrattuale senza necessità di disdetta.

Il contratto non si rinnoverà tacitamente alla scadenza, qualora anche uno solo degli Assicurati raggiunga l'età massima a scadenza del contratto di 75 anni e/o di 70 anni nel caso sia stata acquistata la garanzia facoltativa Malattie Gravi.

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 potrà essere richiesto per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il limite d'età sopra indicato e in questo caso il Contraente dovrà sottoscrivere il nuovo contratto entro e non oltre i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto originario.

2.4 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dalla Società e dal Contraente.

2.5 – Altre Assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per gli stessi Rischi.

2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati

Il Contraente deve dare alla Società tutte le informazioni che questa richiede per valutare il Rischio. La Società presta l'Assicurazione nei modi e nei termini descritti nella presente Polizza sulla base delle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

L'assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

2.7 – Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

A parziale deroga (a favore dell'Assicurato) dell'art. 1898 del Codice civile sul tema dell'aggravamento del Rischio, quest'ultimo articolo non troverà applicazione in relazione all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, **fatta eccezione per quanto stabilito dall'art. 3.2. "Persone non assicurabili"**.

2.8 – Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

2.9 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (Oblio oncologico)

Il Contraente o l'Assicurato che ha avuto una malattia oncologica il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), non è tenuto a fornire informazioni né a sottoporsi a visite mediche o altri accertamenti sanitari su tale malattia oncologica. Sono previsti termini inferiori per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni, riportata nell'Allegato 2 presente in calce.

La Società non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, la Società non può usarle per determinare le condizioni contrattuali.

Se le informazioni sono state fornite in precedenza, una volta trascorso il termine di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o i termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nell'Allegato 2 presente in calce, il Contraente o l'Assicurato invia, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra. La società procederà alla cancellazione delle informazioni entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione attestante l'avvenuto oblio oncologico.

2.10 – Oneri fiscali

Sono sempre a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri derivanti per legge dalla stipulazione del contratto.

2.11 – Rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana che disciplina tutto quanto qui non espressamente previsto.

2.12 – Foro competente

Per le controversie relative all'interpretazione ed applicazione del presente contratto è competente il foro di Residenza o domicilio elettivo del Contraente, Assicurato o avente diritto.

2.13 – Adeguamento automatico annuale Indicizzazione

Salvo che non sia diversamente indicato nella Scheda di Polizza, il contratto è soggetto ad adeguamento automatico per indicizzazione secondo le regole seguenti.

Le somme assicurate, i Massimali ed i Premi sono collegati all'Indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati (FOI) pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), come segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- ad ogni scadenza annuale si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo adeguamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in aumento rispetto all'indice iniziale o a quello dell'ultimo adeguamento, le somme assicurate, i Massimali ed i Premi vengono adeguati in proporzione;
- l'aumento decorre dalla data di scadenza annuale dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate, i Massimali ed i Premi vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, ciascuna delle Parti avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le somme assicurate, i Massimali ed i Premi rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Non sono soggetti ad adeguamento i Limiti di Indennizzo, le Franchigie, i minimi e massimi di Scoperto ed i valori espressi in percentuale, la garanzia art. "4.5.2. Prevenzione" nonché tutte le Prestazioni della sezione "5. Norme che regolano la Sezione Assistenza".

2.14 – Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice civile "Assicurazioni per conto altrui o per conto di chi spetta".

2.15 – Recesso da contratti conclusi a distanza

In caso di vendita a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso nei 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto ovvero, se successiva, dalla data di ricevimento della documentazione contrattuale. In tal caso, la Società rimborsa la quota di Premio al netto dell'imposta per il Periodo di Assicurazione non goduto.

In conformità all'art. 67 duodecies par. 5, lettera c) del Codice del Consumo, il diritto di recesso non potrà essere esercitato laddove sia stato denunciato un Sinistro oggetto di copertura.

Il Contraente, per esercitare il diritto, deve inviare alla Società, entro il termine previsto, la comunicazione di ripensamento a mezzo raccomandata A/R indirizzata a HDI Assicurazioni S.p.A., piazza Guglielmo Marconi, 25 00144 Roma, oppure tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Il Contraente dovrà inoltre restituire alla Società copia dei documenti assicurativi, fatto salvo il diritto della Società di richiedere la documentazione in originale per particolari esigenze istruttorie.

2.16 – Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

Nonostante quanto previsto dalle altre disposizioni della presente Assicurazione, la copertura assicurativa è concessa solo ed esclusivamente nella misura e fintanto che non sia in contrasto con sanzioni economiche, commerciali o finanziarie o embarghi adottati dall'Unione Europea o dalla Repubblica Italiana. Conseguentemente, la Società non presta alcuna copertura assicurativa, non riconosce alcun pagamento e non fornisce alcuna prestazione e/o beneficio correlati alla presente Assicurazione a favore di qualsiasi Assicurato o di terzi, qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività dell'Assicurato, violi una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile vigente in materia di sanzioni economiche e commerciali.

3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per Sinistri verificatisi nel mondo intero.

Relativamente alla Sezione Assistenza valgono le disposizioni previste all'interno dei rispettivi articoli.

3.2 - Persone non assicurabili

A prescindere dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, tale aggravamento del Rischio dovrà essere tempestivamente comunicato alla Compagnia, che si riserva il diritto di recedere dal Contratto ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, ove ne ricorrano i presupposti.

4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE MALATTIA

(la Sezione Malattia è sempre operante)

4.1 – Condizioni di operatività – Specifiche solo per la Sezione Malattia

4.1.1. Ridefinizione del Premio per età

Ad ogni scadenza annuale, il Premio viene rideterminato in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato sulla base dei Coefficienti di Adeguamento per Età, di cui all'Allegato "Tabella CAE" presente in calce.

4.2 – Formule di copertura

(la formula di copertura è quella esplicitamente richiamata nella Scheda di Polizza)

Il rischio oggetto di copertura nella Sezione Malattia è costituito da due differenti Formule, alternative fra loro, così composte:

- Formula **Diaria+**, comprensiva delle garanzie: Diaria da Ricovero per Infortunio, Malattia o parto, Prevenzione, Spese Extraricovero Alta diagnostica, Spese Extraricovero Visite specialistiche ed esami diagnostici.
- Formula **Rimborso Spese Mediche+**, comprensiva delle garanzie: Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia, Prevenzione, Spese Extraricovero Alta diagnostica, Spese Extraricovero Visite specialistiche ed esami diagnostici.

Le Formule Diaria+ e Rimborso Spese Mediche+ possono essere integrate, **con pagamento del relativo Premio**, dalle garanzie facoltative **Malattie Gravi** e **Cure Dentarie**.

4.2.1. Massimale Nucleo Familiare

(operante solo se richiamato in Scheda di Polizza)

Il Contraente ha la facoltà di scegliere l'opzione Massimale Nucleo Familiare per le spese mediche di tutti gli Assicurati indicati in Scheda di Polizza facenti parte del Nucleo familiare del Contraente; in questo caso si applica una riduzione del Premio.

Tale opzione vale per le seguenti garanzie:

- **Formula Diaria+**: Spese Extraricovero Alta diagnostica, Spese Extraricovero Visite specialistiche ed esami diagnostici.
- **Formula Rimborso Spese Mediche+**: Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia, Spese Extraricovero Alta diagnostica, Spese Extraricovero Visite specialistiche ed esami diagnostici.

4.3 – Formula Diaria+

(operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

4.3.1. Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione opera in caso di Malattia, Infortunio o parto (incluso l'Aborto terapeutico) limitatamente alle garanzie descritte nei successivi articoli "4.3.2. Garanzia Base - Diaria da Ricovero per Infortunio Malattia o parto" e "4.3.3. Estensioni di garanzia sempre operanti" e "4.3.3.1. Diaria da convalescenza".

4.3.2. Garanzia Base - Diaria da Ricovero per Infortunio Malattia o parto

La Società riconosce all'Assicurato, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"** un'indennità giornaliera in caso di:

- 1) ricovero in istituto di cura a seguito di Infortunio o Malattia per ogni giorno di ricovero;
- 2) degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital;
- 3) ricovero in istituto di cura a seguito di parto naturale, parto cesareo o Aborto terapeutico.

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, **si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata**, qualsiasi sia l'ora del Ricovero e della dimissione.

4.3.3. Estensioni di garanzia sempre operanti

(operanti solo per la Formula Diaria+)

4.3.3.1. Diaria da convalescenza

La Società riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, per ogni giorno di convalescenza successiva al Ricovero, un'Indennità giornaliera, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

La Diaria da convalescenza non viene riconosciuta per i casi di parto naturale, parto cesareo, Aborto terapeutico e Day Hospital.

4.4 - Formula Rimborso Spese Mediche+

(operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

4.4.1. Oggetto dell'assicurazione

La copertura assicurativa opera in caso di Malattia, Infortunio (incluso parto o Aborto terapeutico) attraverso le garanzie descritte nei successivi articoli "4.4.2. Garanzia Base – Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia" e "4.4.3. Estensioni di garanzia sempre operanti".

4.4.2. Garanzia Base – Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia

La Società riconosce, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura a seguito di Infortunio, Malattia (incluso il parto o l'Aborto terapeutico), le spese mediche sostenute, **fino a concorrenza del massimale indicato in Scheda di Polizza e nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Sono rimborsabili:

- 1) 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;
- 2) i diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
 - 3) l'assistenza medica, i consulti, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami eseguiti durante il periodo di Ricovero;
 - 4) le rette di Degenza;
 - 5) le protesi ed endoprotesi applicate durante il periodo di Ricovero;
 - 6) il Ricovero o Day-Hospital con Intervento Chirurgico in Istituto di Cura;
 - 7) le terapie mediche eseguite in Istituto di Cura;
 - 8) l'intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale presso un Istituto di Cura;
 - 9) il Ricovero in Istituto di Cura a seguito di parto naturale, parto cesareo o Aborto terapeutico.

L'effettuazione della Prestazione in forma ambulatoriale o di ricovero è di competenza del medico e viene valutata sulla base dell'impegno chirurgico insito nell'intervento e nelle condizioni del paziente.

A titolo documentale, la discriminante delle Prestazioni Sanitarie in Day-Hospital è distinguibile attraverso la produzione o meno della cartella clinica.

4.4.2.1. Opzione Franchigia frontale

(operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

Il Contraente ha la facoltà di scegliere l'opzione Franchigia frontale, che prevede l'applicazione di una Franchigia sulle Prestazioni Sanitarie indicate agli articoli "4.4.2. Garanzia Base – Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia", "4.4.3.1. Spese prima e dopo il ricovero", 4.4.3.2. Trapianto di organi, 4.4.3.4. Spese dentarie a seguito di infortunio, 4.4.3.8. Neonato".

In questo caso tutte le Prestazioni Sanitarie, relative a sinistri riguardanti le suddette garanzie erogate in Network Convenzionato, saranno pagate previa detrazione dell'importo della Franchigia indicata all'art. **"4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

4.4.3. Estensioni di garanzia sempre operanti

(operanti solo per la Formula Rimborso Spese Mediche+)

4.4.3.1. Spese prima e dopo il ricovero

La Società rimborsa, nei casi previsti dall' art. "4.4.2. Garanzia Base – Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia" ai punti 6) e 7), e nei limiti previsti dall'art. **"4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"** le spese mediche sostenute dall'Assicurato:

- nei 120 giorni precedenti al Ricovero per: visite mediche specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, purché **pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero stesso;**
- nei 120 giorni successivi al Ricovero per: Prestazioni Sanitarie eseguite da medici, esami, accertamenti diagnostici, medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati da operatori sanitari in possesso di diploma di fisioterapista, le cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera e quelle di viaggio), purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che hanno reso necessario il Ricovero.**

4.4.3.2. Trapianto di organi

La Società rimborsa, nel caso di trapianto di organi o di parti di essi conseguenti a Malattia o Infortunio, le spese mediche sostenute per il prelievo sul donatore nonché, in caso di donazione da vivente, le spese mediche sostenute per Prestazioni Sanitarie effettuate in favore del donatore durante il ricovero per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, interventi chirurgici (onorari del chirurgo, della Equipe medico chirurgica e materiale di intervento), cure, medicinali e rette di Degenza, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

4.4.3.3. Indennità giornaliera sostitutiva

La Società riconosce, per ogni giorno di Ricovero, **qualora l'Assicurato non abbia richiesto alcun rimborso alla Società per le spese sostenute durante il Ricovero e abbia usufruito del regime del Servizio Sanitario Nazionale**, un'indennità giornaliera, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Agli effetti del computo delle giornate di Ricovero, **si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata**, qualsiasi sia l'ora del Ricovero e della dimissione.

4.4.3.4. Spese dentarie a seguito di infortunio

La Società riconosce, in caso di Infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive, le Spese Mediche sostenute dall'Assicurato comprese le applicazioni protesiche di elementi dentari singoli o multipli, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

La garanzia è valida esclusivamente **in presenza di certificazione medica, comprovante l'Infortunio occorso ed il trauma dentario da esso derivato, rilasciata da una unità di Pronto Soccorso, o da analoga struttura ospedaliera legalmente riconosciuta**, a cui l'Assicurato abbia fatto immediato ricorso.

4.4.3.5. Ticket sanitari

La Società riconosce, in caso di Prestazioni Sanitarie eseguite in Istituti di Cura appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale o con esso convenzionati, le spese a copertura del ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

4.4.3.6. Retta dell'accompagnatore

La Società riconosce, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, un'indennità giornaliera a copertura della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore.

4.4.3.7. Apparecchi Protesici Ed Ortopedici

La Società riconosce, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, le spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici ed ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche resesi necessarie a seguito di evento indennizzabile ai sensi di Polizza.

4.4.3.8. Neonato

La Società riconosce, **nei limiti previsti dagli articoli "4.4.2. Garanzia Base – Rimborso Spese Mediche per ricovero da Infortunio, o Malattia " e dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, le spese mediche sostenute per il neonato, qualora successivamente al Ricovero conseguente ad un parto indennizzabile a termini di Polizza, si rendano necessari ulteriori Ricoveri o successivi Interventi Chirurgici (anche in Ambulatorio o Day-Hospital).

o trattamenti e/o terapie a favore del neonato, per la correzione o eliminazione di Malformazioni o di Difetto Fisico congenito, per Malattie, anche Congenite e/o Connatali, o per Infortunio.

La garanzia è operante fino al primo anno successivo **alla nascita**, nei limiti previsti dal Massimale di Polizza, a condizione che, al momento del Ricovero o dell'intervento, l'Assicurazione per la madre sia in vigore **ininterrottamente da 270 giorni prima della nascita del neonato**, e sia stata regolarmente rinnovata e sia stato pagato il relativo Premio.

Resta escluso dalla copertura assicurativa l'ittero neonatale.

Non sono riconosciute:

- 1) le normali spese neonatali (pediatriche, nursery, etc.) se non conseguenti a Infortunio, Malattia o relative a Malformazione/Difetto Fisico;
- 2) l'indennità giornaliera sostitutiva prevista all'art. "4.4.3.3. Indennità giornaliera sostitutiva".

È data facoltà al Contraente di comprendere il neonato in polizza successivamente al compimento del suo primo anno di età, anche in corso di annualità assicurativa, previa compilazione del Questionario Sanitario. Resta inteso che, qualora il neonato venga inserito in copertura senza soluzione di continuità, **senza applicazione dei "Termini di Aspettativa" di cui all' art. "2.2 Termini di Aspettativa"**.

4.4.3.9. Prestazioni Mediche a carattere di urgenza effettuate in Italia / Estero

La Società riconosce, in caso di Infortunio o Malattia insorta improvvisamente e tale da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con la Centrale Operativa, il rimborso delle Prestazioni Sanitarie coperte dalla garanzia senza l'applicazione di alcuno Scoperto.

Durante il Ricovero, l'Assicurato o chi per esso dovrà mettersi in contatto con la Centrale Operativa, fornendo gli estremi della sua identificazione.

4.4.3.10. Terapie Oncologiche

La Società riconosce, i cicli di radioterapia (cobaltoterapia, roentgen ecc.) e di chemioterapia oncologiche **intendendosi per tali, non la singola applicazione, ma l'insieme delle applicazioni stabilite dai medici curanti, nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

4.4.3.11. Second Opinion

La Società riconosce, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, i costi relativi alla:

- 1) traduzione della cartella clinica;
- 2) erogazione del secondo parere medico;
- 3) trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica da e per il Centro medico.

4.5 – Garanzie sempre operanti

(valide per entrambe le Formule)

4.5.1. Spese Extraricovero

4.5.1.1. Alta diagnostica

La Società riconosce, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, le spese mediche sostenute dall'Assicurato rese necessarie da Malattia o Infortunio, effettuate anche in assenza di Ricovero o di Intervento chirurgico, per:

- angiografia;
- flebografia;
- coronarografia;
- scintigrafia;
- ecocardiografia;
- ecografia intravascolare;
- ecografia trans-esofagea;
- ecografia endo-cavitaria;
- ecocontrastografia;
- eco-doppler ed eco-color-doppler;
- tac (tomografia assiale computerizzata);
- rmn (risonanza magnetica nucleare);
- pet e spet;
- elettrocardiografia holter;
- elettrocardiografia da sforzo con o senza test ergometrico;
- endoscopie in genere;
- laparoscopia diagnostica;
- broncoscopia e broncografia;
- fluorangiografia oculare;
- artrografia ed artroscopia diagnostiche;
- mielografia;
- esami istopatologici;
- terapie radianti a scopo antitumorale;
- terapia del dolore.

È richiesta la prescrizione del medico.

4.5.1.2. Trattamenti laser ad eccimeri

La Società rimborsa, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, o di Intervento Chirurgico anche in assenza di Ricovero, reso necessario da Malattia o Infortunio, le spese mediche per intervento di chirurgia refrattiva della miopia con laser ad eccimeri per il trattamento per Anisometropia superiore a 4 diottrie e difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

4.5.1.3. Visite Specialistiche ed esami diagnostici

La Società riconosce, **fino a concorrenza del massimale indicato in Scheda di Polizza e nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, le spese mediche sostenute dall'Assicurato, a seguito di Malattia o Infortunio, per le seguenti Prestazioni Sanitarie e ambulatoriali:

- onorari medici per visite specialistiche o per consulti escluse comunque le visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche;
- analisi ed esami diagnostici.

Si intendono inclusi anche gli esami diagnostici **corredati da apposita certificazione medica e a seguito di Infortunio o Malattia.**

È richiesta la prescrizione del medico.

4.5.1.4. Cure Fisioterapiche

La Società rimborsa, in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, o di Intervento Chirurgico anche in assenza di Ricovero, reso necessario da Malattia o Infortunio, le spese mediche sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione nonché il noleggio di apparecchiature fisioterapiche resesi necessarie a seguito di evento indennizzabile ai sensi di Polizza, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

È richiesta la prescrizione del medico (anche in caso il noleggio di apparecchiature fisioterapiche).

4.5.1.5 Cure di Logopedia

La Società rimborsa, in caso di Ricovero con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico anche in assenza di ricovero, reso necessario da Malattia o infortunio, le spese mediche di logopedia sostenute dall'Assicurato per il trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio, **nei limiti previsti dall'art. 4.8 "Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

È richiesta la prescrizione del medico.

4.5.2. Prevenzione

La Società riconosce a scopo preventivo, all'Assicurato **che abbia compiuto 18 anni di età**, di beneficiare di un Check-up gratuito biennale a scelta tra i due seguenti programmi:

a) Check up di prevenzione, che comprende gli esami elencati nella tabella sottostante:

Check Up di prevenzione Donna	Check Up di prevenzione Uomo
Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Colesterolo Totale - Colesterolo Hdl - Trigliceridi - Glicemia - Uricemia - Creatininemia - Funzionalità Epatica - Emocromo Completo - Esame Urine Completo - Azotemia - VES 	Esami di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> - Colesterolo Totale - Colesterolo Hdl - Trigliceridi - Glicemia - Uricemia - Creatininemia - Funzionalità Epatica - Emocromo Completo - Esame Urine Completo - Azotemia - VES
<ul style="list-style-type: none"> - Pap test (per donna con età superiore ai 25 anni) - Mammografia - Elettrocardiogramma di base - Pressione arteriosa (in posizione ortostatica e clinostatica) 	<ul style="list-style-type: none"> - PSA (per uomo con età superiore ai 50 anni) - Ecografia prostatica - Elettrocardiogramma Di Base - Pressione Arteriosa (In posizione ortostatica e clinostatica)
Visita conclusiva da parte del medico coordinatore del check up con letture referti e consigli medici.	

b) Check-up specialistico, **alternativo al precedente**, che **prevede una sola visita specialistica a scelta** tra le seguenti indicate nella tabella sottostante:

Visita Specialistica Donna	Visita Specialistica Uomo
<ul style="list-style-type: none"> - Visita Dermatologica e controllo nei (inclusa mappatura nei) - Visita Cardiologica (incluso ECG) - Visita Oculistica - Visita Ginecologica (Pap-Test ed ecografia TV se ritenuta necessaria dal medico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Visita Dermatologica e controllo nei (inclusa mappatura nei) - Visita Cardiologica (incluso ECG) - Visita Oculistica - Visita Urologica (inclusa PSA)

Le Prestazioni Sanitarie precedentemente descritte devono essere effettuate presso poliambulatori appartenenti al Network Convenzionato, previo preventivo accordo telefonico con la Centrale Operativa.

4.6 - Esclusioni

(valide per tutte le garanzie)

La copertura assicurativa non è operante per:

1. Le conseguenze dei delitti dolosi compiuti o tentati dal Contraente-Assicurato, compreso ogni atto contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti; sono invece compresi a seguito di tali gli atti sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
2. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
3. la partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non

- dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
4. la partecipazione ad operazioni od interventi militari derivanti da obblighi verso lo Stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
 5. 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;
 6. le cure da Malattie mentali e/o da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi, e loro conseguenze;
 7. le patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
 8. le intossicazioni e le patologie direttamente conseguenti ad abuso clinicamente accertato di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
 9. gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla data di decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette conseguenze dirette e indirette, fatto salvo per le malattie oncologiche se il trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o nei termini più brevi per le malattie oncologiche elencate dal Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute.
Questa esclusione vale anche se tali stati invalidanti, Infortuni e Malattie siano state comunicati o siano conosciuti dalla Società in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del Rischio o successivamente (es: attraverso questionario sanitario, Cartelle Cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato);
 10. i farmaci, le visite, i trattamenti medici e chirurgici e le Prestazioni Sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio della professione;
 11. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria a seguito di tali disturbi, gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzati alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
 12. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero, fatto salvo quanto previsto dall'art. "4.4.3.7. Apparecchi Protesici Ed Ortopedici";
 13. i trapianti e le spese sostenute a fronte di espanto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi fatto salvo quanto previsto dall'art. "4.4.3.2. Trapianto di organi";
 14. le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure nel caso in cui la gestante abbia un'età sotto i 35 anni di età;
 15. l'interruzione volontaria della gravidanza;
 16. le spese mediche per trattamenti/ Prestazioni Sanitarie effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa;
 17. le necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 18. le necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura Sanitaria;
 19. le Prestazioni Sanitarie di logopedia, fatto salvo quanto richiamato all' art. "4.5.1.5. Cure di Logopedia";
 20. le Prestazioni Sanitarie non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta) e della data d'insorgenza, nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
 21. le spese relative a Prestazioni Sanitarie di routine e/o controllo, i vaccini, i trattamenti e i ricoveri non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Infortuni e Malattia, effettuati allo scopo di praticare check-up clinici, fatto salvo quanto richiamato all'art. "4.5.2. Prevenzione";
 22. 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;
 23. le Prestazioni dietologiche, le applicazioni, le cure e gli interventi di carattere estetico salvo:
 - a) gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per neoplasia maligna o a seguito di infortunio comprovato da referto di pronto soccorso effettuato, una sola volta dopo l'Intervento chirurgico demolitivo;
 - b) gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 24. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;
 25. interventi di chirurgia refrattiva per la correzione o l'eliminazione dei difetti visivi, salvo quanto previsto all'art. "4.5.1.2. Trattamenti laser ad eccimeri";
 26. le Prestazioni Sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le Prestazioni Sanitarie e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
 27. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche salvo quanto previsto dalla garanzia facoltativa art. "4.7.2. Cure Dentarie";
 28. gli Infortuni in seguito ad incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
 29. gli Infortuni in seguito ad incidenti causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove e allenamenti;
 30. gli Infortuni in seguito alla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta sia indiretta;
 31. gli Infortuni in seguito alla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
 32. gli Infortuni in seguito alla manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi, anche come attività non professionale;

33. gli Infortuni alla guida di veicoli in genere in stato di ebbrezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti, o nel corso di proprie azioni delittuose.

4.7 - Garanzie Facoltative

(valide e operanti solo se richiamate nella Scheda di Polizza)

4.7.1. Malattie Gravi

La Società riconosce un indennizzo, **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, nel caso in cui venga diagnosticata all'Assicurato una delle seguenti Malattie Gravi:

Ai fini della presente garanzia si intendono per "Malattie Gravi" esclusivamente le seguenti patologie:

A) Ictus cerebrale

Accidente cerebrovascolare che dà luogo a deficit neurologici permanenti causati da emorragie, infarto cerebrale o da un'embolia di origine extracranica. L'entità dei danni neurologici permanenti (per es. definiti dallo score delle ADL = Activities of Daily Living) **va stabilita dallo specialista neurologo dopo un periodo minimo di 3 mesi dall'episodio.**

B) Infarto Miocardico

Morte di una porzione del muscolo cardiaco a causa della mancanza di irrorazione sanguigna causata da un infarto miocardico acuto (IMA):

- sintomatologia clinica tipica (per es., dolore al petto)
- nuove anomalie rilevate all'ECG (che l'assicurato non aveva prima dell'episodio)
- aumento degli enzimi cardiaci (per es. CPK) o delle troponine. La diagnosi va fatta dallo specialista cardiologo.

C) Insufficienza renale cronica

Insufficienza renale totale, cronica ed irreversibile di entrambi i reni per la quale sono necessari l'emodialisi oppure la dialisi peritoneale o il trapianto di rene. **La diagnosi deve essere formulata dallo specialista nefrologo.**

D) Trapianto degli organi principali o vitali

L'effettivo sottoporsi, come ricevente, ad un intervento di trapianto degli organi principali (cuore, polmone, fegato, rene, intestino tenue o pancreas) o del midollo osseo. È coperta anche la conferma di accettazione dell'assicurato di inserirsi in una lista di attesa per uno dei trapianti menzionati.

E) Cancro

Tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e dal diffondersi di cellule maligne che invadono e distruggono i tessuti vicini e/o da luogo a metastasi. In tale tipologia rientrano anche la Leucemia, i tumori come i linfomi e la Malattia di Hodgkin **(eccetto alcune forme sotto riportate tra le esclusioni).**

Sono qui compresi i melanomi maligni, **se il tumore è più grande o uguale a pT1bN0M0, secondo la classificazione internazionale TNM, oppure di livello Clark IV V oppure maggiori di 1 millimetro di spessore verticale secondo la scala Breslow.** La data di formulazione della diagnosi è la data in cui viene stabilita la diagnosi definitiva sulla base del referto istologico e/o anatomo-patologico. Qualora non sia possibile richiedere il referto dell'esame istologico e/o anatomo-patologico per motivi sanitari, **la diagnosi di tumore maligno deve essere confermata dallo specialista oncologo. Inoltre, vanno dettagliati i motivi sanitari dell'impossibilità di cui sopra ed il tumore maligno deve essere confermato da una TAC o una risonanza magnetica.**

F) By-pass coronarico

L'effettivo sottoporsi ad un intervento di cardiocirurgia con sternotomia mediana (intervento chirurgico eseguito per dividere lo sterno) **a seguito del parere dello specialista cardiologo** per correggere il restringimento o il blocco di una o più arterie coronarie mediante l'inserimento di by-pass.

L'Indennizzo, in quanto sostegno economico addizionale all'Assicurato, verrà riconosciuto all'Assicurato **in caso di diagnosi della Malattia Grave e a condizione che l'Assicurato sia ancora in vita al decorso del Periodo di Sopravvivenza.**

A seguito della liquidazione dell'Indennizzo, la garanzia cessa e nessun'ulteriore pagamento sarà effettuato nel caso in cui venga diagnosticata una seconda grave malattia in corso di annualità assicurativa.

Resta inteso che **alla prima scadenza annuale della Polizza, successiva alla denuncia del sinistro, la garanzia verrà eliminata** dalla Polizza e non sarà quindi richiesto il relativo Premio.

4.7.1.1. Esclusioni

Fermo quanto previsto dalle esclusioni applicate a tutte le garanzie della sezione Malattia previsto dall'art. "4.6 Esclusioni", specificatamente per la garanzia **Malattie Gravi, sono inoltre escluse:**

1. Nel caso di Ictus Cerebrale:
 - a. attacco ischemico transitorio (TIA), (definito come deficit neurologico reversibile entro le 24 ore);
 - b. danno al tessuto cerebrale causato da un trauma cranico, sintomi cerebrali associati a deficit neurologico reversibile;
2. nel caso di Trapianto degli organi principali o vitali, il trapianto selettivo di cellule di Langerhan;
3. nel caso di Cancro:
 - a. tumori benigni o precancerosi, maligni borderline, a bassa potenzialità di malignità, non-invasivi, o qualsiasi grado di displasia;
 - b. tumori non-invasivi e tumori "in situ" Tis, secondo la classificazione internazionale TNM;
 - c. displasia cervicale CIN I-III;
 - d. carcinoma della vescica allo stadio Ta, secondo la classificazione internazionale TNM;
 - e. carcinoma papillare e follicolare della tiroide, diagnosticato istologicamente come T1a, secondo la classificazione internazionale TNM (tumore di dimensioni <= 1 cm), salvo interessamento di linfonodi e/o metastasi a distanza;
 - f. carcinoma della prostata diagnosticato istologicamente come T1N0M0, secondo la classificazione internazionale TNM;
 - g. leucemia linfatica cronica e ricerca di anticorpi irregolari meno di 3;
 - h. ogni tumore della pelle non menzionato nella definizione di Cancro sopra riportata;
 - i. ogni tumore maligno che si manifesta in presenza della sindrome da HIV o AIDS.
4. nel caso di Bypass coronarico: gli interventi non chirurgici quali angioplastica con palloncino, angioplastica con laser, posa di uno o più STENT o qualsiasi altra procedura diversa dalla sternotomia.
5. le diagnosi della Malattia Grave effettuata precedentemente alla data del primo ingresso in copertura dell'Assicurato.

4.7.2. Cure Dentarie

La Società riconosce, **entro i limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"** sotto riportata, le spese mediche rese necessarie da:

- Prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica;
- Prestazioni di Emergenza Odontoiatrica a seguito di Infortunio o Malattia avvenuto in corso di contratto.

4.7.2.1 Tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE		
Descrizione	In Network	Fuori Network
Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	pagamento diretto	€ 10,00
Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite currettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,25
Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi 2 denti		€ 15,00

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA		
Descrizione	In Network	Fuori Network
Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	pagamento diretto	€ 16,50
Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		€ 16,50
Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12,75
Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		€ 30,00
Otturazione per carie semplice Cavità di II Classe di Black due pareti		€ 52,50
Estrazione semplice di dente o radice		€ 22,50
Devitalizzazione asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52,50
Devitalizzazione asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82,50
Devitalizzazione asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120,00
Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,25
Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30,00

I limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie", valgono sia in caso di Prestazioni Sanitarie in Network Convenzionato, sia in caso di Prestazioni Sanitarie fuori Network Convenzionato.

La copertura riguarda non solo il primo trattamento di emergenza, ma l'intero trattamento fino alla soluzione della situazione di emergenza.

4.7.2.2. Esclusioni

Fermo quanto previsto dalle esclusioni applicate a tutte le garanzie della sezione Malattia previsto dall'art. "4.6 Esclusioni", specificatamente per la garanzia Cure Dentarie, sono inoltre escluse:

1. tutte le Prestazioni Sanitarie ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della data di decorrenza dell'Assicurazione;
2. le Prestazioni Sanitarie effettuate 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 efficacia dell'Assicurazione;
3. le cure o i trattamenti medico odontoiatrici che non corrispondono alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non compresi nella tabella "4.7.2.1 Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
4. le patologie preesistenti alla data di decorrenza dell'Assicurazione solo per le Prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica";
5. i trattamenti ortodontici e le Prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. le estrazioni di denti decidui (da latte);
8. le Prestazioni Sanitarie di rimozione chirurgica di impianti e 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 già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile;
9. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
10. i controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto dall'Art. "4.7.2 Cure Dentarie" per le Prestazioni Sanitarie di "Prevenzione Odontoiatrica";
11. qualsiasi Prestazione medica relativa a denti mancanti alla data di decorrenza dell'Assicurazione;

4.8 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie

Si riepilogano a seguire i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti operanti per la Sezione Malattia:

4.8.1. Garanzie sempre operanti Sezione Malattia

4.8.1.1. Formula Diaria+

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto	
		In Network	Fuori Network
Diaria da Ricovero per Infortunio Malattia o Parto	€ 200,00 per giorno di ricovero, massimo 365 giorni per persona ed anno assicurativo	===	===
Diaria da convalescenza per Infortunio e Malattia	€ 200,00 per giorno di convalescenza sino al doppio dei giorni di ricovero, massimo 20 giorni per sinistro per persona ed anno assicurativo	===	===
Alta Diagnostica	vedere Scheda di Polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Alta Diagnostica Trattamenti Laser ad eccimeri	€ 1.200,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici	vedere Scheda di Polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici cure fisioterapiche	€ 1.000,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici cure di logopedia	in Network: Vedere massimale Visite specialistiche ed esami diagnostici fuori Network: € 500,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% minimo € 50,00 per sinistro

4.8.1.2. Formula Rimborso Spese Mediche+

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia / Scoperto	
		In Network	Fuori Network
Rimborso Spese Mediche – Ricovero o day-hospital con intervento chirurgico in Istituto di cura	vedere Scheda di Polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Ricovero o day-hospital con intervento chirurgico in Istituto di cura Opzione Franchigia frontale	vedere Scheda di Polizza	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Ricovero senza intervento chirurgico o di day-hospital	50% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Ricovero senza intervento chirurgico o di day-hospital Opzione Franchigia frontale	50% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale	30% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Intervento chirurgico o terapia chirurgica (laserterapia, crioterapia) svolta in regime ambulatoriale Opzione Franchigia frontale	30% del massimale rimborso spese mediche per anno assicurativo	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Indennità sostitutiva in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale	€ 150,00 giornaliero e con il limite di 180 giorni per anno assicurativo	===	===
– Spese prima e dopo il ricovero	120 giorni precedenti e successivi al ricovero	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia:

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia / Scoperto	
		In Network	Fuori Network
			– minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Spese prima e dopo il ricovero Opzione Franchigia frontale	120 giorni precedenti e successivi al ricovero	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Trapianto di organi	Vedere massimale rimborso spese mediche	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Trapianto di organi Opzione Franchigia frontale	Vedere massimale rimborso spese mediche	Franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Spese dentarie in caso di Infortunio	€ 10.000 per anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Spese dentarie in caso di Infortunio Opzione Franchigia frontale	€ 10.000 per anno assicurativo	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Apparecchi protesici ed ortopedici	€ 2.000,00 per anno assicurativo	===	===
– Parto	parto naturale fino ad € 4.000,00 parto cesareo fino ad € 6.000,00	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Parto Opzione Franchigia frontale	parto naturale fino ad € 4.000,00 parto cesareo fino ad € 6.000,00	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Neonato	Vedere massimale rimborso spese mediche	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.000,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Neonato Opzione Franchigia frontale	Vedere massimale rimborso spese mediche	franchigia € 1.500,00 per sinistro	Scoperto 20% Franchigia: – minima: € 1.500,00 per sinistro – massima: € 2.500,00 per sinistro
– Terapie oncologiche	€ 6.000,00 per anno assicurativo	===	===
– Second opinion	€ 650,00 per sinistro e per anno assicurativo	===	===
– Retta dell'accompagnatore	€ 60,00 giornaliero e con il limite di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo	===	===
– Ticket sanitari	€ 1.000,00 per anno assicurativo	===	===
Alta Diagnostica	vedere Scheda di Polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia / Scoperto	
		In Network	Fuori Network
			persona e per sinistro
Alta Diagnostica Trattamenti Laser ad eccimeri	€ 1.200,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici	vedere Scheda di Polizza	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici Cure fisioterapiche	€ 1.000,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro
Visite specialistiche ed esami diagnostici Cure di logopedia	in Network: vedere massimale visite specialistiche ed esami diagnostici fuori Network: € 500,00 per persona ed anno assicurativo	Nessuno Scoperto/franchigia	Scoperto 20% con il minimo di € 50,00 per persona e per sinistro

4.8.2. Garanzie facoltative Sezione Malattia

4.8.2.1. Malattie Gravi

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
Malattie Gravi	vedere Scheda di Polizza	===

4.8.2.2. Cure Dentarie

Garanzia	Limiti di indennizzo	Franchigia/Scoperto
Cure Dentarie	€ 1.000,00 per persona ed anno assicurativo	===

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

(la Sezione Assistenza è sempre operante)

Premessa

Le Prestazioni di Assistenza specificate all'art "5.1. Servizio Assistenza Salute", sono fornite dalla Società tramite **Europ Assistance Italia S.p.A**, che erogherà le Prestazioni tramite la sua **Struttura Organizzativa, con le modalità indicate all'art. "6.3.1. Obblighi specifici" della sezione "6. Norme che regolano i sinistri.**

5.1 - Servizio Assistenza Salute

Il servizio di "Assistenza Salute" fornisce all'Assicurato, in caso di infortunio o malattia, le seguenti Prestazioni:

1) My Clinic

My Clinic è una piattaforma tecnologica attraverso la quale la Struttura Organizzativa, fornisce all'Assicurato in caso di Malattia o Infortunio, Prestazioni digitali di assistenza medica a distanza.

L'Assicurato può utilizzare le Prestazioni collegandosi al sito <https://HDI.myclinic.europassistance.it> e accedendo alla propria area personale.

L'utilizzo delle Prestazioni è subordinato all'accettazione delle condizioni d'uso della piattaforma My Clinic.

Per poter usufruire delle Prestazioni erogate tramite la piattaforma My Clinic, è necessaria la registrazione e l'accettazione delle condizioni d'uso della stessa.

La registrazione è riservata solo alle persone maggiorenni.

L'accesso all'area personale permette all'Assicurato di usufruire delle seguenti Prestazioni:

- **Autovalutazione sintomi:** L'Assicurato, in totale autonomia, potrà usufruire di un programma di auto valutazione che lo aiuterà a comprendere i suoi sintomi e gli indicherà le probabili cause e i possibili comportamenti da tenere.
Il risultato dell'autovalutazione non è una diagnosi e per una corretta valutazione del proprio dello stato di salute, è sempre necessario consultare un medico.
- **Consulto Medico:** L'Assicurato potrà richiedere un consulto medico generico 24 ore su 24 con i medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata.
Sono disponibili 3 consulti complessivi per anno assicurativo.
Il consulto medico a distanza è fornito in base alle informazioni che l'assicurato fornisce, ed è un parere non è una diagnosi.
- **Consulto specialistico:** L'Assicurato potrà richiedere un consulto specialistico coi medici della Struttura Organizzativa in: pediatria, ortopedia, ginecologia, cardiologia, geriatria, neurologia, psicologia, nutrizione, attraverso chiamata vocale o videochiamata.
Sono disponibili 3 consulti complessivi per anno assicurativo.
Il consulto medico a distanza è fornito in base alle informazioni che l'assicurato fornisce ed è un parere, non è una diagnosi.
Il consulto, pertanto, non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante e non può essere utilizzato per richiedere ai medici della Struttura Organizzativa prescrizioni di eventuali farmaci ed esami diagnostici.
Inoltre, **per le situazioni di emergenza l'Assicurato dovrà sempre contattare il numero di emergenza del Paese in cui si trova.**
Si precisa infine che in caso di richiesta del servizio per iscritto, la relativa consulenza verrà rilasciata nella medesima forma, nell'area riservata della piattaforma dedicata all'Assicurato, entro le 48 ore successive alla richiesta.
- **Cartella Salute:** L'Assicurato potrà archiviare tutti i dati sulla propria salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei propri parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura) e tenere traccia dello storico e inserire i farmaci assunti.
La cartella salute è disponibile per consultare e/o scaricare i propri dati autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento.
Nella cartella salute è presente un servizio di pill reminder che consente di impostare in modo autonomo dei promemoria per i farmaci da assumere. Il servizio di pill reminder è fornito dalla Società a titolo gratuito.
- **Passaporto Salute:** L'Assicurato dalla propria cartella salute potrà creare il proprio passaporto salute traducendo in modo automatico i propri dati nelle lingue disponibili, per condividerlo con i medici all'estero.
- **Consegna farmaci al domicilio:** L'Assicurato potrà richiedere al fornitore convenzionato con la Società, la consegna di farmaci al domicilio, a tariffe agevolate.

2) Consulenza medica

Qualora l'Assicurato a seguito di malattia o infortunio necessitasse di una valutazione del proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e richiedere un parere medico telefonico.

I medici si avvalgono delle informazioni rese dall'Assicurato sul proprio stato di salute.

Il parere medico telefonico non è una diagnosi.

Sono disponibili 3 consulenze mediche per anno assicurativo.

È possibile richiedere questa Prestazione 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

3) Invio di un medico al domicilio o di una autoambulanza al domicilio

(erogabile successivamente all'attivazione della Prestazione di "consulenza medica")

Qualora l'Assicurato a seguito di Malattia o Infortunio necessiti di una visita medica o di un'autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un medico convenzionato presso il domicilio dell'Assicurato.

Qualora nessun medico possa intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa provvederà al trasporto in autoambulanza dell'Assicurato, verso il centro medico più vicino e specializzato.

Questa Prestazione non ha carattere di urgenza, in caso di emergenza è necessario contattare il 118.

L'orario per l'erogazione della Prestazione è il seguente:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle ore 8,
- il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.

La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.

La Prestazione è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano.

4) Consegna farmaci al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di una malattia o un infortunio, abbia bisogno, **come da prescrizione medica scritta**, di medicine e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute **certificati dal medico curante**, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

La Società mantiene a proprio carico **solo i costi per la consegna**.

Il costo dei medicinali è a carico dell'Assicurato.

La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.

5) Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di una malattia o un infortunio venga ricoverato in Istituto di Cura **per almeno una notte** e, nei 15 giorni successivi alle dimissioni, al rientro alla propria abitazione necessitasse di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà all'invio un infermiere al domicilio dell'Assicurato.

La Società manterrà a proprio carico l'onorario dell'infermiere **fino ad un massimo di 5 ore per sinistro**.

La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.

6) Invio baby-sitter al domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di una malattia o un infortunio venga ricoverato in Istituto di Cura **per almeno una notte** e, nei 15 giorni successivi alle dimissioni, non può occuparsi del figlio minore, la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, segnerà all'Assicurato il nominativo di una baby-sitter nelle vicinanze.

La Società manterrà a proprio carico il costo della baby-sitter **fino ad un massimo di 5 ore per sinistro**.

Le eventuali eccedenze dovranno essere regolate direttamente tra l'Assicurato e la baby-sitter inviata dalla Struttura Organizzativa.

La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.

7) Invio colf al domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di una malattia o un infortunio venga ricoverato in Istituto di Cura **per almeno una notte** e, nei 15 giorni successivi alle dimissioni, non può occuparsi delle mansioni domestiche e delle attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana, la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, segnerà all'Assicurato il nominativo di una colf nelle vicinanze.

La Società manterrà a proprio carico il costo della colf **fino ad un massimo di 5 ore per sinistro**.

Le eventuali eccedenze dovranno essere regolate direttamente tra l'Assicurato e la colf inviata dalla Struttura Organizzativa.

La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.

8) Invio pet sitter al domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di una malattia o un infortunio venga ricoverato in Istituto di Cura **per almeno una notte** e, nei 15 giorni successivi alle dimissioni, non può accudire il proprio animale domestico, la Struttura Organizzativa, effettuerà la ricerca di un pet sitter e lo invierà al domicilio dell'Assicurato.

La Società manterrà a proprio carico il costo del pet sitter **fino a un massimo di 5 giorni per 1 ora al giorno**.

La Società per il primo invio richiede **un preavviso di 3 giorni**, per consentire l'erogazione della Prestazione.

La Prestazione è operativa 7 giorni su 7, dalle 9 alle 18.

La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.

9) Invio di un pediatra a domicilio

Qualora, a seguito della consulenza medica, risultasse necessaria una visita medica pediatrica per malattia o infortunio dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa invierà un medico pediatra convenzionato al domicilio dell'Assicurato.

La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico il costo di invio del medico.

Questa Prestazione non ha carattere di urgenza, in caso di emergenza è necessario contattare il 112.

La Prestazione è fornita fino a 3 volte per anno assicurativo.

L'orario per l'erogazione della Prestazione è il seguente:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 20 alle ore 8;
- il sabato, la domenica e nei giorni festivi, 24 ore su 24.

10) Care Manager

Qualora l'Assicurato a seguito di una malattia o Infortunio, non fosse più autosufficiente e necessitasse di una consulenza socioassistenziale, potrà contattare la Struttura Organizzativa, per far valutare il proprio caso dal care manager.

Il care manager, attraverso un approfondito colloquio telefonico con l'Assicurato di Polizza, o in caso di impossibilità con i suoi familiari, effettuerà una valutazione delle diverse esigenze di cura.

Nel caso lo ritenesse necessario, il care manager potrà organizzare un sopralluogo presso l'abitazione dell'Assicurato **e potrà richiedere eventuale documentazione medica a supporto**, per approfondire la sua valutazione.

A seguito delle sue valutazioni, il care manager restituirà all'Assicurato, per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- un piano di cura personalizzato sulla base della situazione riscontrata con l'indicazione delle figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- indicazione di eventuali modifiche alla logistica della tua abitazione con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- indicazione dei parametri da monitorare;
- indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;
- indicazioni su come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture presenti sul territorio con indicazioni degli uffici ai quali rivolgersi;
- indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

La Prestazione è fornita 1 volta per anno assicurativo.

Prestazione fornita dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00

11) Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)

a) Ospedalizzazione Domiciliare

In caso di ricovero a seguito di infortunio o malattia, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce il servizio, su valutazione del care manager, in forma domiciliare, mediante Prestazioni di proprio personale medico e paramedico, **per un massimo di 15 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo.**

La modalità per l'accesso ed erogazione della Prestazione, accertata la necessità della stessa, sono definite dal care manager che provvede, insieme al servizio medico della Struttura Organizzativa, ad attivare quanto necessario.

b) Servizi Sanitari

Qualora l'Assicurato necessiti di eseguire presso la propria abitazione prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa in accordo con il care manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 15 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo.**

c) Servizi Non Sanitari

Qualora l'Assicurato non possa lasciare la propria abitazione, la Struttura Organizzativa, provvede ad inviare presso l'abitazione dell'Assicurato il personale di servizio, per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare.

La Struttura Organizzativa in accordo con il care manager, accertata la necessità della Prestazione, provvede ad organizzarla **per un massimo di 15 giorni continuativi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo.**

d) Servizi Socio-Assistenziali

La Struttura Organizzativa sulla base delle necessità di assistenza dell'Assicurato individua il personale più idoneo, Operatore Socio-Sanitario e/o socioassistenziale (Badante). La Struttura Organizzativa accertata la necessità della Prestazione, provvede ad inviare un Operatore Socio-Sanitario e/o segnalare la società in grado di inviare il personale socioassistenziale (Badante), secondo le disponibilità.

La Società tiene a proprio carico i costi **per un massimo di 15 giorni consecutivi e non frazionabili per sinistro e per anno assicurativo.**

Le Prestazioni saranno erogate 1 volta per anno assicurativo.

12) Trasferimento in un centro ospedaliero

Qualora l'Assicurato, sia affetto da una patologia che venga ritenuta non curabile nell'ambito dell'istituto di cura della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, **previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante**, la Struttura Organizzativa provvederà:

a) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato in ambulanza, senza limiti di percorso,

b) fornire l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto, se i suoi medici lo ritengono necessario.

La decisione definitiva è quella presa dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla Prestazione le malattie o infortuni che, a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa, possono essere curate presso l'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza dell'Assicurato, le Malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali, nonché le malattie o infortuni che non sono curabili nell'ambito dell'Organizzazione Ospedaliera della Regione di Residenza per mancanze strutturali e/o organizzative dell'Organizzazione Ospedaliera stessa.

La Prestazione sarà erogata 1 volta per anno assicurativo.

La Prestazione è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano.

13) Rientro dal centro ospedaliero

(erogabile successivamente all'attivazione della Prestazione "Trasferimento in un centro ospedaliero")

Qualora l'Assicurato venga dimesso dopo la degenza, e deve rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa organizzerà il rientro, con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa, in accordo con il medico curante, ritengono adatto alle condizioni dell'Assicurato.

La decisione definitiva è quella presa dai medici della Struttura Organizzativa.

I mezzi di trasporto sono:

- il treno in prima classe se è necessario il vagone letto;
- l'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

La Struttura Organizzativa, se i suoi medici lo ritengono necessario fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il trasporto.

La Prestazione sarà erogata 1 volta per anno assicurativo.

La Prestazione è valida in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano.

14) Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi

Qualora l'Assicurato, abbia necessità di reperire articoli sanitari, presidi e protesi, potrà contattare la Struttura Organizzativa che, provvederà segnalare il negozio più vicino alla sua abitazione.

La Struttura Organizzativa fornirà solo le informazioni utili al reperimento degli stessi.

Il costo degli articoli sanitari, dei presidi e delle protesi è a carico dell'Assicurato.

15) Supporto nutrizionale per il mantenimento dello stato di salute

Qualora l'assicurato necessiti di un consulto nutrizionale, nell'ottica di prevenire, attraverso la corretta alimentazione lo svilupparsi di patologie, potrà contattare la Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con un nutrizionista.

Il percorso prevede una consulenza medica, un piano nutrizionale in forma scritta ed un follow up, in video consulto.

La Prestazione sarà erogata 1 volta per anno assicurativo.

16) Supporto psicologico

Qualora l'Assicurato necessiti di un supporto psicologico a seguito di:

- disturbi ansia e umore, stress, o problemi relazionali;

- disturbi dell'alimentazione e/o dipendenza;
 - necessità di sostegno genitoriale a fronte di problematiche e disagi dei propri figli adolescenti;
 - necessità di sostegno per affrontare il proprio ruolo di care giver familiare,
- potrà contattare la Struttura Organizzativa che attiverà il percorso di supporto psicologico.
Il percorso prevede **4 sedute da fruire entro un mese dall'attivazione, in video consulto.**
La Prestazione sarà erogata 1 volta per anno assicurativo.

17) Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di Infortunio o malattia durante il viaggio, **l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per un periodo superiore a cinque giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia, residente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

La Società terrà a proprio carico la relativa spesa **fino ad un massimo di euro 500,00.**

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

La Prestazione è fornita solo 1 volta per anno assicurativo.

18) Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato durante il viaggio sia costretto a rientrare, presso il proprio domicilio prima del previsto, **a causa della morte o del ricovero ospedaliero, con prognosi superiore a sette giorni** di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora.

La Società paga un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, **di sola andata all'Assicurato**, per permettergli di raggiungere il luogo dove avverrà la sepoltura o dove si trova ricoverato il proprio familiare **entro il massimale di euro 500,00 per sinistro.**

Entro 15 giorni dall'evento che ha causato il rientro anticipato, l'Assicurato deve inviare alla Società il certificato di morte o i documenti che dimostrino il ricovero del familiare:

La data del decesso deve risultare sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe.

La Prestazione è fornita solo 1 volta per anno assicurativo.

19) Rientro Salma

(Prestazione valida oltre 50 Km dalla residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia o Infortunio, sia deceduto, 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 euro 10.000,00.**

Se tale Prestazione comporterà un esborso maggiore di tale importo, la Prestazione diventerà operante dal momento in cui la Struttura Organizzativa avrà ricevuto adeguate garanzie bancarie o di altro tipo.

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

20) Informazioni e segnalazione di medicinali corrispondenti all'Estero

(Prestazione valida solo per gli Assicurati residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano)

Qualora l'Assicurato, a seguito di una malattia o infortunio durante la sua permanenza all'estero, necessiti di ricevere informazioni su specifici medicinali regolarmente registrati in Italia, la Struttura Organizzativa segnalerà i medicinali corrispondenti, se esistenti e disponibili sul posto.

La Prestazione è fornita fino ad un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

5.2 - Estensione territoriale

Le Prestazioni sono erogabili in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano.

Le Prestazioni al punto n. "1) My Clinic" e al punto n. "2) Consulenza Medica" previste all'art. "5.1 Servizio Assistenza Salute", sono valide in tutto il Mondo.

5.3 - Esclusioni

(valide per tutte le garanzie)

Per tutte le garanzie, sono esclusi i sinistri provocati da:

- a) alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- b) fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) dolo;
- e) infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati prima dell'acquisto della polizza e loro complicate;
- f) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- h) infortuni e malattie dovuti all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) malattie dovute all'abuso di alcolici;
- j) infortuni causati da un tasso alcolemico uguale o superiore a 0,5 grammi/litro;
- k) aborto volontario non terapeutico;
- l) una gravidanza iniziata prima dell'acquisto della polizza;
- m) infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- n) infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- o) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- p) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
- q) 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).
- r) epidemie o pandemie in base a quanto dichiarato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ad eccezione di Covid-19;

- s) conseguenze indirette dell'epidemia/pandemia da Covid 19.
t) tutto quanto non indicato all'art. "5.1. Servizio Assistenza Salute" per le singole Prestazioni/garanzie.

Sono inoltre esclusi i seguenti casi:

- 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.

Salvo quanto indicato nelle singole garanzie, **non sono assicurate 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.

5.4 - Limitazione di responsabilità

La Società non dovrà risarcire i danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza,
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile.

Si precisa inoltre che **l'operatività delle Prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie anche eventualmente riferite alla singola Struttura Sanitaria/ospedaliera o centro medico per il contenimento e il contrasto del diffondersi di epidemie/pandemie sul territorio.**

6. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

6.1 – Norme valide per tutte le sezioni assicurate

6.1.1. Procedura per la determinazione dell'indennizzo in caso di controversie

Fermo il diritto delle parti di adire l'Autorità Giudiziaria in caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro e sulle sue conseguenze, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di Polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di Residenza o domicilio 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.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità e sono da considerarsi come espressione della volontà delle Parti e quindi vincolanti per le Parti stesse, le quali rinunciano sin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi previsti dalla legge.

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

6.1.2. Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surroga che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio o della Malattia.

6.1.3. Liquidazione e pagamento dell'indennizzo

La Società, ricevuta la documentazione richiesta, riconosce l'indennizzabilità del Sinistro e determinato l'Indennizzo dovuto, ne comunica l'importo agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la Società provvede al relativo pagamento entro 30 giorni dalla data di quest'ultima.

Nel caso in cui, prima della corresponsione dell'Indennizzo, dell'Indennità o del Rimborso, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente, se diverso dall'Assicurato o i suoi eredi legittimi, devono:

- dare immediato avviso alla Società;
- fornire il certificato di morte dell'Assicurato;
- fornire l'atto notorio attestante la qualifica di eredi;
- assolvere agli adempimenti sopra indicati.

Relativamente alla garanzia di cui all' art. "4.7.1. Malattie Gravi" l'Assicurato matura il diritto all'indennizzo se è in vita decorso il Periodo di Sopravvivenza.

Tuttavia, se l'Assicurato muore, decorso il Periodo di Sopravvivenza, e prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa ricezione:

- del certificato di morte dell'Assicurato;
- dell'atto notorio o della dichiarazione sostitutiva dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi;

liquida agli eredi o aventi diritto l'indennizzo.

6.2 – Norme valide per la sezione Malattia

6.2.1. Obblighi in caso di sinistro

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto dovranno rivolgersi all'Intermediario a cui è assegnata la Polizza o accedere all'area riservata dal sito www.MyAssistance.it o da App mobile MyAssistance, entro dieci giorni da quando ne hanno avuto conoscenza o dalla data di dimissione dalla Struttura Sanitaria, ai sensi dell'art. 1913 del Codice civile.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice civile.

In caso di utilizzo di Network Convenzionati, l'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa di MyAssistance per richiedere la presa in carico diretta delle Prestazioni Sanitarie formalizzando la denuncia del sinistro.

6.2.2. Gestione dei Sinistri Malattia

La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri afferenti alla Sezione Malattia, si avvale della Centrale Operativa di MyAssistance.

La Società ha la facoltà di cambiare la Centrale Operativa alla quale è affidata la gestione dei sinistri Malattia, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni Sanitarie garantite.

La Centrale Operativa di MyAssistance è in funzione tutti i giorni lavorativi, dal lunedì al venerdì dalle 8,00 alle 18,00 (esclusi i festivi).

La denuncia di Sinistro può essere effettuata tramite:	
Area riservata:	https://app.myassistance.eu
Numero verde (chiamate da rete fissa):	800.031.913
Numero nero (chiamate dall'estero e da rete cellulare):	+39.02.303.500.031
posta elettronica indirizzata a:	sinistri.hdi@myassistance.it

L'Assicurato, al momento della denuncia del sinistro, dovrà indicare alla Centrale Operativa:

- numero di polizza;
- prescrizione del medico curante;
- luogo e recapito telefonico per i successivi contatti;

- Struttura Sanitaria ed eventuali medici convenzionati cui intende rivolgersi.

Per le Prestazioni Sanitarie in Network (forma diretta) si attivano contattando la Centrale Operativa almeno 2 giorni lavorativi prima della data di ricovero concordata dall'Assicurato con la Struttura Sanitaria, fatta eccezione per i casi di reale e comprovata emergenza, **che dovranno comunque essere comunicati nel più breve tempo possibile.**

La Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla Prestazione Sanitaria, invierà all'Istituto di Cura convenzionato l'autorizzazione ad eseguire le Prestazioni Sanitarie concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

L'Assicurato dovrà altresì:

- 1) **al momento del ricovero:** presentare la Carta dei Servizi MyAssistance;
- 2) **al momento della dimissione dall'Istituto di Cura:** corrispondere l'importo dell'eventuale **Franchigia frontale** se richiamata nella Scheda di Polizza come riportato nell'"**art 4.4.2.1 Opzione Franchigia frontale**", nonché eventuali altre spese non indennizzabili a termini di polizza **nei limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

6.2.3. Modalità di erogazione delle Prestazioni

1) Diaria da Ricovero per Infortunio Malattia o parto

L'assicurato, nei casi previsti all' **art. "4.3.2. Garanzia Base - Diaria da Ricovero per Infortunio Malattia o parto"** e all'art. **"4.3.3.1. Diaria da convalescenza"**, dovrà contattare la Centrale Operativa che pagherà un'Indennità **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

L'Assicurato, o i suoi familiari, devono altresì:

- fornire copia conforme della cartella clinica completa;
- fornire copia dei certificati medici che prescrivono ed indicano la durata della convalescenza. L'eventuale prolungamento della convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificati medici;
- consentire alla Società le indagini, i controlli medici e gli accertamenti necessari, insieme ad ogni altra informazione richiesta, a tal fine esonerando dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Agli effetti del computo delle giornate di degenza, si conviene che la giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualsiasi sia l'ora del ricovero e della dimissione.

2) Rimborso Spese Mediche per Ricovero da infortunio o Malattia

- L'Assicurato relativamente alle spese mediche previste all' **art. "4.4.2. Garanzia Base - Rimborso Spese Mediche per Ricovero da Infortunio o Malattia"** potrà avvalersi di:

a) Strutture Sanitarie in Network Convenzionato e medici convenzionati (pagamento diretto):

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Strutture sanitarie in Network Convenzionato e medici convenzionati con la Società, **previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa**, quest'ultima pagherà direttamente le Spese Sanitarie alla Struttura Sanitaria convenzionata e ai medici convenzionati, **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**;

b) Strutture Sanitarie in Network Convenzionato e medici non convenzionati (pagamento misto):

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Strutture sanitarie in Network Convenzionato e di medici non convenzionati, **previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa**, l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento degli onorari dei medici non convenzionati e successivamente chiederne il rimborso direttamente alla Centrale Operativa che provvederà a rimborsare all'Assicurato, a termini di polizza, le Spese Sanitarie sostenute e rimaste a suo carico e **previa presentazione della documentazione sanitaria in copia conforme dell'originale** per quelle avvenute fuori dal Network Convenzionato **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**;

c) Strutture Sanitarie fuori Network Convenzionato e medici non convenzionati (pagamento a rimborso):

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Strutture Sanitarie fuori Network Convenzionato e medici non convenzionati con la Società, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato, a termini di polizza, le Spese Sanitarie sostenute e rimaste a suo carico, **previa presentazione della documentazione sanitaria in copia conforme dell'originale**, **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**;

d) Servizio Sanitario Nazionale: Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi del Servizio Sanitario Nazionale, la Centrale Operativa riconoscerà all'Assicurato, ai sensi dell'art. 4.4.3.3 "Indennità Giornaliera Sostitutiva", un'indennità giornaliera sostitutiva **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"** e **previa presentazione di copia conforme dell'originale della cartella clinica completa** e, in caso di intervento chirurgico ambulatoriale, **di copia conforme della relazione medica dell'intervento chirurgico**.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'ospedale sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

- L'Assicurato relativamente alle Prestazioni Sanitarie di cui agli art. **"4.4.3.1. Spese prima e dopo il ricovero - 4.4.3.2. Trapianto di organi 4.4.3.4. Spese dentarie a seguito di infortunio - 4.4.3.8. Neonato"** **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"** potrà avvalersi di:

a) Strutture Sanitarie in Network Convenzionato: con pagamento diretto alla Struttura Sanitaria convenzionata **previa autorizzazione della Centrale Operativa**;

b) Strutture Sanitarie fuori dal Network Convenzionato: con rimborso all'Assicurato **previa presentazione della documentazione sanitaria in copia**;

c) Servizio Sanitario Nazionale: con rimborso dell'eventuale ticket sanitario rimasto a carico dell'Assicurato e **previa presentazione di copia della cartella clinica completa**;

- L'Assicurato relativamente alle Prestazioni Sanitarie, di cui agli art. **– 4.4.3.3. Indennità giornaliera sostitutiva– 4.4.3.5. Ticket sanitari – 4.4.3.6. Retta dell'accompagnatore – 4.4.3.7. Apparecchi Protesici ed Ortopedici– 4.4.3.9. Prestazioni Mediche a carattere di urgenza effettuate in Italia / Estero – 4.4.3.10. Terapie Oncologiche – 4.4.3.11. Second Opinion"** dovrà contattare la Centrale Operativa che provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese delle presenti Prestazioni Sanitarie, **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"** e previo invio della certificazione medica attestante la diagnosi e l'indicazione terapeutica.

3) Extraricovero

- L'Assicurato che debba ricorrere a cure o Prestazioni Sanitarie, **di cui agli art. 4.5. "Extraricovero-, 4.5. "4.5.1 Alta Diagnostica -4.5.1.2.**

Trattamenti laser ad eccimeri, - 4.4.2. Visite specialistiche ed esami diagnostici -4.5.1.4. Cure Fisioterapiche, 4.5.1.5. Cure di Logopedia potrà avvalersi di:

- a) **Strutture Sanitarie in Network Convenzionato:** **previa autorizzazione della Centrale Operativa**, quest'ultima pagherà l'importo delle Prestazioni Sanitarie alle Strutture Sanitarie convenzionate **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**;
 - b) **Strutture Sanitarie fuori Network Convenzionato:** la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le Spese Sanitarie rimaste a suo carico **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, e **previo invio della certificazione medica attestante la diagnosi e l'indicazione terapeutica**;
 - c) **Servizio Sanitario Nazionale:** nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare eventuali ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato, **previo invio della certificazione medica attestante la diagnosi e l'indicazione terapeutica e fermi i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.
- 4) **Prevenzione**
L'Assicurato per usufruire delle Prestazioni Sanitarie previste dal Check-up biennale di cui all'art. **"4.5.2. Prevenzione"**, **previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa, dovrà necessariamente rivolgersi ad una Struttura Sanitaria in Network Convenzionato**.
Eventuali Prestazioni Sanitarie di Prevenzione, effettuate dall'Assicurato senza la preventiva autorizzazione, non possono essere rimborsate.
- 5) **Malattie Gravi**
L'Assicurato al quale viene diagnosticata una delle Malattie Gravi previste all'art. **"4.7.1 Malattie Gravi"**, dovrà contattare la Centrale Operativa **e allegare la copia conforme dell'originale della cartella clinica completa**.
La Centrale Operativa pagherà direttamente l'importo dell'Indennizzo **secondo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.
A seguito della liquidazione dell'Indennizzo, la garanzia cessa e nessun'ulteriore pagamento sarà effettuato, nel caso in cui venga diagnosticata una seconda grave malattia in corso di annualità assicurativa.
Resta inteso che **alla prima scadenza annuale della Polizza, successiva alla denuncia del sinistro, la garanzia verrà eliminata** dalla Polizza e non sarà quindi richiesto il relativo Premio.
- 6) **Cure Dentarie**
L'Assicurato per usufruire delle Prestazioni Sanitarie di cui all'art. **"4.7.2 Cure Dentarie"** **fermo i limiti indicati nella tabella "4.7.2.1 Tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"** potrà avvalersi di:
a) **Strutture Sanitarie in Network Convenzionato:** solo **previa autorizzazione della Centrale Operativa e dei Centri stessi**. La Centrale Operativa pagherà direttamente l'importo delle Prestazioni Sanitarie ai Centri Convenzionati **fermo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**;- b) **Strutture Sanitarie fuori Network Convenzionato:** la Centrale Operativa provvederà a rimborsare all'Assicurato le Spese Sanitarie **fermo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**;
- c) **Servizio Sanitario Nazionale:** nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare i ticket sanitari a carico dell'Assicurato **fermo i limiti previsti dall'art. "4.8 Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

La documentazione per la denuncia del sinistro **dovrà essere sempre corredata da esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)**.

6.2.4. Modalità di Accesso al Network convenzionato MyAssistance

La Carta Servizi sarà attiva al momento della sottoscrizione della polizza collegata e sarà fruibile successivamente alla registrazione alla propria area riservata tramite sito www.MyAssistance.it o da App mobile MyAssistance. Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie Convenzionate, **dovrà informare la Struttura Convenzionata in fase di prenotazione della convenzione MyAssistance e dovrà, al momento dell'accettazione, presentare la propria tessera personalizzata** visualizzabile all'interno dell'app MyAssistance o stampabile mediante l'accesso alla propria area riservata accessibile tramite <https://app.myassistance.eu>.

La carta dei servizi di MyAssistance è fornita a titolo gratuito.

6.2.4.1 Prestazioni mediche eseguite nel Network convenzionato MyAssistance

L'Assicurato può usufruire delle tariffe agevolate per le Prestazioni Sanitarie, fisioterapiche e odontoiatriche, rese dal Network convenzionato di MyAssistance.

Resta inteso che:

- le Prestazioni Sanitarie dei medici/ medici dentisti/Centri Convenzionati saranno fornite direttamente dai predetti Soggetti che saranno gli unici responsabili dell'erogazione di tali prestazioni;
- i corrispettivi relativi alle Prestazioni Sanitarie dei medici/ medici dentisti/Centri Convenzionati saranno a carico dell'Assicurato che vi provvederà secondo gli accordi presi con gli stessi;
- le informazioni relative ai costi delle singole Prestazioni Sanitarie dei medici/medici dentisti/Centri Convenzionati saranno fornite direttamente dagli stessi, a cui l'Assicurato si è rivolto.

6.3 – Norme valide per la sezione Assistenza

Premessa

La Società, per la gestione dei Sinistri afferenti alla Sezione Assistenza, si avvale della Struttura Organizzativa di Europ Assistance.

In caso di Sinistro coperto dalla garanzia Assistenza, l'Assicurato deve prendere tempestivamente contatto con la Struttura Organizzativa. L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle Prestazioni di Assistenza ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Previo comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area personale dello stesso, **la Società si riserva di variare in qualsiasi momento il fornitore delle Prestazioni di Assistenza**, lasciando invariate le Prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

6.3.1. Obblighi specifici

In caso di necessità la Struttura Organizzativa di Europ Assistance è in funzione 24 ore su 24. Il personale specializzato di Europ Assistance è a

disposizione dell'Assicurato, pronto ad intervenire e ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre che ad autorizzare eventuali spese.

Per la denuncia del Sinistro e per poter usufruire delle Prestazioni, **sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, come qui di seguito indicato:**

- dall'Italia per telefono al numero verde **800.010.634**
- dall'Italia e dall'estero per telefono al numero **02.58.28.62.06**

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa personale senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico.

Qualora l'Assicurato fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, **potrà inviare un fax al numero 02.58.47.72.01.**

Assistenza domiciliare integrata:

In caso di Sinistro **l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima** (il preavviso è necessario per organizzare la Prestazione, **che potrà essere erogata solo dopo le 48 ore dalla comunicazione**) chiamando i numeri di telefono:

- **02.58.28.62.06 / 800.010.634**

Oppure inviando un fax al numero **02.58.47.72.01** con l'opportuna certificazione medica con prescrizione dell'assistenza domiciliare.

L'inadempimento di tale obbligo di preavviso potrebbe comportare la decadenza al diritto alle Prestazioni di assistenza o ritardo nell'erogazione delle stesse.

ALLEGATI
ALLEGATO 1
Tabella Coefficienti Adeguamento per Età (CAE)

Età	GARANZIA							
	Prevenzione	Diaria	Rimborso Spese Mediche (senza franchigia)	Rimborso Spese Mediche (con franchigia)	Extraricovero Alta Diagnostica	Extraricovero Visite specialistiche	Malattie gravi	Cure dentarie
da 0 a 1 anni	0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	0,9557	1,0000
da 1 a 2 anni	0	1,0471	1,0471	1,0471	1,0168	1,0471	0,9537	1,0471
da 2 a 3 anni	0	1,0449	1,0449	1,0449	1,0165	1,0449	0,9043	1,0449
da 3 a 4 anni	0	1,0430	1,0430	1,0430	1,0163	1,0430	0,8958	1,0430
da 4 a 5 anni	0	1,0412	1,0412	1,0412	1,0160	1,0412	0,8871	1,0412
da 5 a 6 anni	0	1,0396	1,0396	1,0396	1,0157	1,0396	0,8784	1,0396
da 6 a 7 anni	0	1,0381	1,0381	1,0381	1,0155	1,0381	0,8701	1,0381
da 7 a 8 anni	0	1,0367	1,0367	1,0367	1,0153	1,0367	0,9882	1,0367
da 8 a 9 anni	0	1,0354	1,0354	1,0354	1,0150	1,0354	0,9980	1,0354
da 9 a 10 anni	0	1,0342	1,0342	1,0342	1,0148	1,0342	1,0059	1,0342
da 10 a 11 anni	0	1,0331	1,0331	1,0331	1,0146	1,0331	1,0204	1,0331
da 11 a 12 anni	0	1,0320	1,0320	1,0320	1,0144	1,0320	1,0234	1,0320
da 12 a 13 anni	0	1,0310	1,0310	1,0310	1,0142	1,0310	1,1624	1,0310
da 13 a 14 anni	0	1,0301	1,0301	1,0301	1,0140	1,0301	1,1404	1,0301
da 14 a 15 anni	0	1,0292	1,0292	1,0292	1,0138	1,0292	1,1235	1,0292
da 15 a 16 anni	0	1,0284	1,0284	1,0284	1,0136	1,0284	1,1101	1,0284
da 16 a 17 anni	0	1,0276	1,0276	1,0276	1,0134	1,0276	1,0992	1,0276
da 17 a 18 anni	0	1,0268	1,0268	1,0268	1,0132	1,0268	0,8115	1,0268
da 18 a 19 anni	1,0311	1,0311	1,0311	1,0311	1,0311	1,0311	1,1129	1,0311
da 19 a 20 anni	1,0302	1,0302	1,0302	1,0302	1,0302	1,0302	1,1129	1,0302
da 20 a 21 anni	1,0293	1,0293	1,0293	1,0293	1,0293	1,0293	1,1129	1,0293
da 21 a 22 anni	1,0285	1,0285	1,0285	1,0285	1,0285	1,0285	1,0887	1,0285
da 22 a 23 anni	1,0277	1,0277	1,0277	1,0277	1,0277	1,0277	1,0887	1,0277
da 23 a 24 anni	1,0308	1,0308	1,0308	1,0308	1,0308	1,0308	1,0949	1,0308
da 24 a 25 anni	1,0299	1,0299	1,0299	1,0299	1,0299	1,0299	1,0608	1,0299
da 25 a 26 anni	1,0290	1,0290	1,0290	1,0290	1,0290	1,0290	1,0567	1,0290
da 26 a 27 anni	1,0282	1,0282	1,0282	1,0282	1,0282	1,0282	1,0487	1,0282
da 27 a 28 anni	1,0274	1,0274	1,0274	1,0274	1,0274	1,0274	1,1202	1,0274
da 28 a 29 anni	1,0333	1,0333	1,0333	1,0333	1,0333	1,0333	1,0867	1,0333
da 29 a 30 anni	1,0323	1,0323	1,0323	1,0323	1,0323	1,0323	1,1044	1,0323
da 30 a 31 anni	1,0313	1,0313	1,0313	1,0313	1,0313	1,0313	1,1007	1,0313
da 31 a 32 anni	1,0303	1,0303	1,0303	1,0303	1,0303	1,0303	1,0926	1,0303
da 32 a 33 anni	1,0294	1,0294	1,0294	1,0294	1,0294	1,0294	1,1256	1,0294
da 33 a 34 anni	1,0571	1,0571	1,0571	1,0571	1,0571	1,0571	1,1259	1,0571
da 34 a 35 anni	1,0541	1,0541	1,0541	1,0541	1,0541	1,0541	1,1086	1,0541
da 35 a 36 anni	1,0513	1,0513	1,0513	1,0513	1,0513	1,0513	1,1149	1,0513
da 36 a 37 anni	1,0488	1,0488	1,0488	1,0488	1,0488	1,0488	1,1119	1,0488
da 37 a 38 anni	1,0465	1,0465	1,0465	1,0465	1,0465	1,0465	1,1382	1,0465
da 38 a 39 anni	1,0222	1,0222	1,0222	1,0222	1,0222	1,0222	1,1306	1,0222
da 39 a 40 anni	1,0217	1,0217	1,0217	1,0217	1,0217	1,0217	1,1152	1,0217
da 40 a 41 anni	1,0213	1,0213	1,0213	1,0213	1,0213	1,0213	1,1006	1,0213
da 41 a 42 anni	1,0208	1,0208	1,0208	1,0208	1,0208	1,0208	1,1022	1,0208

Età	GARANZIA							
	Prevenzione	Diaria	Rimborso Spese Mediche (senza franchigia)	Rimborso Spese Mediche (con franchigia)	Extracovero Alta Diagnostica	Extracovero Visite specialistiche	Malattie gravi	Cure dentarie
da 42 a 43 anni	1,0204	1,0204	1,0213	1,0204	1,0204	1,0204	1,1249	1,0204
da 43 a 44 anni	1,0600	1,0600	1,0591	1,0600	1,0400	1,0600	1,1160	1,0600
da 44 a 45 anni	1,0566	1,0566	1,0566	1,0566	1,0385	1,0566	1,1212	1,0566
da 45 a 46 anni	1,0536	1,0536	1,0536	1,0536	1,0370	1,0536	1,1099	1,0536
da 46 a 47 anni	1,0508	1,0508	1,0508	1,0508	1,0357	1,0508	1,0978	1,0508
da 47 a 48 anni	1,0484	1,0484	1,0484	1,0484	1,0345	1,0484	1,1354	1,0484
da 48 a 49 anni	1,0308	1,0308	1,0308	1,0308	1,0333	1,0308	1,1216	1,0308
da 49 a 50 anni	1,0299	1,0299	1,0299	1,0299	1,0323	1,0299	1,1082	1,0200
da 50 a 51 anni	1,0290	1,0290	1,0290	1,0290	1,0313	1,0290	0,6554	1,0200
da 51 a 52 anni	1,0282	1,0282	1,0282	1,0282	1,0303	1,0282	1,0899	1,0200
da 52 a 53 anni	1,0274	1,0274	1,0274	1,0274	1,0294	1,0274	1,0916	1,0200
da 53 a 54 anni	1,0533	1,0533	1,0533	1,0533	1,0286	1,0533	1,0790	1,0200
da 54 a 55 anni	1,0506	1,0506	1,0506	1,0506	1,0278	1,0506	1,0752	1,0200
da 55 a 56 anni	1,0482	1,0482	1,0482	1,0482	1,0270	1,0482	1,0773	1,0200
da 56 a 57 anni	1,0460	1,0460	1,0460	1,0460	1,0263	1,0460	1,0697	1,0200
da 57 a 58 anni	1,0440	1,0440	1,0440	1,0440	1,0256	1,0440	1,0961	1,0200
da 58 a 59 anni	1,0316	1,0316	1,0316	1,0316	1,0250	1,0316	1,0889	1,0200
da 59 a 60 anni	1,0306	1,0306	1,0306	1,0306	1,0244	1,0306	1,0808	1,0200
da 60 a 61 anni	1,0297	1,0297	1,0297	1,0297	1,0238	1,0297	1,0758	1,0200
da 61 a 62 anni	1,0288	1,0288	1,0288	1,0288	1,0233	1,0288	1,0695	1,0200
da 62 a 63 anni	1,0280	1,0280	1,0280	1,0280	1,0227	1,0280	1,0709	1,0200
da 63 a 64 anni	1,0545	1,0545	1,0545	1,0545	1,0222	1,0545	1,0663	1,0200
da 64 a 65 anni	1,0517	1,0517	1,0517	1,0517	1,0217	1,0517	1,0578	1,1284
da 65 a 66 anni	1,0492	1,0492	1,0492	1,0492	1,0213	1,0492	1,0570	1,0000
da 66 a 67 anni	1,0469	1,0469	1,0469	1,0469	1,0208	1,0469	1,0517	1,0000
da 67 a 68 anni	1,0448	1,0448	1,0448	1,0448	1,0204	1,0448	1,0634	1,0000
da 68 a 69 anni	1,0431	1,0427	1,0428	1,0428	1,0500	1,0431	1,0589	1,0000
da 69 a 70 anni	1,0413	1,0409	1,0411	1,0410	1,0476	1,0413	1,0595	1,0000
da 70 a 71 anni	1,0396	1,0393	1,0394	1,0394	1,0455	1,0396	1,0557	1,0000
da 71 a 72 anni	1,0381	1,0378	1,0379	1,0379	1,0435	1,0381	1,0626	1,0000
da 72 a 73 anni	1,0367	1,0365	1,0366	1,0365	1,0417	1,0367	1,0618	1,0000
da 73 a 74 anni	1,0354	1,0352	1,0353	1,0353	1,0400	1,0354	1,0533	1,0000
da 74 a 75 anni	1,0342	1,0340	1,0341	1,0341	1,0385	1,0342	1,0472	1,0000

★ Il premio imponibile per un Assicurato di 18 anni di età è di euro 67,47 (escluse imposte ed eventuali sconti commerciali).

ALLEGATO 2

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

La presente Tabella, di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, è aggiornata a marzo 2024 e soggetta ad aggiornamento periodico, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno da parte del Ministero della Salute.



HDI Assicurazioni S.p.A.
 Sede Legale e Direzione Generale:
 Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT)
 Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v.
 Codice Fiscale, Partita Iva
 e Numero d'iscrizione: 04349061004
 del Registro Imprese di Roma,
 N. REA: RM-757172

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
 con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
 alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022
 Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
 iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

PAGINA LASCIATA

INTENZIONALMENTE

IN

BIANCO

HDI Assicurazioni S.p.A.

Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma

Tel. +39 06 421 031

Fax +39 06 4210 3500

hdi.assicurazioni@pec.hdia.it

www.hdiassicurazioni.it

Mod. S4321 – Ed. 02/2026

