



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE HEALTH 3

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO
DOCUMENTO REDATTO SULLA BASE DELLE LINEE GUIDA “CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI”**

**condizioni di assicurazione
per l'assistenza sanitaria**

edizione 09/2021



Inter Partner Assistance S.A.
Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni
Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel.06/42118.1
Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 130.702.613 interamente versato – Gruppo AXA Partners
N. Iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993
Registro delle Imprese di Roma RM – Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



Glossario

<u>Assicurato:</u>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. In caso di conto cointestato la copertura è valida per i contestatari del conto.
<u>Assistenza:</u>	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
<u>Centrale Operativa:</u>	la struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 – Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
<u>Contraente:</u>	il soggetto che stipula l'assicurazione.
<u>Domicilio:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
<u>Day hospital:</u>	la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.
<u>Estero:</u>	tutti i Paesi del Mondo esclusa l'Italia.
<u>Familiare:</u>	la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.
<u>Inabilità temporanea (IT):</u>	la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.
<u>Infortunio:</u>	il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
<u>Istituto di cura:</u>	l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.
<u>Italia:</u>	il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
<u>Malattia:</u>	ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio:
<u>- improvvisa:</u>	la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato;
<u>- preesistente:</u>	la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.
<u>Massimale:</u>	la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.
<u>Polizza:</u>	il documento che prova il contratto di assicurazione.
<u>Premio:</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>Residenza:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.
<u>Ricovero/degenza:</u>	la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contenga almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.
<u>Sinistro:</u>	il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.
<u>Società:</u>	INTER PARTNER ASSISTENZA S.A. Rappresentanza generale per l'Italia – Via Carlo Pesenti 121 - 00156 – Roma

NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON L'ASSICURATO

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono 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 e 1898 C.C..

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art.1910 C.C. è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 C.C..

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

ART. 3. EFFICACIA E DURATA DELLE SINGOLE ADESIONI

La copertura assicurativa ha una durata di 12 mesi dalla data di messa in copertura.

ART. 4. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE – FORMA DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

ART. 5. LIMITI DI ESPOSIZIONE E LORO SUPERAMENTO

I massimali previsti per le Prestazioni e Garanzie qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'Assicurato, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall' Assicurato.

ART. 6. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ

In caso di Prestazioni o Garanzie non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad una sua mancata o ritardata prestazione a causa dell'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile. La Società non si assume, altresì, alcuna responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore o per i danni da questo provocati.

ART. 7. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

ART. 8. ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto.

COSA È ASSICURATO

Art. 1 ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Art. 2 ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto.

Art. 3 OPERATIVITA' DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di prestazioni nell'ambito del medesimo sinistro;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

Art. 4 PRESTAZIONI GARANTITE

Assistenza medica d'urgenza

01 -Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia Improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

02 -Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

03 - Trasferimento medico programmato

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di infortunio o malattia, sia necessario:

- il suo trasferimento presso l'istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso;
- il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione.

La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con costi a carico della Società e con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto.

In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Sono escluse dalla prestazione:

- le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali;
- tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato;
- tutte le spese diverse da quelle indicate;
- tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.

Assistenza domiciliare sanitaria

04 - Reperimento e consegna farmaci

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

05 - Prelievo campioni

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

06 -Consegna esito esami

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato.

07 -Assistenza infermieristica

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

08 -Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

09 -Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora l'Assicurato, nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta allo stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

la Centrale Operativa provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro.

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Società provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di **euro 250,00** per sinistro.

Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

Assistenza domiciliare non sanitaria

10 - Invio collaboratrice domestica

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche. La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di **euro 30,00** per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

11 - Invio baby sitter

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

12 - Invio dog sitter

Qualora l'Assicurato, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, del proprio cane, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico. La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

13 - Invio spesa a casa

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per sinistro.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

14 - Disbrigo delle quotidianità

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa l'invio di personale di servizio per il disbrigo di piccole commissioni urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e di quanto necessario al disbrigo della commissione da svolgere nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

Teleconsultazione - My Doctor

Il servizio “My Doctor” è un servizio semplice e innovativo, complementare all’assistenza sanitaria di base dell’Assicurato. È accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell’anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata. È disponibile a domicilio, in ufficio, in trasferta per motivi di lavoro o in vacanza.

15 -Teleconsultazione

Qualora l’Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell’Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

16 -Prescrizione medica

Successivamente alla Teleconsultazione la Società, qualora il medico a suo insindacabile giudizio ritenga necessaria la prescrizione di un farmaco, potrà trasmettere una ricetta medica bianca presso la farmacia più vicina al luogo in cui trova l’Assicurato in Italia, in modo che quest’ultimo o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

17 -Consegna farmaco

Qualora l’Assicurato versi in condizioni di temporanea inabilità, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio (o al luogo in Italia dove questi risiede temporaneamente). La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l’acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il luogo in cui si trova l’Assicurato il denaro, la prescrizione e l’eventuale delega necessari all’acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile e comunque entro le 24 (ventiquattro) ore successive. La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell’Assicurato.

Second Opinion

18 -Secondo parere medico

Qualora l’Assicurato sia affetto da una patologia e/o necessiti di interventi chirurgici, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un “parere medico complementare” da parte di uno specialista e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

Il servizio fornisce il parere medico complementare relativamente alle seguenti patologie (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- oncologiche,
- cerebrovascolari,
- neurologico degenerative (e.g. sclerosi multipla),
- del cuore e dei grandi vasi (e.g. Infarto del miocardio, scompenso cardiaco, aneurisma aortico, ecc),
- insufficienza renale,
- problemi ortopedici/fratture,
- diabete,
- patologie pediatriche.
- gastroenterologiche
- dermatologiche;
- oculistiche;
- endocrinologiche;
- pneumologiche;
- geriatriche;

- psicologiche;
- ginecologiche;
- urologiche

Il parere medico complementare, inviato a seguito del ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- il parere dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'Assicurato, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante.

Il servizio di Second Opinion non è ripetibile, pertanto non può essere richiesto per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta la prestazione.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 9. ESCLUSIONI

- 1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
 - b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - h) ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato. La presente esclusione non si applica al consulto medico telefonico;
 - i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - j) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- 2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
- 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una

risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ART. 10. OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato, dovrà contattare al momento dell'insorgere della necessità, e comunque non oltre 3 giorni dal verificarsi del sinistro, la Centrale Operativa della Società ai seguenti numeri telefonici:

N. verde 800 008073
N. urbano 06 42115963

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre l'Assicurato dovrà comunicare:

- cognome e nome;
- luogo dal quale chiama e recapito telefonico al quale essere contattato;
- prestazione richiesta.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza. La Società declina ogni responsabilità per eventuali richieste di assistenza fatte alla Contraente e non inoltrate alla sua Centrale Operativa. Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa NON SARANNO RIMBORSATE.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.

IN CASO DI SINISTRO SECOND OPINION

L'Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

- 1) contattare la Centrale Operativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati. La Centrale Operativa, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il "questionario dati anamnestici";
- 2) spedire alla Società, al seguente indirizzo:

Casella Postale 20138
Via Eroi di Cefalonia
00128 Spinaceto - Roma

- una copia di un documento di identità valido;
- la documentazione clinica completa, il proprio numero di polizza e il numero del sinistro (fornito dall'operatore della Centrale Operativa al momento della denuncia);
- il "questionario dati anamnestici" sottoscritto dallo stesso e dal suo medico curante;
- l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
- l'autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti;
- l'autocertificazione dell'Assicurato nella quale dichiara che il proprio caso non rientra tra le fattispecie oggetto di esclusione.

Il servizio medico della Centrale Operativa:

- è a disposizione per fornire informazione circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la compilazione del "questionario dati anamnestici";

- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla Centrale Operativa;
- comunica all'interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'interessato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta, restituisce la documentazione inviata dall'interessato.

La prestazione potrà essere erogata solo al ricevimento, da parte della Società, della documentazione completa.