Assicurazione Rimborso spese mediche

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

Italiana Assicurazioni S.p.A.

ITALIANA ASSICURAZIONI

Salute! Al Sicuro – Durata Definita

Data di aggiornamento: 31 gennaio 2026 (ultima versione disponibile)

Scopo: Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

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

Società: Società Italiana Assicurazioni, società per azioni, n° 1.00004 Albo imprese di assicurazione, appartenente al Gruppo Reale Mutua. Sede legale in Via M. U. Traiano, 18 - 20149 Milano – Italia. Tel. 02/397161 -fax 02/3271270 - www.italiana.it- E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it- PEC: italiana@pec.italiana.it

Patrimonio netto: 697,2 milioni di euro; risultato di esercizio: 71,5 milioni di euro. Solvency ratio 328,6% (Dati al 31/12/2024). Relazione su solvibilità e condizione finanziaria (SFCR) sono disponibile al seguente link: https://www.italiana.it/scopri-italiana/chi-siamo

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Rispetto a quanto indicato nel DIP non sono presenti ulteriori garanzie indicate nelle Condizioni di Assicurazione. Le singole prestazioni della SEZIONE ASSISTENZA sono elencate dal punto 11.1 al 11.2 pagg. 44-50.

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO - SEZIONE MALATTIE: Sconto salute, al punto 6.5 pag. 15; Franchigia area ricovero, al punto 7.4 pag. 27. Per la SEZIONE ASSISTENZA, non ci sono opzioni con riduzione del premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO - SEZIONE MALATTIE: è possibile in alternativa all'opzione Comfort attivare l'opzione Deluxe. Per la SEZIONE ASSISTENZA, non ci sono opzioni con pagamento di un premio aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

SEZIONE MALATTIE: non presta le garanzie previste per: malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione; patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze; check-up di medicina preventiva; interventi chirurgici per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia); infertilità, sterilità, impotenza; sieropositività da virus H.I.V.; aborto volontario non terapeutico. Inoltre sono escluse conseguenze di: atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo); trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche; guerre, insurrezioni in genere; movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano; ricoveri dovuti alla necessità dell'assicurato, dopo essere divenuto non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, nutrirsi, muoversi, vestirsi); prestazioni aventi finalità dimagranti e fitoterapiche; terapie mediche per le garanzie dell'Area Extraricovero.

Per Spese precedenti e successive al ricovero (Area ricovero - Opzioni Comfort e Deluxe), sono escluse le spese alberghiere; per Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (Area extraricovero - Opzione Comfort), sono escluse le visite pediatriche, ginecologiche e le visite ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici; per Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (Area extraricovero - Opzione Deluxe), sono escluse le visite specialistiche ed accertamenti diagnostici odontoiatrici e ortodontici e le visite pediatriche dalla 4º in poi per anno assicurativo.

SEZIONE ASSISTENZA - non sono indennizzati i danni da: stato di guerra dichiarata o stato di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari; eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche; atti dolosi compiuti o tentati dell'assicurato; infortuni derivanti dalla partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Per le seguenti prestazioni, si applicano le esclusioni indicate: Prenotazione visite ed esami: il costo delle visite mediche e/o degli esami; Tutoring eccellenze sanitarie: costi di accesso alle strutture sanitarie di eccellenza; Consegna farmaci: costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna; Rientro funerario: spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione; Rientro sanitario: qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali, sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima della partenza per il viaggio e note all'Assicurato, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana; Prelievo di campioni da analizzare e consegna referti: costo degli esami.

Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE MALATTIE: Area ricovero: Garanzia rimborso spese mediche - Opzione Comfort: massimale per persona/anno assicurativo di € 300.000,

raddoppiato se si utilizzano strutture convenzionate; Parto naturale: limite di € 3.000; Parto cesareo: limite di € 6.000; Forfait per parto in SSN: limite di € 1.500; Strutture/medici convenzionati previa autorizzazione di Blue Assistance: nessuno scoperto; Strutture/medici non convenzionati o senza preventivo accordo: scoperto del 30%, con un minimo non indennizzabile di € 100 e un massimo di € 5.000; Indennità sostitutiva per accesso in SSN: limite € 150. Garanzia rimborso spese mediche – Limitazione Gravi Patologie - Opzione Comfort: massimale per persona/anno assicurativo di € 300.000, raddoppiato se si utilizzano strutture convenzionate; Forfait per parto in SSN: limite di € 1.500; Strutture/medici convenzionati previa autorizzazione di Blue Assistance: nessuno scoperto; Strutture/medici non convenzionati o senza preventivo accordo: scoperto del 30%, con un minimo non indennizzabile di € 100 e un massimo di € 5.000; Indennità sostitutiva per accesso in SSN: limite € 150

Garanzia rimborso spese mediche – Opzione Deluxe: limite per persona/anno assicurativo di € 500.000, raddoppiato se si utilizzano strutture convenzionate; Parto naturale: limite di € 5.000; Parto cesareo: limite di € 10.000; Forfait per parto in SSN: limite € 1.500; Strutture/medici convenzionati previa autorizzazione di Blue Assistance e non convenzionati o senza preventivo accordo: nessuno scoperto; Indennità sostitutiva per accesso in SSN: limite € 300. Area extra-ricovero: Garanzia Alta Diagnostica – Opzione Comfort: limite per persona/anno assicurativo di € 3.000; Strutture convenzionate previa autorizzazione di Blue Assistance: franchigia di € 50; Strutture non convenzionate o senza preventivo accordo: scoperto del 30% con minimo non indennizzabile di € 50. Garanzia Alta Diagnostica – Opzione Deluxe: limite per persona/anno assicurativo di € 6.000; Strutture convenzionate previa autorizzazione di Blue Assistance: franchigia di € 50; Strutture non convenzionate o senza preventivo accordo: scoperto del 10% con minimo non indennizzabile di € 50. Garanzia Diagnostica Completa – Opzione Comfort: limite per persona/anno assicurativo di € 4.000; Strutture convenzionate previa autorizzazione di Blue Assistance: franchigia di € 35; Strutture non convenzionate o senza preventivo accordo: scoperto del 30% con minimo non indennizzabile di € 35. Garanzia Diagnostica Completa – Opzione Deluxe: limite per persona/anno assicurativo di € 8.000; Strutture convenzionate previa autorizzazione di Blue Assistance: franchigia di € 35; strutture non convenzionate: scoperto del 10% con minimo non indennizzabile di € 35; SSN: nessuno scoperto. Garanzia Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici – Opzione Comfort: limite per persona/anno assicurativo di € 5.000; Strutture convenzionate previa autorizzazione di Blue Assistance: franchigia di € 35; Strutture non convenzionate o senza preventivo accordo: scoperto del 30% con minimo non indennizzabile di € 35. Garanzia Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici – Opzione Deluxe: limite per persona/anno assicurativo di € 10.000; Strutture convenzionate previa autorizzazione di Blue Assistance: franchigia di € 35; Strutture non convenzionate o senza preventivo accordo: scoperto del 10% con minimo non indennizzabile di € 35.

Rischi con particolari delimitazioni - l'assicurazione comprende: gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio; gli esami di medicina preventiva previsti in polizza svolti presso poliambulatori convenzionati con Blue Assistance previo accordo telefonico con la medesima; le cure per malformazioni, difetti fisici o malattie congenite per il primo anno di vita del neonato sempreché la madre assicurata non fosse in gravidanza alla data di effetto dell'assicurazione; cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o di infortunio comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico, con il massimo di € 5.500 per le protesi.

SEZIONE ASSISTENZA - le prestazioni della presente Sezione sono fornite fino a 3 volte per anno assicurativo.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a singoli individui o famiglie che vogliano trasferire sulla Compagnia di assicurazione parte delle spese legate a problemi di salute, decidendo liberamente quando utilizzare il servizio privato, ovunque vogliano, quello pubblico o quello pubblico con alcune prestazioni private.

Il prodotto è particolarmente indicato per assicurati che, al momento della stipulazione della polizza, abbiano un'età inferiore o uguale a 74 anni.

Quali costi devo sostenere?

Se il contraente viene assicurato per la prima volta per questo rischio dalla Compagnia l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari per il primo anno sul premio pagato è pari al 32,1% (dei premi contabilizzati) e per gli anni successivi è pari al 23,8%.
Se il rischio è stato già assicurato negli ultimi 3 anni, l'ammontare della quota parte percepita in media dagli intermediari è sempre pari a 23,8% dei premi contabilizzati

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Per iscritto: - Servizio "Benvenuti in Italiana" – Italiana Assicurazioni, via M.U.Traiano 18, 20149 Milano – E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it Funzione incaricata: Ufficio Reclami Gruppo Reale Mutua, via M.U. Traiano 18, 20149 Milano. La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Info su www.italiana.it
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n.98). È obbligatoria per l'eventuale ricorso all'Autorità Giudiziaria
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato: è prevista dal contratto la facoltà di ricorrere all'arbitrato, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria. Commissione di Garanzia dell'Assicurato: ricorso gratuito, decisione vincolante solo per la Società. Info e Regolamento su www.italiana.it Liti transfrontaliere: per controversie con un'impresa d'assicurazione con sede in uno Stato membro dell'Unione Europea diverso dall'Italia, l'interessato può presentare reclamo all'IVASS con la richiesta di attivazione della procedura FIN-NET o presentarlo direttamente al sistema estero competente, attivando tale procedura accessibile dal sito internet www.ivass.it

REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il premio è comprensivo dell'imposta di assicurazione, con aliquota d'imposta pari a: • 2,5% per le garanzie della sezione malattia; • 10% per le prestazioni della sezione assistenza. DETRAZIONE FISCALE DEI PREMI Non è prevista detrazione. TASSAZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE Il rimborso delle spese mediche non costituisce reddito imponibile

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?	
Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci 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 Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.italiana.it/scopri-italiana/magazine/normativa-oblio-oncologico
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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