

Polizza Rimborso spese mediche per la Persona e la famiglia
Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni - DIP
Compagnia: Italiana Assicurazioni S.p.A. Prodotto: "Salute! - Full"

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

Che tipo di assicurazione è?

La polizza tutela dai rischi relativi agli esborsi correlati a prestazioni sanitarie rese necessarie da infortuni o malattie.



Che cosa è assicurato?

- ✓ La sezione "Ti Affianco" contiene garanzie che offrono un supporto per le cure mediche. L'Area ricovero prevede il rimborso delle spese per prestazioni inerenti il ricovero o l'intervento chirurgico, effettuate precedentemente o successivamente allo stesso nonché alcune spese eventualmente correlate o accessorie quali la retta dell'accompagnatore, il trasporto sanitario, le spese sostenute in caso di parto, il trapianto di organi, la medicina preventiva, l'indennità giornaliera sostitutiva del rimborso (qualora utilizzato in S.S.N.), il ricovero all'estero, le terapie oncologiche, l'assistenza domiciliare per malattia terminale, la cura per AIDS, le cure al neonato.
- ✓ La sezione "Ti Assisto" offre un ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad emergenze di natura sanitaria quali un servizio di consulenza medica per informazioni e consigli, invio di un medico generico, di un infermiere di un'autoambulanza e consegna di farmaci a domicilio, ricorso al parere di un altro medico o istituzione.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili:

- ✗ le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze, A.I.D.S. o sindromi correlate.

Relativamente alla Sezione "Ti Affianco" non sono assicurati:

- ✗ gli infortuni derivanti dalla guida in stato di ebbrezza o ubriachezza, o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- ✗ conseguenze di infortuni occorsi o malattie diagnosticate (o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici) prima dell'effetto dell'assicurazione;
- ✗ aborto volontario non terapeutico, infertilità, sterilità, impotenza;
- ✗ malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
- ✗ patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
- ✗ parodontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
- ✗ interventi per la correzione di vizi di refrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia);
- ✗ sieropositività da virus H.I.V.;
- ✗ 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);

- ✗ conseguenze di atti dolosi compiuti dall'Assicurato, guerre e insurrezioni in genere, terremoti ed eruzioni avvenute in Italia;
- ✗ gli infortuni subiti dall'Assicurato come membro dell'equipaggio di aeromobili o come passeggero durante viaggi su aeromobili diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Relativamente alla Sezione "Ti Assisto" non sono assicurati i sinistri avvenuti in occasione di:

- ✗ eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- ✗ atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ✗ guerra, insurrezioni in genere;
- ✗ malattie in atto e/o infortuni occorsi prima dell'effetto della polizza;
- ✗ uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
- ✗ ubriachezza accertata.



Ci sono limiti di copertura?

! Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo. Possono essere previsti anche franchigie, scoperti e limiti parziali di indennizzo.

! Le garanzie sono limitate alle persone con massimo 74 anni al momento della stipula dell'assicurazione.



Dove vale la copertura?

La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Chi sottoscrive il contratto, ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare; e di comunicare, nel corso del contratto, se si modifica il rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e l'esercizio, da parte della Società, del diritto di rivalsa totale o parziale nei confronti dell'Assicurato per i danni pagati ai terzi danneggiati.

In caso di acquisto della garanzia "Rimborso spese mediche" o "Rimborso spese mediche – Limitazione a intervento chirurgico", è obbligatorio compilare adeguatamente il questionario sanitario per ciascun Assicurato in quanto costituirà parte integrante del contratto.

Se l'Assicurato ha in corso altre assicurazioni per lo stesso rischio, deve darne comunicazione per iscritto alla Società.



Quando e come devo pagare?

Al fine di essere in copertura a partire dalla data di decorrenza della polizza il premio deve essere pagato



entro tale data.

È possibile pagare il premio tramite denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa in vigore), assegno bancario o circolare, bonifico bancario, bollettino postale, carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alle ore 24:00 del giorno indicato sulla polizza se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui avviene il pagamento.

La copertura termina alla data indicata sulla polizza, salvo il caso in cui, pagato il premio di rinnovo, la copertura prosegua per l'anno successivo. Questa modalità non vale se la polizza è senza tacito rinnovo.

Relativamente alla Sezione "Ti Affianco" inoltre la garanzia decorre dalle ore 24 del:

- centottantesimo (180°) giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici dichiarati sul questionario sanitario, se non diversamente regolamentati dalla Società con specifica clausola;
- trentesimo (30°) giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di malattie e stati patologici non rientranti al punto precedente;
- trecentesimo (300°) giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto (se assicurato) e le malattie dipendenti da puerperio (a meno che non si dimostri, tramite esame ecografico che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione).



Come posso disdire la polizza?

Ferma la facoltà del Contraente di recedere annualmente dal contratto senza oneri e con preavviso di almeno 30 giorni, l'assicurazione cessa alla data di scadenza del contratto indicata sulla scheda di polizza, senza necessità di disdetta.

