

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "H PLUS"

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

Che tipo di assicurazione è?

È un'Assicurazione collettiva contro i danni che offre prestazioni di rimborso spese mediche per i clienti della Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. in caso di Ricovero a seguito di Infortunio, Malattia o parto.



Che cosa è assicurato?

- u L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia (con o senza Intervento chirurgico) in Struttura sanitaria pubblica o privata (compreso il caso di Ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo e aborto post-traumatico), le spese sostenute per:
 - o gli accertamenti diagnostici, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento;
 - o gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici), effettuati anche al di fuori dell'Struttura sanitaria, nei 90 giorni che precedono il Ricovero e ne abbiano evidenziato la necessità;
 - o le prestazioni mediche e gli esami nei 90 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero.
- u Le prestazioni di cui al precedente punto possono essere sostituite, a scelta dell'Assicurato, dalla corresponsione di un'indennità giornaliera, per ciascun giorno di Ricovero.
- u Day Hospital/Day Surgery: l'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, con Intervento chirurgico e per terapie di malattie oncologiche, le spese sostenute in Day Hospital/Day Surgery.

L'Assicurazione è prestata entro le somme assicurate e i massimali puntualmente indicati nelle Condizioni di Assicurazione.

Per il dettaglio dei contenuti delle suddette coperture si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa è assicurato?".



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

- u alcolismo e tossicodipendenza;
- u sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Inoltre non sono assicurabili le persone che non hanno residenza e/o domicilio fiscale in Italia.

Sezione Assistenza:

- u Servizio pubblico di pronto intervento.



Ci sono limiti di copertura?

! L'Assicurazione prevede alcuni limiti di copertura, franchigie, scoperti e limiti di indennizzo, per il cui dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le seguenti garanzie:

- u Assistenza: vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le prestazioni invio di un medico, invio di un medico in viaggio e le prestazioni della Temporary Inability Care che valgono in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, l'Aderente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione, tramite addebito diretto sul conto corrente dell'Aderente o del Soggetto pagatore (se diverso dall'Aderente) presso la Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A., per attivare il quale l'Aderente o il Soggetto pagatore (se diverso dall'Aderente) deve autorizzare la Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. ad addebitare il premio alla firma sul rapporto di conto corrente indicato nel Modulo di adesione il giorno successivo all'adesione e con data valuta uguale alla data di adesione.

Per le successive mensilità il pagamento avverrà sempre ogni primo giorno del mese a copertura della mensilità successiva.

I Premi sono comprensivi delle imposte e devono essere pagati all'Intermediario oppure all'Impresa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Modulo di adesione, che corrisponde sempre al primo giorno del mese successivo a quello di adesione, e termina alla data di scadenza indicata nel Modulo di adesione.

La durata dell'Assicurazione è di mesi uno senza tacito rinnovo, salva la possibilità da parte dell'Aderente, di prorogare la scadenza di mese in mese mediante il pagamento del premio mensile successivo.

L'Assicurazione decade, e con essa i suoi effetti, a partire dalla scadenza mensile successiva alla data di cessazione del conto corrente presso la Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A.

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la copertura?

Il mancato pagamento del premio di rinnovo comporta la cessazione dell'Assicurazione senza alcun obbligo di disdetta da parte dell'Impresa o dell'Aderente. L'Aderente potrà comunque aderire nuovamente alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione di un nuovo Modulo di adesione, cui si applicheranno nuovamente le carenze previste dalle Condizioni di Assicurazione.

Diritto di ripensamento: l'Aderente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta all'Impresa; resta fermo che, in caso di mancato esercizio del diritto di recesso, la copertura assicurativa rimarrà operante secondo le regole di Durata sottoscritte. In caso di esercizio del diritto di recesso, l'Impresa provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa: Allianz S.p.A.

Prodotto: "H PLUS"

29/10/2022 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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 Assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Allianz S.p.A, con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2021 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.017 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.149 milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.577 milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 1.160 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 5.804 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 5.804 milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 225%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si fornisce il dettaglio delle garanzie.

L'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Rimborso spese mediche


<p>Rimborso spese mediche</p>	<p>Rimborso spese mediche</p> <p>a) L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, (con o senza Intervento chirurgico) in Struttura sanitaria pubblica o privata (compreso il caso di Ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo ed aborto post-traumatico) e fino alla concorrenza del Massimale annuo di euro 30.000,00, le spese sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ø gli accertamenti diagnostici, le cure, i Trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed il materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento stesso); Ø gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici), effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria, nei 90 giorni che precedono il Ricovero e ne abbiano evidenziato la necessità; Ø le prestazioni mediche e gli esami nei 90 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero. <p>Sono comprese nel Massimale annuo, le spese per Trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera nonché quelle di viaggio) sostenute nei 90 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero.</p> <p>b) Le prestazioni di cui al precedente punto a) possono essere sostituite, a scelta dell'Assicurato, dalla corresponsione di una indennità giornaliera, per ciascun giorno di Ricovero, pari ad € 52,00. Il giorno di Ricovero e quello di dimissione è considerato, agli effetti della liquidazione, come giorno unico.</p> <p>Rimborso spese mediche per Day Hospital/Day Surgery L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, con Intervento chirurgico in Day Surgery e per terapie di malattie oncologiche in Day Hospital, le spese mediche sostenute durante il Ricovero, fino alla concorrenza di un sotto limite.</p> <p>Nel corso di ogni anno solare, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite dall'Assicurazione non potrà superare il Massimale annuo.</p> <p>Per Persona assicurata si intende la Persona risultante dal Modulo di adesione.</p>
<p>Grandi interventi</p>	
<p>Grandi interventi</p>	<p>Relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche" di cui al precedente punto, in caso di Ricovero per "Grandi Interventi", qui di seguito tassativamente individuati, il Massimale annuo si intende elevato ad € 100.000,00 e l'indennità sostitutiva giornaliera a € 104,00.</p> <p>Si intendono per "Grandi Interventi" solo ed esclusivamente le tipologie di intervento di seguito indicate</p> <p>FACCIA E BOCCA</p> <ul style="list-style-type: none"> • operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario; • resezione del mascellare superiore; • resezione della mandibola; • operazione per cisti del mascellare; • interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare; • resezione parotidea per tumore misto della parotide; • asportazione della parotide per neoplasie maligne (parotidectomia totale); • asportazione di neoplasie maligne del labbro con svuotamento della loggia sottomascellare; <p>COLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne; • asportazione della ghiandola sottomascellare per tumori maligni;


	<ul style="list-style-type: none"> • interventi per asportazione di tumori maligni del collo; • tiroidectomia totale o subtotale per neoplasia maligna;
	<p>TORACE</p> <ul style="list-style-type: none"> • asportazione di tumori maligni della mammella con svuotamento del cavo ascellare; • interventi correttivi per petto scavato e ad imbuto; • interventi per tumori sul mediastino; • pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco; • resezione segmentaria e lobectomia; • pneumectomia; • interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi; • asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica; • toracoplastica totale o parziale;
	<p>CARDIOCHIRURGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • commisurotomia per stenosi mitralica; • pericardioectomia per pericarditi costruttive; • cisti del cuore e del pericardio; • interventi d'urgenza per ferite o corpi estranei al cuore o per tamponamento; • sostituzione valvolare con protesi; • bypass aorto-coronarico singolo o multiplo; • aneurismi aorta toracica; • riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti; • asportazione di tumori intercardiaci; • impianto pacemaker endocavitario ed eventuale riposizionamento; • contropulsazione per infarto acuto mediante incannullamento arterioso; • trapianto cardiaco;
	<p>ESOFAGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventi per diverticolo all'esofago; • resezione dell'esofago cervicale; • resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo; • legatura di varici esofagee; • operazioni sull'esofago per stenosi benigne; • operazioni sull'esofago per tumori, resezioni parziali basse ed alte; • resezione totale dell'esofago per tumori;
	<p>STOMACO-DUODENO</p> <ul style="list-style-type: none"> • gastroectomia totale; • gastroectomia totale per via toraco-laparotomia; • intervento per mega-esofago; • reintervento per mega-esofago;
	<p>INTESTINO</p> <ul style="list-style-type: none"> • enterstomia ed ano artificiale; • resezione del tenue; • resezione ileo-cecale (emicolectomia destra); • colectomia segmentaria; • colectomia totale; • chiusura di ano artificiale e di fistola stercoracea; • chiusura di ano-preter e ricostruzione della cavità; • amputazione del retto per via perianale; • resezione anteriore del retto; • operazione per megacolon;
	<p>FEGATO E VIE BILIARI</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • epatotomia semplice per ascesso epatico; • epatotomia semplice per cisti da achinococco; • resezione epatica maggiore (epiepatectomia); • interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia, colecistoentestomia); <p>PANCREAS-MILZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventi di necrosi acuta del pancreas; • interventi per fistole pancreatiche; • interventi demolitivi del pancreas (totale o parziale); • splenectomia; • anastomosi porto-cava e spleno renale; • anastomosi mesenterica-cava; <p>CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.) • craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale o sub-durale; • endoarteriectomie o chirurgia dei vasi del collo; • derivazioni liquorali intra-craniche o extra-craniche; • chirurgia stereotassica; • emisferectomia; • tumori inter-orbitali; • interventi per tumori ossei della volta cranica; • intervento sull'ipofisi per via transfenoidale; • interventi per tumori extra-durali; • laminectomia per tumori extra-durali; • laminectomia per tumori intra-durali extra-midollari; • laminectomia per tumori intra-midollari; • asportazione tumori dei nervi periferici; <p>OCULISTICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • trapianto corneale a tutto spessore; • trabeculectomia; • trattamento laser per neo formazioni iridee; <p>CHIRURGIA VASCOLARE</p> <ul style="list-style-type: none"> • sutura dei grossi vasi degli arti e del collo; • embolectomia e tromboectomia per arto; • interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria anonima; • disostruzione o bypass arterie periferiche; • disostruzione o by-pass aorta addominale; • legatura vena cava inferiore; • resezione arteriosa con plastica vasale; • operazione sull'aorta toracica o sull'aorta addominale; <p>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • disarticolazione interscapolo toracica; • emipelvectomy; • artroprotesi di anca; • artroprotesi di ginocchio; • artroprotesi di gomito; • endoprotesi di Thompson; • protesi di spalla e gomito; • protesi di polso;
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • protesi di ginocchio; <p>UROLOGIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • nefrectomia allargata per tumore; • nefrectomia allargata per tumore con ebolectomia; • nefroureterectomia totale (taglio allargato); • ureterocutaneostomia bilaterale • uretero-ileo-anastomosi; • ureterosigmoidostomia unilaterale o bilaterale; • ureterocistonestomia unilaterale o bilaterale; • cistectomia parziale semplice; • cistoprostatovesciculectomia totale (o uteroannessiectomia con uterosigmoidostomia) con senza neovescica rettale; • fistola vescico-intestinale; • ileo o colo-citoplastica; • diverticulectomia con uterocistooneostomia; • fistole vescica-vaginali (vedi anche Apparato Genitale); • estrofia della vescica e derivazione; • trapianto renale; <p>APPARATO GENITALE (MASCILE E FEMMINILE)</p> <ul style="list-style-type: none"> • emasculatio totale; • orchietomia allargata per tumore; • orchietomia allargata con linfectomia retro-peritoneale; • creazione operativa di vagina artificiale (da sigma); • creazione di condotto vaginale con inserimento di protesi; • creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico; • cura chirurgica di fistola vescica-vaginale; • cura chirurgica di fistola ureterale; • cura chirurgica di fistola retto-vaginale; • panisterectomia radicale per tumori maligni, per via addominale; • panisterectomia radicale per via vaginale; • vulvectomia totale; <p>OTORINOLARINGOIATRIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • exeresi di neoplasia del padiglione; • ricostruzione della catena ossiculare; • asportazione di tumori all'orecchio medio; • asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa; • asportazione di tumori maligni del naso e dei seni; • tumori parafaringei; • tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc.); • tumori maligni di altre sedi con svuotamento laterocervicale; • laringectomia sopraglottica; • laringectomia totale; • laringectomia ricostruttiva; • laringofaringectomia; <p>TRAPIANTI D'ORGANO</p> <ul style="list-style-type: none"> • tutti (compreso il trapianto di midollo osseo)
Assistenza	
Assistenza	Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Assistenza sanitaria

	<p>Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24, invio di un medico o di un'ambulanza a domicilio, Second Opinion - consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione, trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, traduzione della Cartella clinica, familiare accanto, rientro al domicilio o rimpatrio sanitario, rientro/rimpatrio figli minori, trasferimento/rimpatrio della salma, interprete a disposizione all'estero, anticipo denaro per spese mediche all'estero, temporary inability care.</p> <p>Temporary Inability Care Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche, invio di un infermiere a domicilio, esami del sangue a domicilio, consegna esiti a domicilio, consegna medicinali a domicilio, ascolto e supporto psicologico, disbrigo pagamento utenze domiciliari, disbrigo faccende domestiche, ricovero auto.</p>
--	---


 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni aggiuntive rispetto a quelle già fornite nel DIP Danni.

 Ci sono limiti di copertura?	
ESCLUSIONI	
Rimborso spese mediche	
Esclusioni	<p>Relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche" sono escluse dall'Assicurazione le spese conseguenti a o dipendenti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malattie mentali ed i disturbi psichici in genere ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso; - intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti; - cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla stipula del contratto; - applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari dall'Infortunio); - cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche) e le parodontopatie, quando non conseguenti ad Infortunio; - acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dall'art.1; - derivanti dall'esposizione a forme di radioattività artificiale; - infortuni conseguenti a stati di ubriachezza o dovuti all'influenza di sostanze stupefacenti o simili od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato; - guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche; - infortuni subiti durante la pratica di sport aerei in genere, durante la partecipazione a gare o corse motoristiche e relative prove o allenamenti.
Limitazioni massimali dovuti all'età	I massimali di garanzia previsti si intendono dimezzati a partire dal giorno di compimento del 70° anno di età dell'Assicurato
Assistenza	
Esclusioni	<p>Relativamente alla garanzia "Assistenza" sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni,

	<p>insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;</p> <ul style="list-style-type: none"> - scioperi, sommosse, tumulti popolari; - coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; - confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo o uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o su altra autorità nazionale o locale; - atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; - viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; - trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; - esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; - materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; - inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; - dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; - atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; - abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni; - infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; - suicidio o tentativo di suicidio; - epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; - quarantene. <p>Sono inoltre escluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato (non valevole per prestazioni di Second Opinion e Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione); - gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da Condizioni di Assicurazione sanitarie internazionali. <p>Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Centrale Operativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione. Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la Durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.</p> <p>L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.</p>
Franchigie, scoperti, limiti di indennizzo	


Rimborso spese mediche	
Spese ricovero e spese prima e dopo il ricovero	<p>Incluse nel limite del Massimale annuo di € 30.000,00, elevato a € 100.000,00 in caso di Ricovero per Grandi Interventi.</p> <p>Sono comprese nel Massimale annuo, con il limite di € 2.000,00, le spese per Trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera nonché quelle di viaggio) sostenute nei 90 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero.</p> <p>Il rimborso delle spese sarà effettuato previa applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di € 500,00; per i ricoveri e/o le prestazioni all'estero tale Scoperto si intende elevato al 20% con il minimo di € 750,00.</p>
Indennità giornaliera per ricovero	<p>Inclusa nel limite del Massimale annuo di € 30.000,00, elevato a € 100.000,00 in caso di Ricovero per Grandi Interventi.</p> <p>Verrà corrisposta per un massimo di 300 giorni per anno solare.</p> <p>Nel caso di parto non cesareo e aborto volontario o terapeutico, verrà corrisposta per un massimo di giorni 7.</p> <p>Il giorno di Ricovero e quello di dimissione sono considerati, agli effetti della liquidazione, come giorno unico.</p> <p>L'indennità giornaliera verrà corrisposta con una Franchigia di giorni uno; a partire dal secondo Sinistro verificatosi nel corso dello stesso anno solare, la Franchigia si intende raddoppiata.</p>
Day Hospital/Day Surgery	<p>Incluso nel limite del Massimale annuo di € 30.000,00, elevato a € 100.000,00 in caso di Ricovero per Grandi Interventi.</p> <p>Strutture sanitarie convenzionate "Clinica Amica"</p> <p>Sottolimito di € 5.000,00 previa deduzione di uno Scoperto del 10% minimo € 250,00.</p> <p>Strutture sanitarie non convenzionate</p> <p>Sottolimito di € 3.000,00 previa deduzione di uno Scoperto del 20% minimo € 500,00.</p>
Assistenza	
<p>Assistenza sanitaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Second Opinion – Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione; • trasferimento a un centro ospedaliero di Alta Specializzazione; • traduzione della documentazione medica; • invio di un medico; • interprete a disposizione all'estero; • invio medicinali all'estero; • anticipo denaro per spese mediche all'estero; • familiare accanto; • rientro / rimpatrio figli minori. 	Limite di indennizzo
<p>Temporary Inability Care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche; • invio di un infermiere a domicilio; 	Limite di indennizzo


<ul style="list-style-type: none"> • esami del sangue a domicilio; • consegna medicinali a domicilio; • disbrigo pagamento utenze domiciliari; • disbrigo faccende domestiche. 	
Esemplificazione dell'applicazione di Scoperto e/o franchigia	
<p>Scoperto previsto in polizza: 10%, minimo € 500,00</p> <ul style="list-style-type: none"> • spese sostenute durante il Ricovero: € 10.000,00; • applicazione Scoperto: € 10.000,00 – 10% = € 9.000,00 indennizzati; • restano a carico dell'Assicurato: € 1.000,00. 	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	DENUNCIA DI SINISTRO
	Rimborso spese mediche
	Relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche", in caso di Sinistro l'Assicurato dovrà: <ul style="list-style-type: none"> - presentare la denuncia di Sinistro alla Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A., entro 15 giorni dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria; - allegare il certificato di dimissione e copia della Cartella clinica; - indicare il tipo di rimborso prescelto (rimborso spese mediche o diaria sostitutiva); - sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ad eventuale richiesta dell'Impresa.
	Assistenza
	Relativamente alla garanzia "Assistenza" qualora l'Assicurato debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza, deve preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa tramite: Linea Verde 800.893.405 Telefono (anche per chiamate dall'estero) +39.02.26609.237 indicando con precisione: <ul style="list-style-type: none"> - tipo di Assistenza di cui necessita; - nome e cognome; - indirizzo e luogo da cui chiama; - eventuale recapito telefonico. La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a: AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza Casella Postale 302 Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi) Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate. Inoltre l'Assicurato dovrà:


	<ul style="list-style-type: none"> - farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo; - comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale. <p>Pagamento diretto in Strutture sanitarie convenzionate</p> <p>Premesso che per Struttura sanitaria Convenzionata si intendono le strutture convenzionate Clinica Amica, individuate nel sito internet www.allianz.it, in caso di necessità di Ricovero, per attivare il servizio di Pagamento diretto, l'Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, deve preventivamente contattare telefonicamente Clinica Amica (il servizio che offre il circuito di Strutture sanitarie convenzionate) dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, e il sabato dalle 9.00 alle 13.00 ai seguenti numeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dall'Italia numero verde 800686868 • dall'estero numero di rete fissa +39 02 26609167. <p>Clinica Amica, verificata la posizione amministrativa relativamente all'Assicurato, può chiedere l'invio di documentazione medica per valutare se è possibile autorizzare la prestazione e provvedere ad attivare il servizio di Pagamento diretto presso la Struttura sanitaria scelta.</p> <p>Clinica Amica è in questo caso anche il riferimento a cui inviare i documenti necessari per ottenere il rimborso delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero e per il trasporto dell'Assicurato.</p> <p>Modalità di erogazione delle prestazioni.</p> <p>Resta convenuto che le prestazioni previste dal presente contratto saranno erogate nel modo seguente:</p> <p>A) Ricoveri e Day Hospital/Day Surgery presso le strutture sanitarie convenzionate Clinica Amica</p> <p>In caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico presso le strutture sanitarie convenzionate Clinica Amica, l'Impresa provvederà a effettuare il Pagamento diretto alla Struttura sanitaria di tutte le spese sanitarie sostenute durante il Ricovero, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato.</p> <p>B) Ricoveri e Day Hospital/Day Surgery con Intervento chirurgico (effettuato da equipe medica non convenzionata con Clinica Amica) presso la Struttura sanitaria convenzionata Clinica Amica</p> <p>In caso di Ricovero che comporti un Intervento chirurgico, l'Impresa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pagherà direttamente alla Struttura sanitaria le spese sanitarie relative al Ricovero, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato; - rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'equipe medica, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato. <p>C) Ricoveri con/senza Intervento chirurgico e Day Hospital/Day Surgery presso altre Strutture sanitarie diverse da Clinica Amica</p> <p>In caso di Ricovero con/senza Intervento chirurgico presso altre strutture sanitarie, l'Impresa rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute durante il Ricovero e documentate, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato.</p> <p>In caso di Pagamento diretto da parte dell'Impresa alla Struttura sanitaria convenzionata Clinica Amica, ogni diritto derivante all'Assicurato dalla presente polizza s'intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto in favore della predetta Struttura sanitaria che fa parte del servizio convenzionato Clinica Amica.</p> <p>Il pagamento eseguito dall'Impresa in forza della presente cessione e in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei confronti dell'Assicurato stesso.</p> <p>Nei casi di Ricovero in cui non operi il servizio di Pagamento diretto, l'Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, deve presentare denuncia scritta con le modalità ed entro i termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione.</p>
--	---


	<p>Per entrambe le modalità di erogazione delle prestazioni, l'Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> § fornire copia della Cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero; § presentare gli originali/copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute. <p>L'Impresa si riserva la facoltà di eseguire verifiche sugli originali dei suddetti documenti qualora necessari.</p> <p>L'Assicurato deve altresì:</p> <ul style="list-style-type: none"> § sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa; § fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato; § dichiarare che i rimborsi ottenuti a termine della presente polizza, sono rimasti effettivamente a proprio carico, assumendosi la responsabilità civile e penale di dichiarazioni non veritiere; <p>Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.</p> <p>Il rispetto delle procedure summenzionate costituiscono condizione necessaria per l'accesso all'erogazione delle prestazioni.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti dell'Assicurato, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate nelle Condizioni di Assicurazione come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza), possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>Termini di indennizzo L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso.</p> <p>Entro lo stesso termine l'Impresa comunica anche eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.</p>


 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Premio mensile Non vi sono altre informazioni rispetto a quanto descritto nel DIP Danni. Il premio è comprensivo delle imposte.</p>
Rimborso	<p>Diritto di ripensamento In caso di esercizio del diritto di recesso, l'Impresa provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Modulo di adesione, che corrisponde sempre al primo giorno del mese successivo a quello di adesione, se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, e termina alla data di scadenza indicata nel Modulo di adesione.</p> <p>La Durata dell'Assicurazione è di mesi uno senza tacito rinnovo, salva la possibilità da parte</p>

	<p>dell'Aderente (o del Soggetto pagatore qualora diverso dall'Aderente) di prorogare la scadenza di mese in mese mediante il pagamento del premio mensile successivo.</p> <p>Il mancato pagamento del suddetto premio comporta la cessazione dell'Assicurazione senza alcun obbligo di disdetta da parte dell'Impresa o dell'Aderente; l'Aderente potrà comunque aderire nuovamente alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione di un nuovo Modulo di adesione, cui si applicheranno nuovamente le carenze previste dalle Condizioni di Assicurazione.</p> <p>L'Assicurazione decade, e con essa i suoi effetti, a partire dalla scadenza mensile successiva alla data di chiusura del conto corrente presso la Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A.</p> <p>Periodo di Carenza della copertura assicurativa</p> <p>Relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche", l'Assicurazione ha effetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in caso di Infortunio, dal giorno della decorrenza dell'Assicurazione; - in caso di Malattia, dal 60° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione; - in caso di parto e delle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione; - in caso di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente all'adesione alla Polizza Collettiva, dal 365° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione; - relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche per Day Hospital/Day Surgery", dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Prodotto destinato ai Clienti della Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. e rivolto a chi vuole tutelarsi in caso di Ricovero per Malattia, Infortunio o parto.	

 Quali costi devo sostenere?	
La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del prodotto in oggetto è pari al 28%.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; - tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.</p>

	Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI - RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di Sinistro, qualora le parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.
Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'Impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il Contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di assicurazione contro i danni

H PLUS

Assicurazione delle spese mediche per i clienti della
Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A.

AVVERTENZA

Il presente documento, composto da Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario e dell'Informativa privacy deve essere consegnato all'Aderente prima dell'adesione alla Polizza Collettiva.

GLOSSARIO
Polizza Collettiva di assicurazione contro i danni

H PLUS
Assicurazione delle spese mediche per i clienti della
Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A.
Data ultimo aggiornamento 03-02-2022

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Aderente

Il soggetto che sottoscrive il Modulo di adesione alla Polizza Collettiva.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione, vale a dire la persona fisica indicata nel Modulo di adesione.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione, ossia l'insieme delle garanzie prestate all'Assicurato dalla Polizza Collettiva.

Carenza

Il periodo che intercorre tra il momento della stipula del contratto di Assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta è efficace.

Cartella clinica

Il documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Struttura sanitaria, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, eventuali interventi chirurgici eseguiti, terapie effettuate, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera.

Centrale Operativa

La struttura organizzativa di AWP P&C S.A. (di seguito indicata, per brevità, AWP P&C) che provvede 24 ore su 24 tutto l'anno al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza previste nella Polizza Collettiva.

Clinica Amica

Il servizio che offre il circuito di Strutture Sanitarie convenzionate, individuate nel sito internet www.allianz.it

Contraente

La Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. che stipula l'Assicurazione con l'Impresa per conto degli Assicurati.

Day Hospital

La degenza in Struttura sanitaria senza pernottamento per terapie mediche, non comportante intervento chirurgico, con redazione di Cartella clinica.

Day Surgery

La degenza in Struttura sanitaria senza pernottamento per prestazioni chirurgiche, con redazione di Cartella clinica.

Difetti fisici/Malformazioni

La deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un organo per condizioni morbose congenite (malformazione) o traumatiche acquisite (difetto fisico) anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.

Durata dell'Assicurazione

La Durata, espressa in mesi interi, del periodo di tempo intercorrente tra la data di decorrenza e la data di scadenza del contratto di Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative previste risultano valide.

Franchigia

La somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'Indennizzo, resta per ogni Sinistro a carico dell'Assicurato.

Grande intervento chirurgico

L'Intervento chirurgico rientrante nell'ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI allegato.

Impresa

Allianz S.p.A..

Indennizzo

La somma dovuta dall'Impresa in caso di Sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario

La Banca Popolare Alto Adige S.p.A.

Intervento chirurgico

L'atto terapeutico realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature.

Malattia

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattia Oncologica

Ogni stato di Malattia determinato dalla presenza di neoplasia maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.

Modulo di adesione

Il documento sottoscritto dall'Aderente mediante il quale lo stesso aderisce alla Polizza Collettiva.

Pagamento diretto

Il servizio, attivabile presso le Strutture sanitarie convenzionate contattando preventivamente Clinica Amica, che prevede il Pagamento diretto da parte dell'Impresa alla Struttura sanitaria delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato, indennizzabili a termini di Polizza.

Polizza Collettiva

Il documento che prova l'Assicurazione stipulata dal Contraente nell'interesse di più Assicurati.

Ricovero

La degenza, comportante pernottamento, in Struttura sanitaria.

Scoperto

La somma, espressa in valore percentuale, con eventuale importo minimo e/o massimo che, dedotta dall'Indennizzo, resta per ogni Sinistro a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Soggetto pagatore

Il soggetto intestatario o delegato del conto corrente presso la Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A.

Somma assicurata / Massimale

L'importo che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa nell'anno solare, in relazione alle garanzie prestate.

Struttura sanitaria

Ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Trattamenti fisioterapici

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa praticati da medici o professionisti in possesso di regolare abilitazione riconosciuta in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termini di Polizza. Dalla copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Collettiva di assicurazione contro i danni H PLUS Assicurazione delle spese mediche per i clienti della Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A.

Data ultimo aggiornamento 03-02-2022

Art.1 – Oggetto dell'Assicurazione

La Polizza Collettiva prevede le prestazioni di cui alle seguenti lettere A e B a favore della persona Assicurata identificata nel Modulo di adesione.

A1. Rimborso spese mediche

- a) L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, (con o senza Intervento chirurgico) in Struttura sanitaria pubblica o privata (compreso il caso di Ricovero per parto cesareo, aborto spontaneo ed aborto post-traumatico) e fino alla concorrenza del Massimale annuo di € 30.000,00, le spese sostenute per:
- gli accertamenti diagnostici, le cure, i Trattamenti fisioterapici e rieducativi, le rette di degenza, gli onorari dei medici e dell'équipe chirurgica, i diritti di sala operatoria ed il materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento stesso);
 - gli accertamenti diagnostici (compresi gli onorari dei medici), effettuati anche al di fuori della Struttura sanitaria, nei 90 giorni che precedono il Ricovero e ne abbiano evidenziato la necessità;
 - le prestazioni mediche e gli esami nei 90 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero.

Sono comprese nel Massimale annuo, con il limite di € 2.000,00, le spese per Trattamenti fisioterapici e rieducativi e per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera nonché quelle di viaggio) sostenute nei 90 giorni successivi a quello di cessazione del Ricovero.

Il rimborso delle spese di cui sopra sarà effettuato previa applicazione di uno Scoperto del 10 % con il minimo di € 500,00; per i ricoveri e/o le prestazioni all'estero tale Scoperto si intende elevato al 20% con il minimo di € 750,00.

- b) le prestazioni di cui al precedente punto a) possono essere sostituite, a scelta dell'Assicurato, dalla corresponsione di una indennità giornaliera, per ciascun giorno di Ricovero, pari ad € 52,00 che verrà corrisposta per un massimo di 300 giorni per anno solare; tale indennità, nel caso di parto non cesareo e aborto volontario o terapeutico, verrà corrisposta per un massimo di giorni 7.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione è considerato, agli effetti della liquidazione, come giorno unico.

L'indennità giornaliera verrà corrisposta con una Franchigia di giorni uno; a partire dal secondo Sinistro verificatosi nel corso dello stesso anno solare, la Franchigia si intende raddoppiata.

A2. Rimborso spese mediche per Day Hospital/Day Surgery

L'Impresa rimborsa, in caso di Ricovero dell'Assicurato, a causa di Infortunio o Malattia, con Intervento chirurgico in Day Surgery e per terapie di malattie oncologiche in Day Hospital, le spese mediche sostenute durante il Ricovero, fino alla concorrenza di un sottolimito come sotto riportato:

- Strutture sanitarie convenzionate Clinica Amica: sottolimito di € 5.000,00, previa deduzione di uno Scoperto del 10%, minimo € 250,00;
- Strutture sanitarie non convenzionate o parzialmente convenzionate: sottolimito di € 3.000,00, previa deduzione di uno Scoperto del 20%, minimo € 500,00.

Nel corso di ogni anno solare, l'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme delle prestazioni garantite dall'Assicurazione non potrà superare il Massimale annuo.

B. Assistenza

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito indicati sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP P & C S.A., con sede in Via Brenta, 32, 20139 Milano - in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione stipulata con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste nella specifica sezione delle Condizioni di Assicurazione.

L'Assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Il servizio di Assistenza prestato con la Polizza Collettiva non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

1) Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può usufruire del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa per organizzare un appuntamento telefonico con uno specialista in: Cardiologia, Ginecologia, Ortopedia, Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

La prenotazione dell'eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

2) Invio di un medico o di un'ambulanza a domicilio

(Prestazione fornita con un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo)

L'Assicurato che necessita di una visita medica al proprio domicilio, può richiedere alla Centrale Operativa di provvedere all'invio gratuito di uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità del medico, la Centrale Operativa organizzerà a proprie spese il trasferimento dell'Assicurato al più vicino Pronto Soccorso.

La prestazione è operante in Italia dalle ore 20.00 alle ore 08.00 e nei giorni festivi.

Qualora l'Assicurato, in caso di Malattia grave ed improvvisa od Infortunio, necessiti di un trasferimento in ambulanza al più vicino ospedale, la Centrale Operativa, previo parere del medico curante in accordo con il proprio Servizio di assistenza medica, provvederà ad organizzare il servizio di trasferimento in Autoambulanza, tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un Massimale di 150 km di percorrenza A/R.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

AVVERTENZA: In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare con la massima urgenza gli organismi ufficiali di soccorso (Servizio 118). La Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

3) Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

L'Assicurato o il suo medico curante possono richiedere alla Centrale Operativa di far effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre.

Entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa o i propri medici convenzionati, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi.

Se necessario, la Centrale Operativa provvede alla traduzione (in inglese, francese, spagnolo o tedesco) di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

4) Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

5) Traduzione della Cartella clinica

Qualora l'Assicurato usufruisca della garanzia "Trasferimento ad un centro ospedaliero di Alta specializzazione" di cui al precedente paragrafo, la Centrale Operativa provvede alla traduzione della "Cartella clinica" dell'Assicurato per permettere ai medici del Centro di destinazione l'immediata presa a carico della patologia diagnosticata. La traduzione può essere fornita, con costi completamente a carico della Centrale Operativa, dall'Italiano all'Inglese, Francese, Tedesco e/o Spagnolo.

Tale garanzia è operante nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Centrale Operativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

6) Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o Malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 4 giorni, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.

Nel caso in cui il Ricovero sia per un periodo superiore a 7 giorni, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino al limite massimo di € 500,00 per evento.

7) Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. La garanzia opera a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, a giudizio del medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo:

- aereo sanitario con équipe medica;
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella;
- ambulanza;
- treno (se necessario in vagone letto);
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

8) Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, a seguito di Ricovero ospedaliero o di decesso dell'Assicurato avvenuto in viaggio per Infortunio o Malattia improvvisa, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvederà a proprie spese al loro rimpatrio, mettendo a loro disposizione un accompagnatore.

9) Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le Condizioni di Assicurazione internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

10) Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa si assumerà i relativi costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento.

11) Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessiti di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, fino ad un massimo di € 1.000,00 per evento, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire la somma ricevuta a titolo di anticipo, entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.

12) Temporary Inability Care

Le garanzie che seguono operano in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital od ospedale, qualora l'Assicurato riceva una prognosi di inabilità temporanea superiore a 7 giorni.

La Centrale Operativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno essere richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

12.1) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare l'Assicurato delle relative spese sino a un massimo di € 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

12.2) Invio di un infermiere a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di € 150,00 ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la stessa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di € 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.

12.3) Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.

12.4) Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi delle prestazioni.

12.5) Consegna medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.

12.6) Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

12.7) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

12.8) Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, la Centrale Operativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto- spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di € 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di € 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

12.9) Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Art.2 – Grandi Interventi

Relativamente alla garanzia “Rimborso spese mediche” di cui al precedente art. 1 - lettera A - in caso di Ricovero per “Grandi Interventi” (tassativamente individuati nell'ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI che segue le presenti Condizioni di Assicurazione) il Massimale annuo si intende elevato ad € 100.000,00 e l'indennità sostitutiva giornaliera ad € 104,00.

Art. 3 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Le spese sostenute all'estero verranno rimborsate in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato; il cambio è ricavato dalle quotazioni dell'U.I.C.

Relativamente alla garanzia Assistenza di cui al precedente art. 1 - lettera B – l'Assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione per quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Art. 4 – Termini di carenza

Relativamente alla garanzia “Rimborso spese mediche” di cui al precedente art. 1, lettera A, l'Assicurazione ha effetto:

- in caso di Infortunio, dal giorno della decorrenza dell'Assicurazione;
- in caso di Malattia, dal 60° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione;
- in caso di parto e delle malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione;
- in caso di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente all'adesione alla Polizza Collettiva, dal 365° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione;
- relativamente alla garanzia “Rimborso spese mediche per Day Hospital/Day Surgery”, dal 180° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione;
- in caso di sostituzione della polizza in corso n. 66086012 – 66086013 – 66086016 – 66086017, viene computato nel periodo di Carenza anche il periodo trascorso con la polizza sostituita limitatamente alla prestazione “Rimborso spese mediche”;
- in caso di sostituzione della polizza in corso n. 66086020 – 66086021 viene computato nel periodo di Carenza anche il periodo trascorso con la polizza sostituita.

Art. 5 – Limiti di età

Ferme le limitazioni di cui ai successivi articoli, le presenti garanzie sono valide indipendentemente dall'età dell'Assicurato.

I massimali di garanzia previsti per la garanzia “Rimborso spese mediche” si intendono dimezzati a partire dal giorno di compimento del 70° anno di età dell'Assicurato.

Art. 6 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili con la Polizza Collettiva le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

L'Assicurazione cessa qualora una di tali patologie sia diagnosticata in corso di contratto, con restituzione delle eventuali rate mensili incassate successivamente alla diagnosi della patologia.

Inoltre non sono assicurabili le persone che non hanno residenza e/o domicilio fiscale in Italia e l'Assicurazione cessa qualora in corso di contratto l'Assicurato trasferisca la residenza e/o il domicilio fiscale all'estero.

Art. 7 – Esclusioni e delimitazioni di rischio

- a) relativamente alla garanzia “Rimborso spese mediche” e alla garanzia “Rimborso spese mediche per Day Hospital/Day Surgery”, sono escluse dall'Assicurazione le spese conseguenti a o dipendenti da:
- malattie mentali ed i disturbi psichici in genere ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
 - intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
 - cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o Malformazioni preesistenti alla stipula del contratto;
 - applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari dall'Infortunio);
 - cure dentarie conservative e/o chirurgiche (ivi comprese quelle protesiche) e le parodontopatie, quando non conseguenti ad Infortunio;
 - acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici salvo quanto previsto dall'art.1;
 - esposizione a forme di radioattività artificiale;
 - infortuni conseguenti a stati di ubriachezza o dovuti all'influenza di sostanze stupefacenti o simili od in conseguenza di illeciti

commessi dolosamente dall'Assicurato, intendendosi invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato;

- guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- infortuni subiti durante la pratica di sport aerei in genere, durante la partecipazione a gare o corse motoristiche e relative prove o allenamenti;

b) relativamente alla garanzia "Assistenza" sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza di:

- danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- quarantene.

Sono inoltre escluse:

- malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato (non valevole per le prestazioni di Second Opinion e Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione);
- gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da Condizioni di Assicurazione sanitarie internazionali.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Centrale Operativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la Durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

Art. 8 – Denuncia di sinistro

Relativamente alla garanzia "Rimborso spese mediche, in caso di Sinistro l'Assicurato dovrà:

- presentare la denuncia di Sinistro alla Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A., entro 15 giorni dal verificarsi del Sinistro o dalla data di dimissione dalla Struttura sanitaria;
- allegare il certificato di dimissione e copia della Cartella clinica;
- indicare il tipo di rimborso prescelto (rimborso spese mediche o diaria sostitutiva) come previsto dall'art.1.
- sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ad eventuale richiesta dell'Impresa.

Relativamente alla garanzia "Assistenza" qualora l'Assicurato debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza, deve preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa tramite:

- Linea Verde 800.893.405
- Telefono (anche per chiamate dall'estero) +39.02.26609.237,

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;

- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

AWP P&C S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

Art. 9 – Modalità di erogazione delle prestazioni

Premesso che per Struttura sanitaria Convenzionata si intendono le strutture convenzionate Clinica Amica, individuate nel sito internet www.allianz.it, in caso di necessità di Ricovero, per attivare il servizio di Pagamento diretto, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve preventivamente contattare telefonicamente Clinica Amica (il servizio che offre il circuito di Strutture sanitarie convenzionate) dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 19.00, e il sabato dalle 9.00 alle 13.00 ai seguenti numeri:

- dall'Italia numero verde 800686868
- dall'estero numero di rete fissa +39 02 26609167.

Clinica Amica, verificata la posizione amministrativa relativamente all'Assicurato, può chiedere l'invio di documentazione medica per valutare se è possibile autorizzare la prestazione e provvedere ad attivare il servizio di Pagamento diretto presso la Struttura sanitaria scelta.

Clinica Amica è in questo caso anche il riferimento a cui inviare i documenti necessari per ottenere il rimborso delle spese eventualmente sostenute per prestazioni effettuate prima e dopo il Ricovero e per il trasporto dell'Assicurato.

Resta convenuto che le prestazioni previste dal presente contratto saranno erogate nel modo seguente:

- A) Ricoveri e Day Hospital/Day Surgery presso le Strutture Sanitarie convenzionate Clinica Amica
In caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico presso le Strutture sanitarie convenzionate Clinica Amica, l'Impresa provvederà a effettuare il Pagamento diretto alla Struttura sanitaria di tutte le spese sanitarie sostenute durante il Ricovero, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato.
- B) Ricoveri e Day Hospital/Day Surgery con Intervento chirurgico (effettuato da équipe medica non convenzionata con Clinica Amica) presso le Strutture Sanitarie convenzionate Clinica Amica
In caso di Ricovero che comporti un Intervento chirurgico, l'Impresa:
- pagherà direttamente alla Struttura sanitaria le spese sanitarie relative al Ricovero, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato;
 - rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni dell'equipe medica, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato.
- C) Ricoveri e Day Hospital/Day Surgery con o senza Intervento chirurgico presso altre Strutture Sanitarie diverse da Clinica Amica
In caso di Ricovero con/senza Intervento chirurgico presso altre Strutture sanitarie, l'Impresa rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute durante il Ricovero e documentate, fino a concorrenza del Massimale e previa applicazione degli scoperti previsti che rimangono a carico dell'Assicurato.

In caso di Pagamento diretto da parte dell'Impresa alla Struttura sanitaria CLINICA AMICA, ogni diritto derivante all'Assicurato dalla presente polizza si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in favore della predetta Struttura sanitaria che fa parte del servizio convenzionato Clinica Amica.

Il pagamento eseguito dall'Impresa in forza della presente cessione ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei confronti dell'Assicurato stesso.

Nei casi di Ricovero in cui non operi il servizio di Pagamento diretto, l'Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo, deve presentare denuncia scritta, con le modalità ed entro i termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione all'art. 8.

Per entrambe le modalità di erogazione delle prestazioni, l'Assicurato o altro soggetto per conto del medesimo deve:

- fornire copia della Cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla Malattia e/o all'Infortunio che hanno determinato il Ricovero;
- presentare gli originali/copie delle notule, distinte e ricevute, fiscalmente regolari e debitamente quietanzate relative alle spese sostenute.

L'Impresa si riserva la facoltà di eseguire verifiche sugli originali dei suddetti documenti qualora necessari.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- dichiarare che i rimborsi ottenuti a termine della Polizza Collettiva, sono rimasti effettivamente a proprio carico, assumendosi la responsabilità civile e penale di dichiarazioni non veritiere.

Nel caso in cui, durante il periodo di cura, sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente o gli eredi legittimi devono darne immediato avviso all'Impresa e gli adempimenti di cui sopra dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Art. 10 – Termini per l'indennizzo

Nei casi di Ricovero in cui non operi il servizio di Pagamento diretto, l'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso.

Entro lo stesso termine l'Impresa comunica anche eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

L'importo di liquidazione verrà accreditato, con bonifico, direttamente sul conto corrente dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato viene liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 11 – Foro competente

Per le controversie riguardanti l'esecuzione del presente contratto è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 12 – Procedimento arbitrale

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

Ferma restando la facoltà di ricorso al giudice ordinario competente, le controversie che dovessero sorgere tra le Parti potranno essere decise – previo accordo scritto tra le Parti stesse – a mezzo di arbitrato rituale o irrituale.

Salvo diversa pattuizione, l'arbitrato avrà luogo nella città sede di Tribunale più vicina alla residenza dell'Assicurato, che sia anche sede di Istituto di Medicina Legale. Ciascuna delle Parti si accollerà gli oneri e le spese del proprio arbitro e metà di quelle del terzo. In caso di arbitro unico, gli oneri e le spese dell'arbitrato saranno pariteticamente suddivise.

Art. 13 – Modalità di adesione alla Polizza Collettiva e Pagamento del premio

L'Assicurazione si stipula sottoscrivendo il relativo Modulo di adesione in forma autografa o in forma elettronica, con le modalità conformi ai requisiti di legge almeno per la firma elettronica avanzata, rese disponibili dal Contraente.

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione, tramite addebito diretto sul conto corrente dell'Aderente o del Soggetto pagatore (se diverso dall'Aderente) presso la Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A., per attivare il quale l'Aderente o il Soggetto pagatore (se diverso dall'Aderente) deve autorizzare la Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A. ad addebitare il premio alla firma sul rapporto di conto corrente indicato nel Modulo di adesione il giorno successivo all'adesione e con data valuta uguale alla data di adesione.

Per le successive mensilità il pagamento avverrà sempre ogni primo giorno del mese a copertura della mensilità successiva.

I Premi sono comprensivi delle imposte e devono essere pagati all'Intermediario oppure all'Impresa.

Se l'Aderente non paga i Premi e le rate di Premio per insufficiente disponibilità sul conto corrente, la copertura assicurativa è sospesa dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese a copertura del quale è stata incassata l'ultima rata mensile.

Se la copertura sul conto corrente non viene ripristinata entro 15 giorni da quello del mancato pagamento della rata mensile, l'Assicurazione s'intende cessata a partire dall'ultimo giorno del mese a copertura del quale è stata incassata l'ultima rata mensile, senza necessità di ulteriori comunicazioni da parte dell'Impresa o dell'Aderente.

Art. 14 – Durata e proroga dell'assicurazione

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nel Modulo di adesione, che corrisponde sempre al primo giorno del mese successivo a quello di adesione, se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, e termina alla data di scadenza indicata nel Modulo di adesione.

La Durata dell'Assicurazione è di mesi uno senza tacito rinnovo, salva la possibilità da parte dell'Aderente (o del Soggetto pagatore qualora diverso dall'Aderente) di prorogare la scadenza di mese in mese mediante il pagamento del premio mensile successivo.

Il mancato pagamento del suddetto premio comporta la cessazione dell'Assicurazione senza alcun obbligo di disdetta da parte dell'Impresa o dell'Aderente; l'Aderente potrà comunque aderire nuovamente alla Polizza Collettiva mediante la sottoscrizione di un nuovo Modulo di adesione, cui si applicheranno nuovamente le carenze previste dall'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 15 – Condizione di operatività dell'assicurazione

Per poter aderire alla Polizza Collettiva "H PLUS Clienti Banca Popolare dell'Alto Adige S.p.A." è necessaria l'esistenza di un contratto di conto corrente, presso la Banca stessa, intestato all'Aderente (o al Soggetto pagatore se diverso da quest'ultimo) o del quale l'Aderente (o il Soggetto pagatore se diverso da quest'ultimo) sia delegato; se il suddetto contratto di conto corrente cessa per fatto dell'Aderente (o del Soggetto pagatore se diverso dall'Aderente), l'Assicurazione si intende automaticamente risolta a partire dalla scadenza mensile successiva alla data di cessazione del conto corrente.

Art. 16 – Anticipi e cessioni dei diritti

Qualora il Ricovero si protragga oltre 8 giorni, e previa esibizione di certificazione medica provvisoria della Struttura sanitaria in cui si attesti il Ricovero, nonché la natura della Malattia o dell'Infortunio, l'Assicurato può richiedere un anticipo fino ad un massimo del 50% delle spese effettivamente sostenute e documentate. Al termine del Ricovero si procederà al conguaglio.

Art. 17 – Diritto di ripensamento

L'Aderente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta all'Impresa; resta fermo che, in caso di mancato esercizio del diritto di recesso, la copertura assicurativa rimarrà operante secondo le regole di Durata sottoscritte.

In caso di esercizio del diritto di recesso, l'Impresa provvederà al rimborso del premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.

Art. 18 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (art. 2 delle Condizioni di Assicurazione)

Si intendono per "Grandi Interventi" solo ed esclusivamente le tipologie di intervento di seguito indicate

FACCIA E BOCCA

- operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario;
- resezione del mascellare superiore;
- resezione della mandibola;
- operazione per cisti del mascellare;
- interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare;
- resezione parotidea per tumore misto della parotide;
- asportazione della parotide per neoplasie maligne (parotidectomia totale);
- asportazione di neoplasie maligne del labbro con svuotamento della loggia sottomascellare;

COLLO

- asportazione della ghiandola sottomascellare per infiammazioni croniche e neoplasie benigne;
- asportazione della ghiandola sottomascellare per tumori maligni;
- interventi per asportazione di tumori maligni del collo;
- tiroidectomia totale o subtotale per neoplasia maligna;

TORACE

- asportazione di tumori maligni della mammella con svuotamento del cavo ascellare;
- interventi correttivi per petto scavato e ad imbuto;
- interventi per tumori sul mediastino;
- pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco;
- resezione segmentaria e lobectomia;
- pneumectomia;
- interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi;
- Condizioni di assicurazione
- CA- H -ed.01012019 Pagina 12 di 14
- asportazione di tumori bronchiali per via endoscopica;
- toracoplastica totale o parziale;

CARDIOCHIRURGIA

- commisurotomia per stenosi mitralica;
- pericardioectomia per pericarditi costruttive;
- cisti del cuore e del pericardio;
- interventi d'urgenza per ferite o corpi estranei al cuore o per tamponamento;
- sostituzione valvolare con protesi;
- bypass aorto-coronarico singolo o multiplo;
- aneurismi aorta toracica;
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti;
- asportazione di tumori intercardiaci;
- impianto pacemaker endocavitario ed eventuale riposizionamento;
- contropulsazione per infarto acuto mediante incannullamento arterioso;
- trapianto cardiaco;

ESOFAGO

- interventi per diverticolo all'esofago;
- resezione dell'esofago cervicale;
- resezione totale esofagea con esofagoplastica in un tempo;
- legatura di varici esofagee;
- operazioni sull'esofago per stenosi benigne;
- operazioni sull'esofago per tumori, resezioni parziali basse ed alte;
- resezione totale dell'esofago per tumori;

STOMACO-DUODENO

- gastroectomia totale;
- gastroectomia totale per via toraco-laparotomia;
- intervento per mega-esofago;
- reintervento per mega-esofago;

INTESTINO

- enterostomia ed ano artificiale;
- resezione del tenue;
- resezione ileo-cecale (emicolectomia destra);
- colectomia segmentaria;
- colectomia totale;
- chiusura di ano artificiale e di fistola stercoracea;
- chiusura di ano-preter e ricostruzione della cavità;
- amputazione del retto per via perianale;
- resezione anteriore del retto;
- operazione per megacolon;

FEGATO E VIE BILIARI

- epatotomia semplice per ascesso epatico;
- epatotomia semplice per cisti da achinococco;
- resezione epatica maggiore (epiepatectomia);
- interventi di drenaggio interno delle vie biliari (colecistogastrostomia, colecistoentestomia);

PANCREAS-MILZA

- interventi di necrosi acuta del pancreas;
- interventi per fistole pancreatiche;
- interventi demolitivi del pancreas (totale o parziale);
- splenectomia;
- anastomosi porto-cava e spleno renale;
- anastomosi mesenterica-cava;

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

- asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale o sub-durale;
- endoarteriectomie o chirurgia dei vasi del collo;
- derivazioni liquorali intra-craniche o extra-craniche;
- chirurgia stereotassica;
- emisferectomia;
- tumori inter-orbitali;
- interventi per tumori ossei della volta cranica;
- intervento sull'ipofisi per via transfenoidale;
- interventi per tumori extra-durali;
- laminectomia per tumori extra-durali;
- laminectomia per tumori intra-durali extra-midollari;
- laminectomia per tumori intra-midollari;
- asportazione tumori dei nervi periferici;

OCULISTICA

- trapianto corneale a tutto spessore;
- trabeculectomia;
- trattamento laser per neo formazioni iridee;

CHIRURGIA VASCOLARE

- sutura dei grossi vasi degli arti e del collo;
- embolectomia e tromboectomia per arto;
- interventi per stenosi od ostruzione della carotide extracranica, succlavia e arteria ano-nima;
- disostruzione o bypass arterie periferiche;
- disostruzione o by-pass aorta addominale;
- legatura vena cava inferiore;
- resezione arteriosa con plastica vasale;
- operazione sull'aorta toracica o sull'aorta addominale;

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- disarticolazione interscapolo toracica;
- emipelvectomy;
- artroprotesi di anca;
- artroprotesi di ginocchio;

- artroprotesi di gomito;
- endoprotesi di Thompson;
- protesi di spalla e gomito;
- protesi di polso;
- protesi di ginocchio;

UROLOGIA

- nefrectomia allargata per tumore;
- nefrectomia allargata per tumore con ebolectomia;
- nefroureterectomia totale (taglio allargato);
- ureterocutaneostomia bilaterale
- uretero-ileo-anastomosi;
- ureterosigmoidostomia unilaterale o bilaterale;
- ureterocistostomia unilaterale o bilaterale;
- cistectomia parziale semplice;
- cistoprostatovesciculetomia totale (o uteroannessiectomia con uterosigmoidostomia) con senza neovescica rettale;
- fistola vescico-intestinale;
- ileo o colo-citoplastica;
- diverticulectomia con uterocistooneostomia;
- fistole vescica-vaginali (vedi anche Apparato Genitale);
- estrofia della vescica e derivazione;
- trapianto renale;

APPARATO GENITALE (MASCHILE E FEMMINILE)

- emasculatio totale;
- orchiectomia allargata per tumore;
- orchiectomia allargata con linfectomia retro-peritoneale;
- creazione di condotto vaginale con inserimento in protesi;
- creazione di condotto vaginale con rivestimento epidermico;
- cura chirurgica di fistola vescica-vaginale;
- cura chirurgica di fistola ureterale;
- cura chirurgica di fistola retto-vaginale;
- panisterectomia radicale per tumori maligni, per via addominale;
- panisterectomia radicale per via vaginale;
- vulvectomia totale;

OTORINOLARINGOIATRIA

- exeresi di neoplasia del padiglione;
- ricostruzione della catena ossiculare;
- asportazione di tumori all'orecchio medio;
- asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa;
- asportazione di tumori maligni del naso e dei seni;
- tumori parafaringei;
- tumori maligni di altre sedi (tonsille, ecc.);
- tumori maligni di altre sedi con svuotamento laterocervicale;
- laringectomia sopraglottica;
- laringectomia totale;
- laringectomia ricostruttiva;
- laringofaringectomia.

TRAPIANTI D'ORGANO

- tutti (compreso il trapianto di midollo osseo)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SULLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA

Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La normativa vigente, definita in relazione al Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (regolamento generale sulla protezione dei dati) garantisce che il trattamento personale dei dati si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali, nonché della dignità delle persone fisiche, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali assicurando che i dati siano trattati in modo lecito e secondo correttezza. Nel rispetto di questo quadro normativo, Le chiediamo di fornirci i Suoi dati per poter erogare i servizi assicurativi e soddisfare le richieste che pervengono dagli interessati. A tal fine le precisiamo che la nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati), come precisato nel presente documento.

1. Titolare del Trattamento e informazioni di contatto

Il titolare del trattamento dei dati è Allianz S.p.A., con sede a Milano in Piazza Tre Torri 3, che definisce modalità e finalità del trattamento dei Suoi dati personali. La presente informativa riguarda pertanto anche l'attività ed il trattamento dei dati svolti dai soggetti citati nel presente documento, il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile agevolmente e gratuitamente scrivendo Allianz S.p.A. – P.zza Tre Torri 3 - Milano, ove sono disponibili anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati. Per comodità, indichiamo altresì che il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) è stato individuato nel Responsabile della Unità Affari Legali, che potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Allianz S.p.A., P.zza Tre Torri 3 – 20145 Milano oppure scrivendo all'indirizzo mail: Dpo.Allianz@allianz.it.

2. Categorie di dati raccolti

La nostra società deve acquisire (o già detiene) alcuni dati relativi agli interessati (Contraente/Assicurati). Tali dati potranno essere anche quelli appartenenti a categorie particolari (in particolare dati relativi alla salute o all'appartenenza a sindacati) solo in quanto siano strumentali alla gestione del rapporto connesso alla gestione dei dati stessi. Le categorie di dati che potremo trattare sono le seguenti:

- dati personali;
- dati sensibili (quali, a titolo esemplificativo, i dati relativi alla salute, vita sessuale e orientamento sessuale della persona, origine razziale o etnica per visite mediche, per la sottoscrizione polizze vita e liquidazione sinistri e per i quali si richiede un ESPRESSO CONSENSO al trattamento, ecc.);
- dati giudiziari;
- digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).

3. Finalità del trattamento

I dati forniti dagli interessati o da altri soggetti che effettuano operazioni che li riguardano o che, per soddisfare loro richieste, forniscano alla Società informazioni commerciali, finanziarie, professionali, ecc. sono utilizzati da Allianz S.p.A., da società del Gruppo Allianz SE e da terzi, a cui essi verranno comunicati, al fine di consentire alla Società stessa – anche per conto di altre società del Gruppo Allianz SE – di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornire il prodotto assicurativo, nonché dare esecuzione a servizi connessi, accessori e strumentali all'erogazione della prestazione assicurativa e, ancora, dare esecuzione a prodotti connessi o accessori, che gli interessati hanno richiesto;
- in particolare utilizzare i Suoi dati personali per fornire i servizi conseguenti all'adesione, in qualità di assicurato, a polizze assicurative stipulate;
- ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- limitatamente ad alcuni dati anche eventualmente comunicati a Allianz S.p.A. da terzi, adempiere alla normativa vigente in materia di prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento al terrorismo.

I dati personali, anche sensibili e giudiziari, saranno trattati e potranno essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE per finalità di antifrode (come anche indicato nel Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per l'individuazione e/o il perseguimento di frodi assicurative). I dati degli interessati, potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità del servizio.

3.a Base Giuridica del trattamento

La base giuridica dei trattamenti dei dati è rappresentata dal fatto che il trattamento è necessario all'esecuzione di misure precontrattuali, in vista della possibile instaurazione, o dell'avvenuta instaurazione, del rapporto assicurativo, adottate su richiesta dell'Interessato stesso.

In aggiunta, per i dati sensibili, la base giuridica dei trattamenti indicati è dunque rappresentata dal fatto che l'Interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali.

3.b Consenso facoltativo e obbligatorio, facoltà di rifiuto e conseguenze

Allianz S.p.A. chiede, quindi, di esprimere il consenso – contenuto nella proposta di adesione - per il trattamento dei dati personali strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi richiesti dagli interessati. Per i servizi e

prodotti assicurativi la Società ha necessità di trattare anche dati “sensibili” e/o giudiziari, strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche utilizzate per la liquidazione dei sinistri.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità. Premesso che il consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo, preme precisare che, in caso di rifiuto, Allianz S.p.A. si vedrà costretta a non poter procedere all'esecuzione del servizio assicurativo, a meno che non risulti in modo inequivocabile che i dati sono stati forniti direttamente dagli interessati per l'esecuzione della prestazione assicurativa e per soddisfare le richieste dell'interessato stesso.

4. Modalità d'uso dei dati

I dati personali sono trattati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornire i servizi e le informazioni richieste dagli interessati e, qualora si acconsenta, anche mediante l'uso della posta cartacea, di chiamate tramite operatore, del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica, degli SMS, tablet, smartphone, ipad, o di altre tecniche di comunicazione a distanza, di strumenti telematici, automatizzati, ed informatici. La Società utilizza le medesime modalità anche quando comunica per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del Gruppo Allianz SE, in Italia e all'estero. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i dati personali e come essi vengono utilizzati.

5. Destinatari dei suoi dati personali. Chi potrà accedere ai suoi dati

Per taluni servizi, inoltre, potranno essere utilizzati soggetti di fiducia che svolgano, per conto di Allianz S.p.A., compiti di natura contrattuale, tecnica od organizzativa tali per cui il trattamento dei dati da parte loro risulti necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio assicurativo. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero. Questi soggetti sono diretti collaboratori di Allianz S.p.A. e ricoprono la funzione di “responsabile”, di incaricato, ovvero operano in totale autonomia come distinti “titolari” del trattamento. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi postali indicate nel plico postale, società di revisione e di consulenza, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti. Così pure i dati personali devono da Allianz S.p.A. essere comunicati, per obbligo di legge, a enti e organismi pubblici, quali Ivass – Consap – Covip – Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine. In considerazione della complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo, infine, che, quali responsabili o soggetti incaricati del trattamento, possono venire a conoscenza dei dati anche i nostri dipendenti e collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute. Si informa inoltre che i dati personali degli interessati non verranno diffusi e che le informazioni relative alle operazioni dagli stessi poste in essere, ove ritenute sospette ai sensi della normativa anticicliaggio, potranno essere comunicate agli altri intermediari finanziari del Gruppo Allianz SE, alle Autorità e ad altri organi di Vigilanza e Controllo. Gli interessati hanno il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i loro dati e come essi vengono utilizzati.

5.a Possibili ulteriori destinatari dei suoi dati personali

Per le sole finalità descritte al precedente paragrafo 3, inoltre, i dati personali potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che riguarda l'interessato (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

6. Trasferimento all'estero dei suoi dati

I dati personali degli interessati potrebbero essere trasferiti ad un paese terzo europeo/extraeuropeo esclusivamente per le finalità di cui al paragrafo 3. (Finalità del trattamento), secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Società. Nel caso in cui le suddette BCR non trovassero applicazione, Allianz S.p.A. attuerà tutte le misure di sicurezza previste dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali (clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi) per assicurare una adeguata protezione per il trasferimento dei dati personali. Nel caso in cui l'interessato voglia ottenerne una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione potrà visitare il servizio online dedicato Pronto Allianz Online. In ogni caso, qualora i dati personali dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Allianz S.p.A. garantisce che il destinatario dei dati personali assicuri un adeguato livello di protezione, nello specifico, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinino il trasferimento dei dati personali e che siano state approvate dalla Commissione Europea. Allianz S.p.A. non trasferirà in alcun caso i dati personali a soggetti non autorizzati al trattamento dei dati personali stessi.

7. I suoi diritti nello specifico

Si precisa che ogni interessato ha diritto di scrivere al Titolare del trattamento per chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento e per esercitare (per i trattamenti effettuati dopo 25 maggio 2018) il diritto alla portabilità dei dati. Inoltre ogni interessato ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali nelle forme, nei modi e nei limiti previsti dalla vigente normativa. L'interessato ha inoltre il diritto di revocare, in qualsiasi momento, il proprio consenso esplicito, ove

fornito, senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Qui di seguito viene riportato l'elenco specifico dei diritti dell'interessato in relazione al trattamento dei dati che lo riguardano. L'interessato potrà:

1. accedere ai suoi dati e conoscere la provenienza, le finalità e il periodo di conservazione, i dettagli del/dei Titolari del Trattamento e i soggetti ai quali sono stati comunicati;
2. revocare il proprio consenso in ogni momento;
3. aggiornare o correggere i suoi dati personali in ogni momento;
4. chiedere la cancellazione dei propri dati dai sistemi di Allianz S.p.A. (ivi compreso il diritto all'oblio, ove ne ricorrano i presupposti) se lo scopo del loro trattamento è venuto meno;
5. per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018 restringere il campo di trattamento dei suoi dati (limitazione) in determinate circostanze, per esempio qualora venga contestata la correttezza dei dati trattati;
6. conoscere l'esistenza di eventuale processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione e informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato;
7. ottenere copia dei suoi dati personali in formato elettronico e, per i trattamenti effettuati dopo il 25 maggio 2018, richiedere la portabilità dei dati;
8. conoscere se i dati sono trasferiti a un paese terzo, informazione dell'esistenza di garanzie adeguate ai sensi della norma di riferimento;
9. contattare il DPO ovvero il Garante della Privacy.

7.a Diritto alla cancellazione e all'oblio, rettifica e portabilità dei dati

In ogni momento, gli interessati potranno anche esercitare il diritto di far aggiornare, integrare, rettificare o cancellare i loro dati ovvero chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento nonché richiedere la loro portabilità ad un altro soggetto. La eventuale richiesta di cancellazione non pregiudicherà la liceità del trattamento dei dati avvenuta durante il periodo per il quale era stato manifestato il relativo consenso. Per l'esercizio dei suoi diritti può visitare il servizio online dedicato Pronto Allianz Online oppure telefonare al numero verde 800.68.68.68.

8. Periodo di conservazione dei dati

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo ovvero finché sussista la finalità per la quale sono trattati secondo criteri improntati al rispetto delle norme vigenti ed alla correttezza ed al bilanciamento fra legittimo interesse del Titolare e diritti e libertà dell'interessato. Conseguentemente, in assenza di norme specifiche che prevedano tempi di conservazioni differenti, Allianz S.p.A. avrà cura di utilizzare i dati per le suddette finalità per un tempo congruo rispetto all'interesse manifestato dalla persona cui si riferiscono. I dati saranno perciò conservati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria. Si procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.

9. Diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo

L'interessato ha anche il diritto di proporre reclamo dinnanzi al Garante della Privacy, secondo le modalità indicate sul sito web www.garanteprivacy.it.