

Assicurazione Assistenza Salute

DIP - Documento informativo precontrattuale
dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Protezione Persona&Salute
Modulo Assistenza

 CRÉDIT AGRICOLE
ASSICURAZIONI

Aggiornamento a febbraio 2026

Ulteriori informazioni precontrattuali e contrattuali relative al prodotto sono fornite nelle Condizioni di Assicurazione, nel documento di Polizza e nell'eventuale DIP Aggiuntivo se previsto.

Che tipo di assicurazione è?

Protezione Persona&Salute è la soluzione assicurativa multirischio per la tutela della persona dai rischi relativi alle emergenze sanitarie e/o agli esborsi correlati a prestazioni mediche rese necessarie da infortunio, malattia o parto. Protezione Persona&Salute si compone di due Moduli, indipendenti tra di loro: Modulo Assistenza e Modulo Indennizzi e Rimborsi. Questa polizza è relativa al Modulo Assistenza e tutela la persona attraverso prestazioni e servizi di assistenza per far fronte a bisogni immediati legati alla salute a supporto dell'Assicurato.



Che cosa è assicurato?

Assistenza (garanzia sempre inclusa): a seguito di infortunio o malattia sono erogati i seguenti servizi:

- ✓ Prestazioni di Assistenza Italia;
- ✓ Prestazioni di Assistenza Estero;
- ✓ Prestazioni di Teleconsulto e Videoconsulto.

Card e Servizi MyAssistance (prestazione non assicurativa):

- ✓ offre al cliente la possibilità di accedere ad un network convenzionato per ricevere prestazioni mediche, odontoiatriche e fisioterapiche, con tariffe privilegiate.

Pacchetti assistenza facoltativi:

- ✓ Benessere
- ✓ Mamma&Papà
- ✓ Senior



Che cosa non è assicurato?

Non sono coperti:

- ✗ soggetti con più di 69 anni al momento della sottoscrizione;
- ✗ ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'assicurato e ogni evento il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- ✗ gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- ✗ soggetti affetti da alcolismo e tossicodipendenza;
- ✗ le persone non residenti in Italia.



Ci sono limiti di copertura?

Per ogni pacchetto Assistenza, sono esclusi gli eventi provocati o dipendenti da:

- ! atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio; occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- ! eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- ! sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- ! infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- ! gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- ! ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
- ! eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- ! viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- ! Malformazioni o Difetti Fisici preesistenti all'entrata in vigore dell'Assicurazione.

CAA_PP&Sass.DIP_202602



Dove vale la copertura?

Salvo dove diversamente specificato per le singole garanzie ASSISTENZA, le coperture valgono per i fatti verificatisi nei territori di tutti i Paesi del Mondo a condizione che il soggiorno all'estero non si protragga per oltre 90 giorni.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione stessa dell'assicurazione;
- Devi comunicare per iscritto alla Società ogni evento idoneo ad un aggravamento o ad una diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Puoi pagare il Prezzo mediante Addebito in Conto Corrente, o con carta di credito se la copertura è acquistata online. Il pagamento del Prezzo avviene con periodicità annuale alla consegna della polizza ed alle previste scadenze successive, o mensilmente senza costi aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha durata annuale e si rinnova tacitamente per analogo periodo, salvo disdetta dell'Aderente o della Compagnia. L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Polizza, a condizione che il Prezzo o la prima rata del Prezzo sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. In caso di mancato pagamento delle rate di prezzo successive, la copertura resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore il giorno successivo a quello di pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto è stipulato con tacito rinnovo. Hai la facoltà di inoltrare la disdetta, almeno 30 giorni prima di ogni scadenza, annuale mediante lettera raccomandata, a UGP c/o Crédit Agricole Assicurazioni – Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione è prorogata per un ulteriore periodo assicurativo e così successivamente.

Puoi recedere dal contratto esercitando il diritto di ripensamento entro 14 giorni dalla data di decorrenza del contratto (o dalla ricezione dei documenti contrattuali se successiva), esclusivamente in caso di **vendita a distanza**, inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata A.R. come sopra indicato. La Compagnia provvederà a rimborsarti il premio pagato e non goduto, al netto delle imposte, in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia residua, a partire dalle ore 24:00 del giorno di invio della Raccomandata di recesso.

Assicurazione Salute

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



Prodotto: Protezione Persona&Salute – Modulo Assistenza

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 02/2026 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

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

Il Cliente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Società

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano, Tel. 800 088 292; Sito internet: www.ca-assicurazioni.it – email: info@ca-assicurazioni.it; pec: info.ca-assicurazioni@legalmail.it.

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. è una società per azioni appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritta all'Albo delle società capogruppo al n.057), soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.; Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00166 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2599 del 28 marzo 2008.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto è pari ad 41,733 milioni di euro ed il risultato economico di periodo è pari ad 5,159 milioni di euro.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (solvency ratio) è pari al 166,7%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.ca-assicurazioni.it/istituzionale/Bilanci-e-SFCR/

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Cliente.

Il prodotto prevede due Moduli, indipendenti tra di loro:

- Modulo Assistenza;
- Modulo Indennizzi e Rimborsi.

Il Modulo Assistenza prevede prestazioni di Assistenza d'urgenza a seguito di Infortunio e Malattia erogate dalla Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A., tramite personale specializzato, in Italia e/o all'Estero, oltre che prestazioni di tele e video consulto medico. Il Modulo Assistenza prevede anche la Card dei Servizi MyAssistance (prestazione non assicurativa).

È possibile scegliere uno dei seguenti tre pacchetti Assistenza, che prevedono il pagamento di un Premio aggiuntivo:

- Benessere: prestazioni di assistenza dedicate agli assicurati interessati al proprio benessere psico-fisico;
- Mamma&Papà: prestazioni di assistenza dedicate ai neogenitori per supportare la famiglia dalla gravidanza alla gestione del bambino;
- Senior: prestazioni dedicate agli assicurati senior che necessitano di un supporto in materia di assistenza domiciliare.

In caso di più Assicurati sarà applicato uno sconto del Premio pari al 20% sul prezzo minore dal secondo Assicurato, fermo il limite massimo di 5 Assicurati complessivi.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni sono esclusi gli Infortuni subiti: (i) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio; (ii) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; (iii) gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, mountain bike e "downhill", nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; (iv) gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: sci acrobatico, bob, immersioni con autorespiratore, sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), hockey a rotelle, sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti.

La garanzia non opera per: (i) spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società; (ii) per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati; (iii) in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente; (iv) per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; (v) le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Garanzia Trasferimento sanitario programmato:

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

Adeguamento abitazione in seguito a infortunio:

Sono escluse tutte le modifiche riguardanti la ristrutturazione dell'abitazione o degli spazi pertinenti ai fini estetici o di ammodernamento.

Trasferimento/Rimpatrio sanitario:

Sono escluse dalla prestazione: (i) le infermità o lesioni che, a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa, possono essere curate sul posto; (ii) le infermità o lesioni che non precludano all'Assicurato la continuazione del viaggio o del soggiorno; (iii) le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; (iv) tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato; (v) tutte le spese diverse da quelle indicate; (vi) tutte le spese sostenute per Malattie Preesistenti.

Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela:

Sono escluse le spese di soggiorno del Familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

Franchigie e scoperti

Non sono previste franchigie o scoperti.

Periodo di carenza

Non sono previsti periodi di carenza.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai Clienti (persone fisiche), residenti in Italia, con esigenza di proteggere la propria salute, o anche quella del proprio nucleo familiare.

Il prodotto è sottoscrivibile per la protezione dell'Assicurato: (i) con età massima di 69 anni (ii) che alla data di scadenza della copertura assicurativa risulti di età inferiore o uguale a 75 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi intermediazione: la quota parte media percepita dagli intermediari per il presente prodotto è pari al 35,00%. La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi netti contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale e/o la gestione dei sinistri potranno essere presentati per iscritto a: Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Reclami Corso di Porta Vigentina 9 – 20122 Milano, e-mail: reclami@ca-assicurazioni.it, pec: info.ca-assicurazioni@legalmail.it, Fax: 02 88 21 83 313.</p> <p>La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami, che è tenuto a fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento degli stessi.</p>
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.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, che costituisce condizione di procedibilità per le controversie in materia assicurativa, interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione delle procedure FIN-NET o della normativa applicabile.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Le imposte sulle assicurazioni relative al Contratto sono a carico del Cliente e sono applicate sui premi imponibili secondo le norme in vigore alla data di incasso del premio. L'aliquota in vigore per la garanzia assistenza è del 10%.
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<p><i>Il cliente che è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</i></p> <p><i>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</i></p> <p><i>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Crédit Agricole Assicurazioni al seguente link: www.ca-assicurazioni.it/news-comunicati/informativa-sulle-disposizioni-per-la-prevenzione-delle-discriminazioni-e-la-tutela-dei-diritti-delle-persone-con-malattie-oncologiche</i></p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<i>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Crédit Agricole Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</i>

Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<p><i>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente.</i></p> <p><i>Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</i></p>
---	---

PER QUESTO CONTRATTO Crédit Agricole Assicurazioni DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CLIENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO, PER PAGARE - OVE PREVISTO - IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E RICHIEDERE LA MODIFICA DEI TUOI DATI PERSONALI.



Protezione Persona&Salute

Contratto di Assicurazione Assistenza

Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”


Edizione febbraio 2026

È un prodotto di:

Avvertenze

Simboli

Nel testo sono utilizzati dei simboli per rendere più agevole la lettura.

Simbolo	Significato
	Rinvia ad uno o più articoli del Contratto dove si possono trovare approfondimenti sull'argomento trattato



Box di consultazione

Nel testo le informazioni esplicative, i commenti o gli esempi si trovano inseriti in Box di consultazione formattati in questo modo.

Queste informazioni non sono parte del contratto ma aiutano a chiarirne il significato

Contenuti

A - Glossario

pag. 6

B - Presentazione

pag. 9

C - MODULO Assistenza

1. Quadro generale

pag. 11

D - Oggetto del contratto

2. Sezione Assistenza

pag. 14

3. Carta dei Servizi MyAssistance

pag. 28

E - Il contratto dalla A alla Z

4. Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato

pag. 29

5. Decorrenza della copertura

pag. 29

6. Modalità di conclusione del Contratto e pagamento del Prezzo

pag. 29

7. Durata proroga e disdetta del Contratto

pag. 30

8. Diritto di ripensamento in caso di vendita a distanza

pag. 30

9. Assicurazione presso più assicuratori

pag. 30

10. Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali

pag. 30

11. Imposte e tasse

pag. 31

12. Legge applicabile

pag. 31

13. Foro competente/Clausola arbitrale

pag. 31

14. Obblighi e diritti derivanti dal Contratto

pag. 31

15. Forma delle comunicazioni tra le parti

pag. 31

F - Cosa fare in caso di sinistro

16. Denuncia del Sinistro alla Compagnia

pag. 32

17. Sinistri della Sezione Assistenza

pag. 33

G - Contatti

pag. 34

A - Glossario

A

Asset Freeze

È una misura amministrativa volta a privare le persone o le organizzazioni dei paesi sanzionati delle risorse finanziarie necessarie.

Assicurato

la/le persona/e fisica/he il cui interesse è protetto dall'Assicurazione. Può coincidere con il **Cliente** (che la legge chiama **Contraente**).

Assicurazione

L'operazione con cui l'Assicurato trasferisce alla Compagnia un Rischio al quale lui è esposto.

C

Centrale Operativa

Per l'Assistenza è la struttura di **Inter Partner Assistance S.A.** Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Compagnia, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Cliente

È il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula il **Contratto**, assume gli obblighi relativi, corrisponde il costo della copertura assicurativa (**Prezzo**). È il soggetto che la legge definisce come **Contraente**.

Compagnia

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Contraente

V. definizione di Cliente

Contratto

Il presente Contratto di Assicurazione, comprensivo dei suoi allegati.

D

Danno Liquidabile

Danno determinato in base a tutte le previsioni contrattuali, entro il Massimale Assicurato o il limite di Indennizzo previsto, senza tenere conto di eventuali scoperti e franchigie.

Data di Decorrenza

La data di efficacia del Contratto, ossia il giorno successivo al giorno di conclusione del Contratto, a condizione che sia stato pagato il Prezzo.

Day Hospital

La degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.

E

Embargo

È una sanzione economica e commerciale destinata a vietare o limitare il commercio di beni, tecnologie e servizi con i paesi sanzionati.

F

Familiare

La persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.

I

Indennizzo

La somma dovuta dalla Compagnia all'Assicurato in caso di Sinistro dopo l'applicazione al Danno Liquidabile, franchigie e scoperti eventualmente previsti nel Contratto.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Istituto di Cura

Istituti universitari, ospedali pubblici, cliniche e case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza ed il soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, RSA (residenze sanitarie per anziani), ospedali militari e istituti specializzati per la riabilitazione.

M

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia improvvisa

la Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattia Preesistente

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della **Data di Decorrenza** della **Polizza**.

Malformazione - Difetto Fisico

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione del Contratto.

Massimale Assicurato

L'importo che rappresenta il massimo esborso della Compagnia in relazione alle coperture prestate per anno assicurativo.

Modulo di Polizza

È la parte del Contratto che viene sottoscritta dal Cliente e dalla Compagnia e che riporta i dati variabili del Contratto.

O

Offerta fuori sede

Modalità di collocamento di prodotti assicurativi tramite soggetti abilitati all'attività di distribuzione fuori dai locali degli intermediari iscritti alle sez. A, B, D, F del Registro pubblico degli intermediari assicurativi presso IVASS (anche "RUI"). I soggetti abilitati all'offerta fuori sede devono essere iscritti nella sez. E del RUI, consultabile online dal sito dell'IVASS. A titolo esemplificativo, si ha Offerta fuori sede, quando un consulente finanziario abilitato all'offerta fuori sede promuove e colloca prodotti assicurativi fuori dalle sedi o dalle filiali della banca intermediaria.

P

Periodo di Assicurazione

Nel caso in cui l'Assicurazione preveda una durata annuale, questo s'intende stabilito come il periodo compreso tra la prima data di decorrenza dell'Assicurazione e la prima scadenza annua e, per gli anni seguenti, come il periodo compreso tra le successive date di decorrenza e le date di scadenza annue del Contratto; nel caso in cui l'Assicurazione sia stipulata per una durata inferiore all'anno, detto periodo coincide con quest'ultima durata.

Prestazione di Assistenza

L'assistenza da erogarsi in natura e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato, nel momento del bisogno, da parte dell'assicuratore, tramite la Centrale Operativa, in caso di Sinistro.

Prezzo

Il costo della copertura assicurativa dovuto dal Cliente alla Compagnia. La legge lo definisce premio.

R

Residenza

Luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

Ricovero (o ricoverato)/degenza

Si fa riferimento alla permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro.

Rivalsa

La facoltà della Compagnia, che corrisponde l'Indennizzo, di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, nel caso in cui il danno dipenda da illecito di un terzo.

S

Sanzioni Internazionali

Normativa relativa alle misure restrittive adottate dall'Unione Europea (UE) o dai singoli Stati Membri, o da altri Paesi al di fuori dell'UE (inclusi gli Stati Uniti d'America).

Sinistro

Il verificarsi del fatto per il quale è prestata la garanzia assicurativa e da cui è derivato un danno.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Strutture Convenzionate

Rete convenzionata **MyAssistance** costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

T

Temporanea Inabilità

La temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

Tentativo Obbligatorio di Mediazione

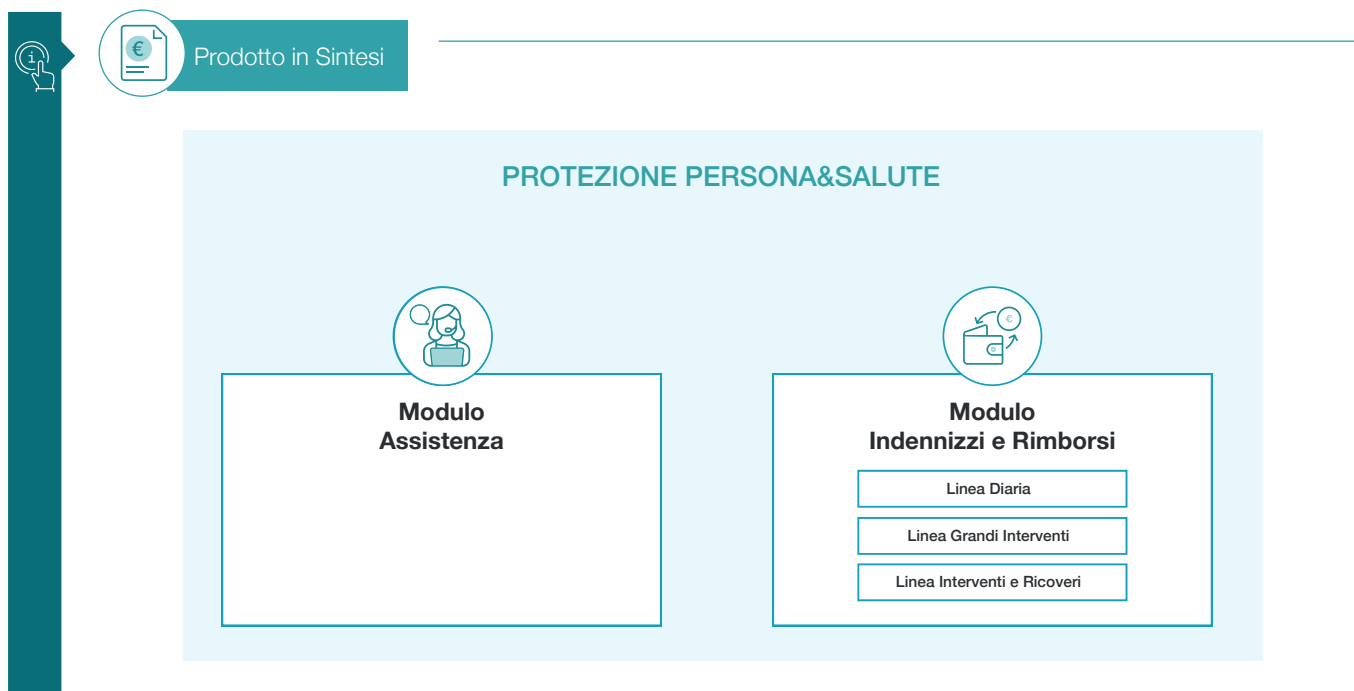
Normativa disciplinata dall'art. 5 D.Lgs. 28/10.

B - Presentazione

Protezione Persona&Salute è la soluzione assicurativa multirischio per la tutela della persona, del nucleo familiare o dei soci/collaboratori dai rischi relativi alle emergenze sanitarie e/o agli esborsi correlati a prestazioni mediche rese necessarie da infortunio, malattia o parto.

Protezione Persona&Salute si compone di due Moduli, indipendenti tra di loro:

- 1) Modulo Assistenza
- 2) Modulo Indennizzi e Rimborsi



Il **Modulo Assistenza** prevede prestazioni di Assistenza d'urgenza a seguito di **Infortunio e Malattia** erogate dalla Centrale Operativa di Inter Partner Assistance S.A., tramite personale specializzato, in Italia e/o all'Estero, oltre che prestazioni di tele e video consulto medico.

Il **Modulo Indennizzi e Rimborsi** è dedicato al pagamento di indennità e/o al rimborso delle spese mediche. Questo modulo prevede tre differenti linee:

- 1) **Linea Diaria:** all'assicurato viene riconosciuto un indennizzo in caso di ricovero (anche day hospital e day surgery) con o senza intervento chirurgico ed un indennizzo durante il periodo di convalescenza successivo al ricovero.
- 2) **Linea Grandi interventi:** prevede il rimborso delle spese sanitarie che l'assicurato dovesse sostenere in caso di specifici interventi chirurgici a seguito di malattia o infortunio e delle spese correlate all'intervento e sostenute prima e dopo lo stesso. Vengono rimborsate le spese relative ai soli interventi chirurgici elencati all'interno delle Condizioni di Assicurazione.
- 3) **Linea Interventi e ricoveri:** prevede il rimborso, fino alla concorrenza dei massimali, delle spese sanitarie rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (anche relative a ricoveri in day hospital, day surgery e intervento chirurgico ambulatoriale) e delle spese correlate al ricovero e sostenute prima, durante e dopo lo stesso.

Ogni linea comprende tutti i servizi previsti dal **Modulo Assistenza** e prevede anche il check-up, una garanzia per monitorare le condizioni di salute, per assicurati che abbiano compiuto i 30 anni di età.

Le 3 linee del **Modulo Indennizzi e Rimborsi** sono personalizzabili con possibilità di ampliare il livello di copertura con le seguenti garanzie facoltative:

- **Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici:** prevede il rimborso delle spese relative ad accertamenti diagnostici, visite specialistiche e trattamenti fisioterapici e rieducativi
- **Prevenzione e Cure Dentarie:** riconosce le spese per prevenzione dentaria indipendentemente da malattia e infortunio e le cure dentarie indicate riportate nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto.
- **Diaria da Ricovero e Convalescenza** (integrabile solo per le linee **Grandi Interventi e Interventi e Ricoveri**): all'assicurato viene riconosciuto un indennizzo in caso di ricovero (anche day hospital e day surgery) con o senza intervento chirurgico ed un indennizzo durante il periodo di convalescenza successivo al ricovero.

Per entrambi i Moduli sono inclusi:

- 1) **Card dei Servizi MyAssistance (prestazione non assicurativa):** offre al cliente la possibilità di accedere ad un network convenzionato per ricevere prestazioni mediche, odontoiatriche e fisioterapiche, con tariffe privilegiate.
- 2) **la possibilità di scegliere uno dei seguenti tre pacchetti Assistenza in grado di soddisfare le esigenze relative a specifiche fasi della vita (uno a scelta per assicurato):**
 - a) **Benessere:** prestazioni di assistenza dedicate agli assicurati interessati al proprio benessere psico-fisico (es: consulenza nutrizionale, consulenza Personal Trainer),
 - b) **Mamma&Papà:** prestazioni di assistenza dedicate ai neogenitori per supportare la famiglia dalla gravidanza alla gestione del bambino (es: videoconsulto pediatrico, invio ginecologico a domicilio),
 - c) **Senior:** prestazioni dedicate agli assicurati senior che necessitano di un supporto in materia di assistenza domiciliare (es: servizio di transfer da e per centri di cura, disbrigo della quotidianità).

Nel **Modulo Indennizzi e Rimborsi** l'**Assicurato** può usufruire dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

- **Regime Convenzionato – Pagamento Diretto** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): la Compagnia paga le spese sanitarie alla Struttura Convenzionata. Restano a carico dell'Assicurato eventuali Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.
- **Regime non Convenzionato – a Rimborso** (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi non convenzionati): l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il Rimborso alla Compagnia. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.
- **Regime Misto** (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): la **Compagnia** paga le spese relative alla struttura sanitaria e l'**Assicurato** deve saldare eventuali **Scoperti** a suo carico, come previsto dal **Regime Convenzionato**, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Inoltre, l'**Assicurato** deve saldare le spese dell'equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente alla **Compagnia** il **Rimborso** delle stesse. Dal **Rimborso** vengono sottratti **Scoperti**, come previsto dal **Regime non Convenzionato**, o somme eccedenti i **Massimali**, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Il prodotto **Protezione Persona&Salute** è soggetto a tacito rinnovo, salvo disdetta inviata con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla data di rinnovo annuale.

In caso di vendita a distanza il cliente può recedere dal contratto entro 14 giorni dalla conclusione del contratto o dalla ricezione dei documenti contrattuali.

C - MODULO Assistenza

1 Quadro generale



1.1 Tipo di contratto

Con il presente **Contratto** la **Compagnia** riconosce servizi di Assistenza in Italia e all'Estero. Le rispettive **Prestazioni** si attivano in conseguenza a **Malattia** o **Infortunio**. E' possibile assicurare il Contraente e altri assicurati fino a un massimo di cinque persone totali.

1.2 Coperture Prestate

Con il **Contratto** la **Compagnia** fornisce all'Assicurato:

- **Prestazioni** di Assistenza Italia,
- **Prestazioni** di Assistenza Estero
- **Prestazioni** di Teleconsulto e Videoconsulto

E' inoltre data la possibilità di scegliere uno dei tre Pacchetti Assistenza Facoltativi esposti di seguito, a fronte del pagamento di un **Prezzo** aggiuntivo.

- Benessere
- Mamma&Papà
- Senior

1.3 Persone assicurate

Le persone identificate come **Assicurati** nel **Modulo di Polizza**.

1.4 Area non Assicurativa

Con l'acquisto della polizza e finché la stessa è in vigore, la Compagnia offre all'Assicurato la possibilità di poter effettuare, a tariffa agevolata, l'accesso al network sanitario MyAssistance.

1.5 Condizioni di assicurabilità

Non sono assicurabili le persone:

- a) con un'età superiore a 69 anni compiuti al momento della prima sottoscrizione, ma è possibile per l'assicurato mantenere il proprio contratto fino al raggiungimento dei 75 anni compiuti.

Per le persone che raggiungono il 75° anno di età in corso di **Contratto**, l'**Assicurazione** mantiene la sua validità sino alla successiva scadenza annua del **Contratto**, solo se il **Cliente** ha continuato a pagare il relativo **Prezzo** e tale **Prezzo** non è stato restituito dalla **Compagnia** in ragione dell'insorgere di una delle cause di non assicurabilità di seguito descritte. Al termine del **Contratto**, l'**Assicurazione** non sarà più rinnovata tacitamente;

- b) affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV e patologie correlate;

- c) le persone non residenti in Italia; a tal riguardo si veda la definizione di residenza.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere un eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso di annualità, la Compagnia rimborsa al Cliente, entro 45 giorni, la parte di Prezzo, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la Compagnia ne viene a conoscenza ed il termine del Periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il Prezzo stesso.

1.6 Estensione territoriale

Salvo dove diversamente specificato per le singole prestazioni, le coperture assicurative valgono per il mondo intero a condizione che il soggiorno all'estero non si protragga per oltre 90 giorni. La Repubblica di San Marino e la Città del Vaticano sono da intendersi appartenenti al territorio Italiano.

1.7 Esclusioni valide per ognuno dei pacchetti assistenza

1. Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:

- a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio; occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- g) gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- h) gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli

con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, immersioni con autorespiratore, sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;

i) ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;

j) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;

k) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

l) Malformazioni o Difetti Fisici preesistenti all'entrata in vigore dell'Assicurazione;

2. La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.

3. La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

4. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

5. Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

6. Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

D - Oggetto del Contratto

PREMESSA

La **Compagnia** fornisce le **Prestazioni di Assistenza** tramite:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma (la **Centrale Operativa**).

In caso di **Sinistro** l'**Assicurato** deve rivolgersi direttamente ed esclusivamente alla **Centrale Operativa** che provvede a fornire le **Prestazioni**.

La **Centrale Operativa** è a disposizione **dal lunedì alla domenica - 24h su 24h** - ai seguenti recapiti:

Inter Partner Assistenza S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma

Numero verde 800 /088 292 (numero verde dall'Italia) Tel. +39 / 0287310199 (dall'estero)

2. Sezione Assistenza

Copertura sempre operante

Le coperture presenti in questa sezione sono sempre attive ed operanti esclusivamente a seguito di malattia o infortunio.

In forza di una specifica convenzione stipulata tra la **Compagnia** e Inter Partner Assistance S.A., in caso di **Sinistro**, sono garantite all'**Assicurato** le **Prestazioni** di Assistenza indicate in seguito.

- a) **Prestazioni** di Assistenza Italia
- b) **Prestazioni** di Assistenza Estero
- c) **Prestazioni** di Teleconsulto e Videoconsulto

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole **Prestazioni**, la copertura opera:

- a) Mediante contatto telefonico con la **Centrale Operativa**, disponibile 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- b) Con un limite di 3 **Sinistri**, durante ciascun anno di validità della copertura.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, se non fosse possibile rispondere immediatamente, l'**Assicurato** sarà richiamato entro le successive 48 ore.

La **Centrale Operativa** non assume responsabilità per danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza;
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

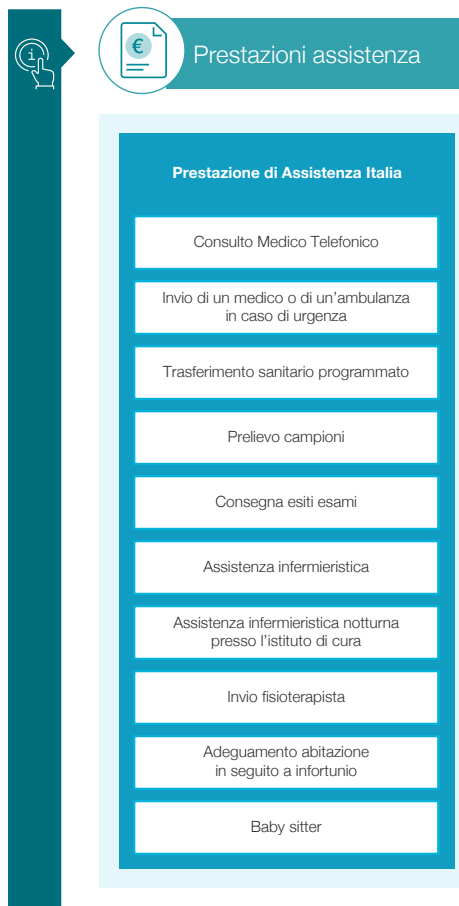
L'**Assicurato** libera i medici, che lo hanno visitato o curato, dal segreto professionale nei confronti della **Centrale Operativa** per i **Sinistri** relativi alla garanzia **Assistenza**.

Se l'**Assicurato** non usufruisce di una o più prestazioni, la **Compagnia** non è tenuta a fornire Indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Le eccedenze ai massimali e gli anticipi di denaro previsti nelle singole prestazioni verranno concessi solo se l'**Assicurato**, anche tramite persona da lui indicata, fornisce alla **Centrale Operativa** garanzie adeguate per la restituzione di ogni somma anticipata.

L'**Assicurato** deve rimborsare la somma anticipata entro 30 giorni dalla data dell'anticipo stesso.

Trascorsi i 30 giorni dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, anche l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.



2.1 Prestazioni di Assistenza Italia

2.1.1 Consulto medico telefonico

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

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

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

2.1.2 Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico di cui al paragrafo 2.1.1 che precede, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia**.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la **Centrale Operativa** organizzerà il trasferimento

in ambulanza dell'**Assicurato** presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

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

2.1.3 Trasferimento sanitario programmato

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

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

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione:

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

La prestazione viene fornita per un massimo di 3 trasferimenti nell'ambito dello stesso **Sinistro**

2.1.4 Prelievo campioni

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

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore.

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

2.1.5 Consegna esiti esami

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

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

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore.

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

2.1.6 Assistenza infermieristica

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

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

La prestazione è fornita con un preavviso di minimo 48 ore.

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

2.1.7 Assistenza infermieristica notturna presso l'istituto di cura

Qualora a seguito di Ricovero e sulla base di una dichiarazione del medico ospedaliero, l'**Assicurato** necessiti di ricevere assistenza continua notturna (o diurna) e non vi siano familiari disponibili ad assisterlo, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** il reperimento e l'invio di personale convenzionato specializzato (infermieristico o socio-assistenziale).

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

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 24 ore.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) notti per **Sinistro** e per un massimo di 8 (otto) ore per notte non frazionabili.

2.1.8 Invio fisioterapista

Qualora l'**Assicurato** necessiti, nei 60 (sessanta) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

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

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 48 ore.

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 (dieci) giorni per **Sinistro** e 1 (uno) ora per giorno.

2.1.9 Adeguamento abitazione in seguito a infortunio

Qualora l'**Assicurato** nei 30 giorni successivi alle dimissioni dall'**Istituto di Cura** presso cui ha effettuato l'intervento chirurgico a seguito di infortunio, versi in una condizione di inabilità comprovata da certificazione del medico potrà richiedere alla **Centrale Operativa** l'invio di personale specializzato ai fini dell'abbattimento o rimozione temporanea delle barriere architettoniche presso la propria abitazione o spazi di pertinenza.

Tali modifiche saranno limitate a quelle utili a rendere agevole la vita quotidiana dell'**Assicurato** presso la propria abitazione o spazi pertinenti. A titolo esemplificativo e non esaustivo:

- L'accesso all'immobile o alla singola unità immobiliare come rampa di accesso, servoscala, piattaforma elevatrice, adeguamento porte di ingresso, adeguamento percorsi condominiali orizzontali,
- La possibilità di accesso al servizio igienico o agli spazi di relazione (alla cucina, al bagno..) adeguamenti percorsi orizzontali o verticali;

Sono escluse tutte le modifiche riguardanti la ristrutturazione dell'abitazione o degli spazi pertinenti ai fini estetici o di ammodernamento.

La **Compagnia** prenderà in carico i costi del personale incaricato sia del sopralluogo, sia dei lavori necessari (compresi i materiali) entro il limite di euro 1.500 per sinistro per Periodo Assicurativo.

E' consentito 1 solo **Sinistro** per **Anno Assicurativo**.

La prestazione sarà garantita dalla **Centrale Operativa** con un preavviso della stessa di minimo 7 gg necessari alla ricerca del fornitore più vicino alla zona di residenza o di domicilio dell'assicurato.

Si precisa che le modifiche potranno essere effettuate:

- Previo sopralluogo da parte di soggetti incaricati dalla **Compagnia**;
- Nel rispetto delle normative vigenti e delle regole condominiali, nonché previa raccolta del consenso scritto dell'assemblea condominiale.

Si specifica inoltre che a seguito del sopralluogo effettuato dal personale incaricato dalla **Compagnia**, lo stesso dia parere negativo circa la fattibilità/attuabilità degli interventi / modifiche richiesti, la **Compagnia** non potrà essere ritenuta responsabile della mancata esecuzione dei lavori.

2.1.10 Baby Sitter

Qualora l'**Assicurato**, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 12 e non vi sia nessun altro Familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter per un massimo di 5 giorni per 3 ore al giorno.

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

2.2 Prestazioni di Assistenza Estero

Le prestazioni di seguito descritte sono erogate in caso di **Malattia Improvvisa** o **Infortunio** dell'**Assicurato** all'estero o anche in Italia purché l'evento si verifichi fuori dal proprio territorio di residenza ad una distanza minima di circa 300Km., escludendo qualsiasi tipo di ricovero programmato.

2.2.1 Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato

Qualora l'**Assicurato** venga ricoverato per **Malattia Improvvisa** o **Infortunio** per un periodo superiore ai 3 (tre) giorni, la **Compagnia** provvederà alle spese per il pernottamento in albergo dei suoi famigliari che volessero restare vicino all'**Assicurato** entro il limite di euro 80,00 per notte e per persona, entro il limite massimo di euro 500,00 per **Sinistro**, purché il prolungamento riguardi un periodo successivo alla data di rientro inizialmente prevista.

A tal fine la **Compagnia** avrà la facoltà di richiedere documentazione attestante la durata del soggiorno inizialmente stabilita.

La prestazione si intende limitata alle sole spese di pernottamento e prima colazione, escludendo ogni spesa diversa da queste.

2.2.2 Trasferimento/Rimpatrio sanitario

Qualora il servizio medico della **Centrale Operativa** consigli, a seguito di **Infortunio** o **Malattia Improvvisa** dell'**Assicurato**, il trasporto sanitario dello stesso, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante sul posto, la **Centrale Operativa** organizzerà:

- il trasferimento sanitario presso una struttura sanitaria adeguata più vicina;
- il rimpatrio sanitario nel paese di origine se le sue condizioni lo permettono e lo richiedono;
- la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico.

Il trasporto sanitario sarà effettuato con i mezzi ritenuti più idonei ad insindacabile giudizio della **Centrale Operativa**:

- aereo sanitario (entro il limite di euro 30.000,00 per sinistro);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno prima classe e, ove necessario, vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometraggio;
- altro mezzo di trasporto.

Sono escluse dalla prestazione:

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

La **Compagnia** avrà la facoltà di richiedere l'eventuale biglietto di viaggio non utilizzato per il rientro dell'**Assicurato**.

2.2.3 Rientro/Assistenza dei figli minori privi di tutela

Qualora l'**Assicurato**, in viaggio con figli minorenni, sia impossibilitato a prendersi cura degli stessi a seguito di Ricovero o decesso e non vi sia nessun altro in grado di farlo, la **Centrale Operativa** fornirà ad un Familiare, residente nel paese di origine, un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere allo stesso di raggiungere i minori e riportarli al paese di origine.

Sono escluse le spese di soggiorno del Familiare e tutte le spese diverse dai biglietti di viaggio.

La prestazione non è fornita qualora l'**Assicurato** abbia già richiesto il "Viaggio di un Familiare in caso di ricovero" di cui al paragrafo 2.2.6.

2.2.4 Interprete a disposizione

Qualora l'**Assicurato** venga ricoverato in un **Istituto di Cura** all'Estero a seguito di **Infortunio** o **Malattia Improvvisa** e abbia difficoltà linguistiche a comunicare con i medici, la **Centrale Operativa** provvederà ad inviare un interprete sul posto entro le successive 48 (quarantotto) ore.

La **Compagnia** terrà a carico i costi dell'interprete per un massimo di 4 (quattro) ore lavorative per Sinistro.

Qualora non sia possibile organizzare l'invio dell'interprete, la Centrale Operativa rimborserà, a seguito di presentazione dei relativi giustificativi di spesa, i costi sostenuti entro il limite di euro 500,00 per **Sinistro** e per **Periodo di Assicurazione**.

2.2.5 Traduzione cartella clinica

Qualora l'**Assicurato** necessiti della traduzione della propria cartella clinica rilasciata a seguito di un Ricovero all'Estero organizzato dalla **Centrale Operativa**, potrà richiederne la traduzione in italiano dall'inglese, francese, spagnolo e tedesco.

2.2.6 Viaggio di un Familiare in caso di ricovero

Qualora l'**Assicurato**, in viaggio da solo o con minore, venga ricoverato con una prognosi di degenza superiore a 3 (tre) giorni, la **Centrale Operativa** fornirà un biglietto di andata e ritorno (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) per permettere ad un Familiare, che si trovi in Italia, di raggiungere l'Assicurato ricoverato.

Sono incluse le spese di albergo (pernottamento e prima colazione) del Familiare per un massimo 5 notti con il limite di € 500,00 per **Sinistro**.

2.2.7 Rientro al domicilio dell'assicurato convalescente

Qualora l'Assicurato in seguito alle dimissioni di ricovero non fosse obiettivamente in grado di rientrare alla propria **Residenza** con il mezzo inizialmente previsto, la Compagnia organizza e prende a proprio carico le spese di rientro.

2.3 Prestazioni di Teleconsulto e Videoconsulto

La prestazione “Video Consulto” è semplice e innovativa, complementare all’assistenza sanitaria di base dell’**Assicurato**.

È accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell’anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata.

È disponibile a domicilio, in ufficio, in trasferta per motivi di lavoro o in vacanza.

2.3.1 Tele/Video consultazione

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

La Tele/video consultazione è disponibile anche dall’Estero.

2.3.2 Tele/Video consultazione specialistica

Qualora l’**Assicurato** abbia bisogno di organizzare un consulto medico specialistico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio** o **Malattia Improvvisa**, la **Centrale Operativa** trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell’**Assicurato**, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata. La Tele/video consultazione specialistica è limitata a 3 prestazioni per **Periodo di Assicurazione**.

L’équipe medica è composta da:

- cardiologo
- ortopedico
- ginecologo
- neurologo

La “Tele/video consultazione medica e specialistica” è disponibile anche dall’estero.

2.3.3 Prescrizione medica

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

La Prescrizione medica in seguito alla Tele/video consultazione è disponibile solo in Italia.

2.3.4 Consegna farmaco

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

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell’**Assicurato**.

La Consegna farmaco in seguito alla Tele/video consultazione è disponibile solo in Italia.

2.4 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente.

Copertura	Limiti
Trasferimento sanitario programmato	3 trasferimenti per Sinistro
Assistenza infermieristica	5 giorni per Sinistro e 2 ore al giorno
Assistenza infermieristica notturna presso l'istituto di cura	5 notti per Sinistro e 8 ore a notte non frazionabili
Invio fisioterapista	10 giorni per Sinistro e 1 ora al giorno
Adeguamento abitazione: costo del personale incaricato sia al sopralluogo sia all'esecuzione dei lavori necessari (compresi i materiali)	€ 1.500,00 per Sinistro e per anno, 1 Sinistro per Periodo di Assicurazione
Baby Sitter	5 giorni per Sinistro e 3 ore al giorno
Prolungamento soggiorno dei familiari per ricovero dell'Assicurato	€ 80,00 per notte e per persona, entro il limite massimo di € 500,00
Rientro sanitario: rientro con aereo sanitario	€ 30.000,00 per Sinistro
Interprete a disposizione	4 ore per Sinistro e, in caso di rimborso, entro il limite del € 500,00 per Sinistro per Periodo di Assicurazione
Viaggio di un Familiare in caso di ricovero	5 notti con il limite del € 500,00 per Sinistro
Tele/video consultazione specialistica	3 prestazioni per Periodo di Assicurazione

2.5 Pacchetto assistenza facoltativo “Benessere”

Le coperture previste da questo pacchetto sono valide solo se lo stesso è espressamente richiamato nel **Modulo di Polizza**.

2.5.1 Tele/Video consulto specialistico – Ortopedico

Qualora l'**Assicurato** abbia bisogno di organizzare un consulto medico specialistico ortopedico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio** o **Malattia Improvvisa**, la **Centrale Operativa** trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'**Assicurato**, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata. Il Tele/video consulto specialistico è limitato a 3 prestazioni per **Periodo di Assicurazione**.

2.5.2 Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di temporanea inabilità a seguito di una **Malattia o Infortunio**, comprovata da certificazione del medico curante o dalle diagnosi di dimissione dall'**Istituto di Cura** presso il quale era ricoverato, chiamando la **Centrale Operativa** potrà attivare un servizio di accompagnamento (Trasferimento) nei 15 giorni successivi alle dimissioni o dalla data del certificato medico per raggiungere il luogo di cura o istituto fisioterapico per le cure riabilitative prescritte. Il servizio verrà erogato entro il limite di 6 Trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per il servizio da e per il luogo di cura.

2.5.3 Reperimento di presidi medico-chirurgici

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

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

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

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

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

2.5.5 Consulenza nutrizionale

Qualora, a seguito di diagnosi certificata all'**Assicurato** di patologia o condizione che richieda una modifica o una verifica della dieta dell'**Assicurato** (es. diabete, iper/ipotiroidismo, celiachia, gravidanza, ecc.), l'**Assicurato** potrà, chiamando la **Centrale Operativa**, essere messo in contatto telefonicamente con uno specialista, al massimo entro 2 giorni successivi alla richiesta d'intervento.

La prestazione, intesa come primo contatto e follow up, è prevista per un massimo di due consulenze per **Periodo di Assicurazione**.

2.5.6 Invio di un insegnante per supporto scolastico

Qualora l'**Assicurato**, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, non sia in grado, sulla base di certificazione medica, di fornire sostegno ai propri figli per i compiti scolastici (limitatamente alla scuola dell'obbligo) e non vi sia alcun Familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di reperire ed inviare presso la propria abitazione un insegnante per un eventuale supporto scolastico.

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

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

2.5.7 Supporto psicologico

Qualora, a seguito di evento traumatico, l'**Assicurato** dietro presentazione di certificazione medica, potrà ricorrere al supporto psicologico telefonico o presso lo studio del professionista, chiamando la **Centrale Operativa** che si attiverà con un preavviso massimo di 3 giorni per la ricerca e la prenotazione del consulto o della visita.

Il consulto telefonico psicologico o la consulenza diretta da parte di uno psicologo potrà essere richiesto **per un massimo di 3 volte nell'arco di tutta la convalescenza**.

E' indennizzata 1 convalescenza per Anno Assicurativo.

2.5.8 Consulenza Personal Trainer

A seguito di un evento traumatico o malattia di gravità tale che ha richiesto all'**Assicurato** un periodo di immobilità o di convalescenza, comprovata da certificazione medica, la **Centrale Operativa** offre nel periodo successivo alla convalescenza due consulti telefonici con un personal trainer, figura professionale specializzata nell'impostare un programma personalizzato di ripresa dell'attività fisica consentendo così all'**Assicurato** un allenamento in tutta sicurezza per il ritorno ad una forma fisica ottimale.

La **Centrale Operativa** su richiesta dell'Assicurato potrà organizzare il consulto da lunedì a venerdì, dalle ore 9.00 alle 19.00.

2.5.9 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente.

Copertura	Limiti
Tele/video consultazione specialistica	3 prestazioni per Periodo di Assicurazione
Trasferimento per cure riabilitative / fisioterapiche	6 Trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per il servizio da e per il luogo di cura
Reperimento di presidi medico-chirurgici (caso rimborso spese)	€ 250,00 per Sinistro per rimborso e massimo 60 giorni per Sinistro per il comodato
Consulenza nutrizionale	2 consulenze per Periodo di Assicurazione
Invio di un insegnante per supporto scolastico	3 giorni per sinistro 4 ore per giorno
Supporto psicologico	3 volte nella durata della convalescenza, 1 convalescenza per Anno Assicurativo
Consulenza Personal Trainer	nel periodo successivo alla convalescenza, 2 consulenze per Periodo di Assicurazione

2.6 Pacchetto assistenza facoltativo "Mamma & Papà"

Le coperture previste da questo pacchetto sono valide solo se lo stesso è espressamente richiamato nel **Modulo di Polizza**.

2.6.1 Tele/Video consulto specialistico – Pediatria

Qualora l'**Assicurato** abbia bisogno di organizzare un consulto medico specialistico Pediatrico telefonico in caso di urgenza conseguente a **Infortunio** o **Malattia Improvvisa**, la **Centrale Operativa** trasferirà la chiamata alla propria équipe medica che valuterà, con il consenso dell'**Assicurato**, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata. Il Tele/video consulto specialistico è limitato a 3 prestazioni per **Anno Assicurativo**.

2.6.2 Invio ostetrica al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria una visita medica di un'ostetrica presso il domicilio dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** invierà un'ostetrica convenzionata sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 2 visite per **Anno Assicurativo**.

2.6.3 Invio di un ginecologo al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica ginecologica dell'**Assicurato** presso il domicilio di quest'ultima, la **Centrale Operativa** invierà un medico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 2 visite per **Periodo di Assicurazione**.

2.6.4 Invio di un pediatra al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica pediatrica del figlio minore dell'**Assicurato** presso il domicilio di quest'ultimo, la **Centrale Operativa** invierà un medico pediatra convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 2 visite per **Periodo di Assicurazione**.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la **Compagnia** organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'**Assicurato** presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico. Resta inteso che in caso di emergenza la **Centrale Operativa** non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

2.6.5 Invio puericultrice al domicilio

A seguito di problematiche emerse nel corso della gravidanza per una condizione di "gravidanza a rischio" certificata dal medico curante, l'**Assicurato** potrà richiedere nel corso dei 15 giorni successivi alla nascita, il supporto di una puericultrice presso il proprio domicilio per un supporto "diurno" nell'affrontare le prime cure al neonato ed acquisire le conoscenze per una successiva autonomia nella cura del bimbo.

La **Centrale Operativa** si attiverà con un preavviso di almeno 3 giorni per la ricerca e l'invio del servizio di assistenza domiciliare ai genitori e al neonato presso il domicilio dell'**Assicurato**.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia** entro il limite di 3 incontri entro il primo mese di vita del neonato.

2.6.6 Invio doula al domicilio

A seguito di problematiche emerse nel corso della gravidanza per una condizione di "gravidanza a rischio", certificata dal medico curante, l'**Assicurato** potrà richiedere nel trimestre precedente alla data presunta del parto o successivamente alle dimissioni, nei 30 giorni successivi alla nascita, il supporto della Doula, una figura assistenziale non medica, di supporto ai genitori, per la gestione delle problematiche quotidiane legate alle necessità dell'**Assicurato** e del figlio.

La Doula presterà la propria consulenza familiare in orario "diurno" nella fase pre-post parto e fungerà da connettore per tutte le necessità anche in ambito sanitario e aiuterà i genitori successivamente alla nascita nell'approccio con il loro figlio/i. La **Centrale Operativa** si attiverà con un preavviso di almeno 5 giorni per la ricerca e l'invio del servizio di assistenza domiciliare ai genitori e al neonato presso il domicilio dell'**Assicurato**.

La prestazione viene fornita con costi a carico della **Compagnia**, con un limite di 10 ore nel corso degli ultimi 90 giorni prima della data presunta di parto e nel primo mese dalla nascita del figlio.

2.6.7 Supporto psicologico

A seguito di interruzione di gravidanza, o gravidanza a rischio o problematiche legate alla salute del figlio accertate nel corso dei controlli medici pre-parto o post-parto, l'**Assicurato**, dietro presentazione di certificazione medica, potrà ricorrere al supporto psicologico o telefonico o presso lo studio del professionista o presso il proprio domicilio (se impossibilitata agli spostamenti); Tale ricorso potrà avvenire chiamando la **Centrale Operativa** che si attiverà con un preavviso massimo di 3 giorni per la ricerca e la prenotazione del consulto o della visita. Il consulto telefonico psicologico o la consulenza diretta da parte di uno psicologo potrà essere richiesto per un massimo di 3 volte nell'arco di tutta la gravidanza o durante il primo anno di vita del figlio.

2.6.8 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente.

Copertura	Limiti
Tele/video consultazione specialistica	3 prestazioni per Periodo di Assicurazione
Invio ostetrica al domicilio	2 visite per Periodo di Assicurazione
Invio di un ginecologo al domicilio	2 visite per Periodo di Assicurazione
Invio di un pediatra al domicilio	2 visite per Periodo di Assicurazione
Invio puericultrice al domicilio	3 incontri entro il primo mese di vita del neonato
Invio doula al domicilio	limite di 10 ore nel corso degli ultimi 90 giorni prima della data presunta di parto e il primo mese dalla nascita del bambino
Supporto psicologico	3 volte per la durata della gravidanza o durante il primo anno di vita del bambino

2.7 Pacchetto assistenza facoltativo "SENIOR"

Le coperture previste da questo pacchetto sono valide solo se lo stesso è espressamente richiamato nel **Modulo di Polizza**.

2.7.1 Promemoria della terapia post ricovero

Qualora l'**Assicurato**, a seguito di Ricovero ospedaliero per **Malattia** o **Infortunio**, abbia bisogno di supporto post ricovero, potrà richiedere l'attivazione della prestazione "Promemoria della terapia post ricovero". In questo caso, l'**Assicurato** contatterà la **Centrale Operativa** ed invierà la documentazione medica e la prescrizione della terapia farmacologica, nelle modalità concordate con l'operatore.

Di seguito verrà attivato il servizio che consiste nell'invio all'**Assicurato** del promemoria relativo ai farmaci, con le scadenze previste in base alla diagnosi e alla terapia prescritta.

Il servizio è valido per un massimo di 30 giorni per **Sinistro**.

2.7.2 Orientamento e supporto nelle visite di controllo post-ricovero

Qualora l'**Assicurato** ricerchi una struttura sanitaria presso la quale richiedere l'effettuazione di una visita di controllo post-ricovero, potrà contattare telefonicamente la **Centrale Operativa**, la quale proporrà una selezione di strutture, scelte tra quelle convenzionate e non convenzionate in base a criteri di idoneità al caso, di vicinanza al domicilio dell'**Assicurato** e di tempestività nell'erogazione.

2.7.3 Invio ortopedico al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, a seguito di un Infortunio che abbia comportato o meno un Ricovero, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica ortopedica presso il domicilio dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** si attiverà per organizzare nell'arco di un tempo massimo di 3 giorni la visita con un medico convenzionato. Qualora non fosse possibile avere la disponibilità dello specialista, sarà cura della **Centrale Operativa** attivarsi per la prenotazione della visita presso lo studio dello specialista o in alternativa un consulto telefonico con lo specialista stesso.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società entro il limite di 2 visite per **Periodo di Assicurazione**.

2.7.4 Invio geriatra al domicilio

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della **Centrale Operativa** giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica geriatrica presso il domicilio dell'**Assicurato**, la **Centrale Operativa** si attiverà per organizzare nell'arco di un tempo massimo di tre giorni la visita con un medico convenzionato. Qualora non fosse possibile avere la disponibilità dello specialista, sarà cura della **Centrale Operativa** attivarsi per la prenotazione presso lo studio dello specialista o in alternativa organizzare un consulto telefonico con lo specialista stesso.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società entro il limite di 2 visite per **Periodo di Assicurazione**.

2.7.5 Disbrigo delle quotidianità

Qualora l'**Assicurato** versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** l'invio di personale di servizio per il disbrigo di piccole commissioni urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

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

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

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) volte per Sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

2.7.6 Servizio di accompagnamento (Trasferimento da e per centri di cura)

Qualora l'**Assicurato** versi in una condizione di temporanea inabilità a seguito di una **Malattia o Infortunio**, comprovata da certificazione del medico curante o dalle diagnosi di dimissione dall'**Istituto di Cura** presso il quale era ricoverato, chiamando la **Centrale Operativa** potrà attivare un servizio di accompagnamento (Trasferimento) nei 15 giorni successivi alle dimissioni o dalla data del certificato medico per raggiungere il luogo di cura o istituto fisioterapico per le cure riabilitative prescritte. Il servizio verrà erogato entro il limite di 6 Trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per servizio giornaliero.

2.7.7 Invio spesa a casa

Qualora l'**Assicurato** versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci quindici) giorni successivi alla dimissione dall'**Istituto di Cura** presso cui era ricoverato, potrà richiedere

alla **Centrale Operativa** di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per **Sinistro**.

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

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

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

2.7.8 Invio dog sitter

Qualora l'**Assicurato**, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica dichiarare di non sia essere in grado di occuparsi autonomamente del proprio cane, potrà richiedere alla **Centrale Operativa** di reperire ed inviare un dog sitter che presterà assistenza all'animale domestico.

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

La **Compagnia** terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 2 ore al giorno per massimo 5 giorni per **Sinistro**.

2.7.9 Autista sostitutivo

Qualora l'**Assicurato** non sia, a giudizio del servizio medico della **Centrale Operativa**, in grado di condurre il veicolo in condizioni di sicurezza a seguito di **Infortunio** o **Malattia** Improvvisa e nessuno degli eventuali passeggeri possa sostituirlo alla guida, la **Centrale Operativa** fornirà un autista sostitutivo per ricondurre il veicolo al domicilio dell'**Assicurato** o proseguire il viaggio con il percorso più diretto.

La **Compagnia** terrà a suo carico esclusivamente le spese di spostamento e i costi dell'autista entro il territorio Italiano e con il limite di euro 300,00 per **Periodo di Assicurazione**.

2.7.10 Massimali

La copertura opera entro i limiti, espressi in numero, tempo e importi, previsti per ciascuna categoria di **Prestazioni** riportate nella tabella seguente.

Copertura	Limiti
Promemoria della terapia post ricovero	30 giorni per Sinistro
Invio ortopedico al domicilio	2 visite per Periodo di Assicurazione
Invio geriatra al domicilio	2 visite per Periodo di Assicurazione
Disbrigo delle quotidianità	3 volte per sinistro e 4 ore al giorno
Servizio di accompagnamento (Trasferimento da e per centri di cura)	6 Trasferimenti entro il limite massimo di € 30,00 per servizio giornaliero
Invio spesa a casa	2 buste per Sinistro
Invio dog sitter	2 ore al giorno per massimo 5 giorni per Sinistro
Autista sostitutivo	€ 300,00 per Periodo di Assicurazione

Area non assicurativa: il servizio presente in questa sezione è sempre incluso

3 Carta dei Servizi MyAssistance

Con l'acquisto della polizza e finché la stessa è in vigore Crédit Agricole Assicurazioni offre all'Assicurato di poter effettuare, a tariffa agevolata, l'accesso a prestazioni mediche, fisioterapiche e odontoiatriche a tariffe convenzionate rese dal network di medici, fisioterapisti, dentisti/centri odontoiatrici convenzionati, il cui elenco è consultabile tramite la propria area riservata accessibile tramite il sito <https://app.myassistance.eu> o tramite l'app MyAssistance

3.1 Modalità di Accesso al network agevolato MyAssistance

La Carta Servizi sarà attiva al momento della sottoscrizione della polizza collegata. Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di **Strutture Sanitarie Convenzionati**, dovrà informare la struttura convenzionata in fase di prenotazione della convenzione MyAssistance e dovrà, al momento dell'accettazione, presentare la propria tessera personalizzata visualizzabile all'interno dell'app MyAssistance o stampabile mediante l'accesso alla propria area riservata accessibile tramite il sito <https://app.myassistance.eu>.

3.2 Diritti dell'Assicurato

L'Assicurato ha diritto di usufruire gratuitamente delle tariffe agevolate per le prestazioni mediche, fisioterapiche ed odontoiatriche, rese dal network di MyAssistance.

Resta inteso che:

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

E - Il Contratto dalla A alla Z

4 Dichiarazioni del Cliente e dell'Assicurato

4.1 Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato

Il **Cliente** ha l'obbligo di fornire dichiarazione esatte e non reticenti, evitando di fornire risposte false o inesatte a domande della **Compagnia** o tacere, anche in assenza di esplicita domanda della **Compagnia**, su circostanze rilevanti per la determinazione del Rischio e che quindi avrebbero comportato il rifiuto della **Compagnia** a stipulare il contratto, l'applicazione di un **Prezzo** maggiore o di condizioni contrattuali diverse.

L'**Assicurato**, se a conoscenza delle circostanze rilevanti per la determinazione del **Rischio**, ha il medesimo obbligo. Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto delle **Prestazioni Assicurate**, nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione** ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del C.C. In particolare, dichiarazioni inesatte o reticenze, in caso di dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del **Contratto**, altrimenti possono consentire il recesso della **Compagnia**.

4.2 Obbligo di aggiornamento delle dichiarazioni

Il **Cliente** deve comunicare tempestivamente ogni cambiamento delle situazioni descritte nei paragrafi precedenti ed è responsabile di ogni danno causato alla **Compagnia** in caso di mancato adempimento o ritardo.

In particolare, il **Cliente** deve comunicare ogni aggravamento del **Rischio**. In caso di aggravamento del **Rischio**, la **Compagnia** può recedere dal **Contratto** con effetto immediato.

5 Decorrenza della copertura

5.1 Data di Decorrenza della copertura

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24:00 giorno indicato nel **Modulo di Polizza**, ma solo se il **Prezzo** o la prima rata del **Prezzo** sono stati pagati. In caso di mancato pagamento del **Prezzo** entro la **Data di Decorrenza**, l'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

5.2 Sospensione della copertura

Se il **Cliente** non paga il **Prezzo** o le rate di **Prezzo** per i periodi successivi, la copertura resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore il giorno successivo a quello di pagamento. Restano ferme le successive scadenze ed il diritto della **Compagnia** al pagamento del **Prezzo** o rate di **Prezzo** dovuti.

Il **Contratto** si risolve di diritto se la **Compagnia** non agisce per la riscossione nel termine di sei mesi, ridotto a tre mesi in caso di pagamento mensile, dal giorno in cui il **Prezzo** o la rata sono scaduti, fermi il diritto al **Prezzo** in corso.

6 Modalità di conclusione del Contratto e pagamento del Prezzo

6.1 Modalità di conclusione del contratto

Il Contratto può essere sottoscritto presso le filiali delle Banche Abilitate, tramite Offerta fuori sede da parte delle Banche Abilitate oppure a distanza nell'ambito di un sistema gestito ed organizzato dalle Banche Abilitate. La sottoscrizione del Contratto può avvenire anche tramite Firma Digitale fornita dalle Banche Abilitate

6.2 Periodicità di pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** può essere pagato con periodicità annuale alla consegna del **Contratto** ed alle previste scadenze annuali successive, o mensilmente senza costi aggiuntivi.

6.3 Modalità di pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** può essere corrisposto esclusivamente mediante Addebito in Conto Corrente, oppure carta di credito (solo per il caso di sottoscrizione del Contratto online o in Offerta fuori sede).

Il **Prezzo** è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento in rate mensili.

7 Durata proroga e disdetta del contratto

L'**Assicurazione** ha durata di 1 anno a partire dalla **Data di Decorrenza** e si rinnova tacitamente per analogo periodo, salvo disdetta del **Cliente** o della **Compagnia**.

In mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annua, è prorogata per una durata pari ad un ulteriore anno e così successivamente.

Il **Contratto** non si rinnoverà tacitamente alla scadenza se l'Assicurato raggiunge il limite massimo di età assicurabile di 75 anni nel corso della validità del Periodo Assicurato oggetto di rinnovo.

In caso di pagamento tramite carta di credito, in occasione di ogni tacito rinnovo, l'addebito del Prezzo verrà effettuato automaticamente il giorno della scadenza della **Polizza**; nel caso in cui l'addebito non andasse a buon fine e il pagamento del Prezzo dovuto non pervenisse entro i sette giorni successivi alla scadenza, verrà effettuato un secondo tentativo di prelievo sulla medesima carta di credito l'ottavo giorno successivo alla scadenza della **Polizza**. In caso di ulteriore mancato buon fine dell'addebito si applica il disposto dell'art. 5.2 "Sospensione della copertura".

8 Diritto di ripensamento in caso di vendita a distanza

Esclusivamente in caso di vendita a distanza, entro 14 giorni dalla conclusione del contratto (o dalla ricezione dei documenti contrattuali se successiva) il **Cliente** ha il diritto di recedere dal contratto inviando richiesta scritta tramite lettera raccomandata a UGP presso la sede legale di Crédit Agricole Assicurazioni.

La **Compagnia** rimborserà al **Cliente** il **Prezzo** pagato e non goduto, al netto delle imposte, in ragione di 1/360 del **Prezzo** annuo per ogni giorno di garanzia residua, a partire dal giorno successivo a quello di invio della Raccomandata di recesso.

9 Assicurazione presso più assicuratori

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 1910 del Codice Civile, l'**Assicurato** che gode di **Prestazioni di Assistenza** analoghe a quelle del presente **Contratto** con altre imprese di assicurazione, deve dare avviso del Sinistro ad ogni impresa assicuratrice e specificatamente alla **Compagnia** entro 3 giorni a pena di decadenza.

Se a seguito della denuncia si attiva un'altra impresa assicuratrice, la **Compagnia** rimborserà all'**Assicurato** gli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.

10 Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali

La **Compagnia**, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances, Gruppo IVA Crédit Agricole Assurances in Italia, facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (CA.SA), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle **Sanzioni Internazionali** definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad **Embargo** o

Asset Freeze) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di CA.SA., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente

Contratto assicurativo se tale pagamento viola le suddette misure.

11 Imposte e tasse

Tutte le imposte e tasse relative al contratto sono a carico del **Cliente**.

12 Legge applicabile

Il **Contratto** è regolato dalla legge italiana. Oltre alle previsioni contenute nel **Contratto**, trovano pertanto applicazione anche le norme di legge.

13 Foro competente/Clausola arbitrale

Il foro competente per le controversie relative al **Contratto** è quello del luogo di **Residenza** o di domicilio elettivo dell'**Assicurato/Cliente**.

14 Obblighi e diritti derivanti dal Contratto

Il **Contratto** rappresenta l'intero accordo raggiunto tra il **Cliente** e la **Compagnia**. Tutte le modifiche al **Contratto** devono risultare da atto scritto e firmato dalle parti.

15 Forma delle comunicazioni tra le parti

Tutte le comunicazioni fra le parti, per essere valide, dovranno essere effettuate esclusivamente, ove non diversamente previsto, con lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), anche tramite la filiale della banca distributrice presso la quale è stato sottoscritto e rilasciato il **Contratto**.

F - Cosa fare in caso di Sinistro

16 Denuncia del Sinistro alla Compagnia

16.1 Recapiti per la denuncia sinistro - Sezione Assistenza

In caso di **Sinistro** relativo a prestazioni coperte con la garanzia assistenza **l'Assicurato dovrà rivolgersi esclusivamente alla Centrale Operativa**, che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Non sono previste prestazioni alternative se **l'Assicurato** non si rivolge alla **Centrale Operativa**, salvo il caso di forza maggiore, che dovrà comunque essere documentato.

La **Centrale Operativa** è a disposizione **dal lunedì alla domenica - 24h su 24** - ai seguenti recapiti:

- numero verde 800.088.292 (solo dal l'Italia),
- oppure sia dall'Italia che dall'estero numero +39 02.87.31.01.99
- oppure, se non potesse telefonare, può inviare un fax al numero +39 02.88.21.83.358
- oppure una e-mail a ugsassistenza@ca-assicurazioni.it.

16.2 Dettagli del Sinistro

L'Assicurato deve fornire alla **Compagnia** tutti i dettagli rilevanti del **Sinistro**.

In particolare, deve indicare il luogo, il giorno e l'ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico.

16.3 Mediazione

Le parti concordano che nel caso di adesione alla procedura relativa al **Tentativo Obbligatorio di Mediazione** ex art. 5 D.Lgs. 28/2010, questa dovrà essere esperita, anche per via telematica, ai sensi dell'art. 141, I comma del Codice del Consumo per il tramite dell'Organismo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura o dell'Ordine degli Avvocati presente in ogni capoluogo di Provincia.

16.4 Cooperazione

L'Assicurato dovrà comunque cooperare in buona fede nella fase di liquidazione, facilitando gli accertamenti che la **Compagnia** decidesse di compiere e sciogliendo dall'eventuale segreto professionale, se necessario, gli incaricati delle relative attività.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del **Sinistro** può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

16.5 Massimali

Salvo il caso previsto dall'art. 1914 del Codice Civile (spese di salvataggio), in nessun caso la **Compagnia** pagherà una somma maggiore del **Massimale Assicurato**.

16.6 Rinuncia al Diritto di Rivalsa

La **Compagnia** rinuncia, a favore dell'**Assicurato** o dei suoi aventi causa, al diritto di **Rivalsa** previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'**Infortunio** o della **Malattia**.

17 Sinistri della Sezione Assistenza

17.1 Soggetto a cui rivolgersi

L'intervento dovrà sempre essere richiesto alla **Centrale Operativa** che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione. Non sono previste prestazioni alternative se l'**Assicurato** non si rivolge alla **Struttura Organizzativa**, salvo il caso di forza maggiore, che dovrà comunque essere documentato.

17.2 Comunicazioni dell'Assicurato

In ogni caso l'**Assicurato** dovrà comunicare con precisione:

1. il tipo di assistenza di cui necessita.
2. l'indirizzo della sede dell'impresa.
3. il Nome e Cognome
4. il Numero di polizza
5. l'indirizzo del luogo in cui si trova.
6. il recapito telefonico dove la **Centrale Operativa** provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

17.3 Ulteriore documentazione

L'**Assicurato**, a richiesta della **Centrale Operativa**, dovrà fornire ogni ulteriore documentazione necessaria alla prestazione dell'assistenza.

In ogni caso è necessario inviare alla **Centrale Operativa** gli originali (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

17.4 Prestazioni non dovute

La **Compagnia** può chiedere all'**Assicurato** il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazioni di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal **Contratto** o dalla Legge.

CRÉDIT AGRICOLE ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale - Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

I nostri specialisti sono a Sua disposizione per qualunque informazione e La potranno aiutare in qualsiasi momento. Potrà facilmente raggiungerli ai seguenti recapiti:

PER RICHIEDERE UNA PRESTAZIONE DI **ASSISTENZA**

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma

Numero Verde: 800 088 292 - dall'estero +39 02 87 31 01 99

dal lunedì alla domenica - 24 ore su 24

Fax: +39 02 88 21 83 358

mail: ugsassistenza@ca-assicurazioni.it

PER **ACCEDERE ALLA PRESTAZIONE NON ASSICURATIVA DI ACCESSO A NETWORK CONVENZIONATO**

Qualora l'Assicurato decida di avvalersi di Strutture Sanitarie Convenzionati, dovrà:

- **informare la struttura convenzionata**, in fase di prenotazione della convenzione MyAssistance,
- al momento **dell'accettazione presentare la propria tessera personalizzata:**
 - visualizzabile all'interno dell'app MyAssistance
 - stampabile mediante l'accesso alla propria area riservata sul sito <https://app.myassistance.eu>

PER **VARIAZIONI, INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI RELATIVE A CONTRATTI IN ESSERE**

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO - UGP

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Numero: 800 088 292

dal lunedì al venerdì dalle 8.30-13.30 / 14.30-17.00

Fax: +39 02 88 21 83 330

mail: ugp@ca-assicurazioni.it

mail PEC: ugp.ca-assicurazioni@legalmail.it

PER **RECLAMI** RIGUARDANTI IL RAPPORTO CONTRATTUALE O LA GESTIONE DEI **SINISTRI**

UFFICIO RECLAMI

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Fax: +39 02 88 21 83 313

mail: reclami@ca-assicurazioni.it

In caso di insoddisfazione dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine di 45 giorni, potrai rivolgerti all'IVASS, Servizio Tutela dei Consumatori, Via del Quirinale 21, 00187 Roma - www.ivass.it.

PER **SUPPORTO TECNICO**

ai fini del corretto accesso all'**AREA CLIENTI** del sito e della relativa navigazione, potete compilare il form disponibile nell'area riservata del nostro sito

PER **INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE**

mail: info@ca-assicurazioni.it - mail PEC: info.ca-assicurazioni@legalmail.it

ATTENZIONE: questi indirizzi mail possono essere utilizzati solo per **INFORMAZIONI di CARATTERE GENERALE; NON SONO VALIDI per comunicazioni relative a contratti già in essere, per impartire disposizioni e per denunciare Sinistri**: in tali casi si deve contattare gli Uffici dedicati sopra indicati o in alternativa il Gestore della Filiale.



<http://www.ca-assicurazioni.it>