

Helvetia MyHealth

Assicurazione Rimborso spese sanitarie e Assistenza

IL PRESENTE DOCUMENTO CONTIENE

Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni)

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni)

Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei Termini

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Gruppo Helvetia

ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE E ASSISTENZA DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: **Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA**, Italia - Iscr. Albo Imprese Ass. al n.2.00002

Prodotto: **Helvetia MyHealth**

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

Che tipo di assicurazione è?

Il prodotto Helvetia MyHealth assicura il rimborso delle spese a seguito di Grande Intervento chirurgico oppure per il rimborso delle spese sostenute a seguito di malattia e/o infortuni nei casi di ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale, ricovero per parto o aborto terapeutico e Day Hospital. È inoltre, sempre operante, una sezione che offre le garanzie di assistenza.



Che cosa è assicurato?

✓ "Helvetia MyHealth" ti permette di scegliere la copertura assicurativa più adatta in base alle tue esigenze.

Puoi scegliere una copertura che ti tutela rimborsandoti le spese sostenute a seguito di:

- ricovero, reso necessario da malattia e/o infortunio;
- intervento chirurgico (in regime di ricovero o day surgery), intervento chirurgico ambulatoriale, reso necessario da malattia e/o infortunio;
- ricovero per parto o aborto terapeutico;
- Day Hospital e MAC reso necessario da malattia e/o infortunio;

oppure una copertura per i ricoveri a seguito di Grande Intervento chirurgico.

La polizza prevede la possibilità di usufruire di un circuito di Cliniche convenzionate che permette di non sostenere nessuna spesa in quanto la prestazione viene interamente pagata dalla Compagnia.

L'accesso al circuito delle Cliniche avviene mediante preventivo contatto con la Centrale Operativa che gestisce questo servizio. Diversamente, se non intendi usufruire dei centri convenzionati, la Compagnia ti rimborserà le spese sostenute al termine delle cure sanitarie presentando tutta la documentazione medica.

Oltre alle spese sostenute durante il ricovero, la polizza prevede il rimborso delle spese sostenute **nei 120 giorni prima e dopo** un ricovero o un intervento chirurgico senza ricovero.

- **Prima del ricovero:** visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami, effettuati **nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero**, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero; le spese di trasporto in ambulanza relative al primo ricovero.
- **Durante il ricovero:** onorari del chirurgo, i diritti di sala operatoria, consulenze infermieristiche e medico-specialistiche, endoprotesi, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti e le rette di degenza.
- **Dopo il ricovero:** visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, prestazioni mediche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, effettuate **nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero; nonché le spese di trasporto in ambulanza successive alla dimissione dall'istituto di cura.
- ✓ **Assistenza:** sono sempre incluse in polizza le prestazioni di Assistenza erogate dalla Struttura Organizzativa di **Europ Assistance**, tra cui:
 - servizi informativi (informazioni sanitarie specialistiche);
 - servizi medici (invio di un medico, infermiere al domicilio);
 - altri servizi (trasporto ambulanza, rientro sanitario ecc.).

L'assicurazione è prestata entro i limiti delle somme assicurate e dei massimali indicati in polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da: alcolismo e/o dipendenza da sostanze psicoattive (stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), sieropositività H.I.V.
- ✗ Non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni compiuti.



Ci sono limiti di copertura?

! **Le garanzie non sono operanti per:**

- conseguenze dirette di infortuni, di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Compagnia dall'Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- accertamenti diagnostici, cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla data di stipulazione della polizza fatta eccezione per i difetti fisici o le malformazioni preesistenti non noti all'Assicurato al momento della stipula;
- le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze;
- eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- infortuni causati da stato di ubriachezza;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di allucinogeni e/o di psicofarmaci e/o di sostanze stupefacenti;
- interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza e parto cesareo se non prescritto da Medico ginecologo;
- prestazioni aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio (escluse protesi);
- cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da neoplasie maligne.
- degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- gli infortuni causati dalla pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
- cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici.

! **Assistenza** Le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati da dolo; da suicidio o tentato suicidio; malattie mentali e disturbi psichici; malattie e infortuni conseguenti a sostanze stupefacenti o alcoliche; malattie dipendenti da gravidanza dopo la 26esima settimana; espianto e trapianto di organi.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Prima della sottoscrizione hai il dovere di:

- fornire risposte precise e veritiere alle domande relative al rischio da assicurare;
- compilare il Questionario sanitario che forma parte integrante della polizza in quanto la Compagnia presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese su tale documento.

In caso di sinistro per la garanzia Rimborso spese sanitarie e grandi interventi chirurgici, devi:

- informare MyAssistance S.r.l. dell'accaduto nei tempi e nei modi dalla stessa indicati;
- consegnare tutta la documentazione necessaria per procedere nella valutazione;
- attenerti a tutte le eventuali ulteriori indicazioni fornite dalla Compagnia.

Per attivare le prestazioni di Assistenza devi contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di Europ Assistance S.p.a. e fornire i dettagli del sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il pagamento del premio avviene all'atto della conclusione del contratto e, successivamente, in base alla periodicità del pagamento scelta.

Puoi pagare tramite:

- bonifico bancario;
- assegno non trasferibile intestato all'Intermediario;
- bollettino postale;
- contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente;
- sistemi di pagamento elettronico;
- tramite addebito diretto su conto corrente (SEPA Direct Debit – S.D.D.) solo nel caso di frazionamento del premio in rate mensili.

Il premio di polizza corrisposto comprende le imposte previste dalla normativa vigente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione inizia dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza, se hai pagato il premio o la prima rata di premio, e termina alle ore 24 del giorno indicato in polizza come data di scadenza.

Se i premi non sono stati pagati, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Inoltre, **sono previsti dei tempi di carenza contrattuale**, ossia dei periodi durante i quali la copertura non opera decorrenti dal giorno di efficacia della polizza, quali: 30 giorni in caso di malattia; 180 giorni per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi, o per malattie dichiarate alla Compagnia ed accettate senza limitazione del rischio; 365 giorni per il parto, l'aborto non volontario e malattie dipendenti da gravidanza.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurazione può avere durata annuale o poliennale come indicato in polizza e nella forma con o senza tacito rinnovo alla scadenza pattuita.

Nel caso di durata poliennale, il solo Contraente, può esercitare la facoltà di recedere dal contratto, con preavviso di 30 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso del quale la facoltà di recesso è stata esercitata (art. 1899 del Codice Civile).

Il recesso è inoltre esercitabile da entrambe le Parti a seguito di sinistro fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dello stesso. Se il recesso è esercitato dal Contraente, a sua richiesta, può avere effetto dal giorno di invio della comunicazione alla Compagnia.

Se la polizza è stata acquistata tramite tecniche di vendita a distanza, è possibile esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla stipulazione della polizza.

Assicurazione Rimborso spese sanitarie e Assistenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni

(DIP Aggiuntivo Danni)

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia



Helvetia MyHealth

Data ultimo aggiornamento: 14 Gennaio 2026

Il presente Dip Aggiuntivo Danni rappresenta l'ultima versione disponibile

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, con Sede legale a San Gallo (Svizzera) e Sede secondaria con cui viene concluso il contratto in Italia in via G. B. Cassinis, 21 - 20139 Milano; tel. +39 02 5351.1; sito internet: <https://www.helvetia.it>; e-mail: info@helvetia.it; PEC: helvetia@actaliscertymail.it
P.IVA e Cod. Fisc. 01462690155 - Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n° 2.00002 - Iscrizione all'Albo dei Gruppi Assicurativi n° ord. 031. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 00757 del 19/12/1997 - G.U. n. 298 del 23/12/1997. Autorità di Vigilanza competente: IVASS.

Il patrimonio netto della Compagnia, all'ultimo bilancio approvato, è pari ad Euro 117.470.766 di cui Euro 79.993.441 costituiscono la parte relativa al fondo di dotazione ed Euro 21.856.083 si riferiscono alle riserve patrimoniali.

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA (Helvetia Schweizerische Versicherungsgesellschaft AG), Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia è soggetta alle metriche di solvibilità in vigore per il Gruppo elvetico richieste dall'Autorità di Vigilanza svizzera FINMA. La valutazione di solvibilità e della posizione finanziaria delle imprese o dei gruppi di (ri)assicurazione è stata riconosciuta equivalente ai requisiti del titolo I della direttiva 2009/138/CE (Solvency I) da parte della Commissione europea con la decisione delegata (UE) 2015/1602. Per ulteriori informazioni è possibile prendere visione di tali dati consultando la Relazione Annuale per il 2024 disponibili all'indirizzo:

<https://www.helvetia.com/content/dam/os/corporate/web/documents/investor-relations/annual-results/2024/financial-information-2024.pdf>

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno della Compagnia è rapportata alle somme assicurate e, se previsti, ai massimali concordati con il Contraente.

I SUCCESSIVI RINVII A SEZIONI, PAGINE E ARTICOLI SI RIFERISCONO ALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, l'oggetto dell'assicurazione è indicato all'art. 2.1, pagina 17. Le prestazioni garantite prima/durante/dopo il ricovero sono riportate agli artt. 2.2, 2.3 e 2.4. Le prestazioni sempre operanti sono indicate alle lettere A-J all'art. 2.5, pagine da 18 a 21. La modalità operativa delle prestazioni ci di cui agli artt. 2.2, 2.3 e 2.4 sono riportate all'art. 2.7.

Il dettaglio delle prestazioni erogate dal **S.S.N. – Diaria sostitutiva** e di quelle **Mediche urgenti in Italia o all'Estero** è indicata agli artt. 2.6 e 2.8, pag. 21 e 22. In caso di polizza di durata poliennale è prevista la prestazione di Medicina preventiva come indicato all'art. 2.9, pagina 22. La copertura può essere personalizzata acquistando, con il pagamento di un premio aggiuntivo, le garanzie di cui agli artt. 2.12, pag. 24/25. Le condizioni di operatività della presente Sezione sono riportate agli artt. 2.13, 2.14, 2.15 e 2.16, pag. 25/26.

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI (acquistabile in alternativa alla sezione Rimborso spese sanitarie)

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, l'oggetto dell'assicurazione è indicato all'art. 3.1, pagina 27. Le prestazioni garantite prima/durante/dopo il ricovero e quelle sempre operanti sono riportate agli artt. 3.2, 3.3, 3.4 e 3.5, pagine 27/28. La modalità operativa delle prestazioni erogate dal **S.S.N. – Diaria sostitutiva** è indicata all'art. 3.6, pagina 28. Le modalità operative delle prestazioni di cui agli artt. 3.2, 3.3 e 3.4 sono riportate all'art. 3.7. Le condizioni di operatività della presente Sezione sono riportate agli artt. 3.10, 3.11, 3.12 e 3.13, pagine 30/31.

SEZIONE ASSISTENZA

Le prestazioni previsti sono indicate all'art. 4.1, pagine da 32 a 36. Le condizioni di operatività della presente Sezione sono riportate agli artt. 4.5, 4.6 e 4.7, pag. 37.



Che cosa NON è assicurato?

RIMBORSO SPESE SANITARIE – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI, oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, sono escluse le spese relative a:

- prestazioni sanitarie previste dalla polizza effettuate e fatturate successivamente al termine della validità della copertura assicurativa anche se relative a malattie diagnosticate e infortuni occorsi e denunciati durante la validità della polizza ad eccezione delle spese mediche sostenute nei 120 giorni successivi ad un ricovero avvenuto durante la validità della polizza;

- sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica e prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertata o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
- le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze e i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- le conseguenze di infortuni avvenuti alla guida di veicoli se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di ubriachezza;
- conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di mezzi a locomozione aerea e subacquea;
- partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);
- infortuni causati dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento della professione di militare appartenente alle Forze Armate o ai Corpi Armati dello Stato, alle forze di Polizia, e in qualità di Guardia giurata.
- conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni).

RIMBORSO SPESE SANITARIE, oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, sono escluse le spese relative a:

- cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodontio, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne;
- degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Per **Accertamenti di alta specializzazione senza ricovero**, **Visite specialistiche relative all'accertamento di alta specializzazione** e **Trattamenti fisioterapici**, sono esclusi esami ed accertamenti diagnostici relativi a trattamenti di odontoiatria, ortodonzia, implantologia dentaria, malattie pertinenti a gravidanza o puerperio, le visite specialistiche in genere ed i check-up di medicina preventiva.

ASSISTENZA, oltre a quanto rappresentato nel DIP Danni, tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- dolo o colpa grave dell'Assicurato, salvo quanto indicato nelle singole prestazioni;
- alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive e relative conseguenze e complicanze;
- malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove ed allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- infortuni occorsi durante lo svolgimento della professione di militare appartenente alle Forze Armate o ai Corpi Armati dello Stato, alle forze di Polizia, e in qualità di Guardia giurata;
- tutto quanto non è indicato nelle singole prestazioni.

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della polizza è di 60 giorni.

Inoltre, non sono fornite le prestazioni nei Paesi che si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto, compresi quelli la cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia. Non sono, inoltre, fornite le prestazioni nei Paesi in cui le autorità locali o internazionali non consentono di poter intervenire sul luogo anche se non c'è un rischio di guerra.

La Struttura Organizzativa non dovrà risarcire i danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza,
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile.

Si precisa inoltre che l'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie.



Ci sono limiti di copertura?

Termini di carenza

SEZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE, le garanzie decorre:

- per le malattie, dal **30° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del contratto, ma insorti anteriormente

a tale data, dal **180° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione;

- per le conseguenze di stati patologici noti all'Assicurato, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della compilazione della proposta e del questionario sanitario ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Compagnia stessa, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione;
- per il parto, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, dal **365° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI, la garanzia decorre:

- dal **180° giorno** successivo a quello di effetto della polizza o di pagamento del premio, se successivo, per malattie preesistenti che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati alla Compagnia all'atto stesso della compilazione del questionario sanitario ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Compagnia stessa;

- del **30° giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le altre malattie o di pagamento del premio, se successivo.

SEZIONI: RIMBORSO SPESE MEDICHE e GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI, le garanzie decorrono:

- per gli infortuni, dal giorno in cui ha effetto la polizza o dal giorno di pagamento del premio, se successivo.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto in corso con una delle Compagnie del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di carenza di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;

- dal giorno in cui ha effetto la presente polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni contrattuali intervenute nel corso di uno stesso contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto si rivolge alle persone fisiche che desiderino una protezione economica per coprire le spese mediche dovute da infortunio, malattie o parto, e anche a piccole realtà aziendali (piccole medie imprese) a vantaggio dei propri dipendenti.

Prevede la possibilità di personalizzazioni in base al livello di protezione desiderato, non solo in termini di garanzie e massimali, ma anche di durata della copertura.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte di provvigioni corrisposta in media agli Intermediari ammonta al 22,89%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami inerenti al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere presentati per iscritto alla Compagnia presso la funzione aziendale incaricata alla gestione degli stessi, utilizzando i seguenti recapiti: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Ufficio Reclami - Via G. B. Cassinis 21, 20139 Milano E-mail: reclami@helvetia.it</p> <p>Vanno presentati alla Compagnia anche i reclami che riguardano i soggetti coinvolti nel ciclo operativo della compagnia stessa, compresi gli Agenti e relativi dipendenti o collaboratori. La Compagnia invia la risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo, prorogati fino a 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i dipendenti o collaboratori).</p>
<p>All'IVASS</p>	<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, anche con il modello ivi disponibile.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

<p>Arbitro Assicurativo</p>	<p>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.</p>
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (L. 9/8/2013, n. 98)</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Arbitrato (facoltativo): in caso di dissenso tra l'assicurato e la compagnia circa la determinazione dell'ammontare del danno, i periti, nominati da ciascuna delle Parti, si accordano per nominare un terzo perito, detto Arbitro, per raggiungere una decisione. ● Procedura FIN-NET: per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/fin-net_en, chiedendo l'attivazione della Procedura. Tramite il sito della Compagnia (www.helvetia.it) è possibile acquisire in forma più dettagliata le informazioni riguardanti le modalità di attivazione dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie.

REGIME FISCALE

<p>Trattamento fiscale applicabile al contratto</p>	<p>Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Questo contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni in vigore in Italia.</p>
--	--

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

Helvetia MyHealth

Assicurazione Rimborso spese sanitarie e Assistenza

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE Mod. H1046 Edizione 11/2025

Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state redatte secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari” del tavolo tecnico ANIA del 06/02/2018 - Associazione Consumatori - Associazione Intermediari Assicurativi

Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Gruppo Helvetia

GUIDA ALLA CONSULTAZIONE

Gentile Cliente, benvenuto nel mondo di **Helvetia MyHealth** la polizza Rimborso Spese sanitarie e Assistenza che offre una protezione completa e modulare per la tutela della propria salute.

Le garanzie previste sono:



Rimborso spese sanitarie



Grandi Interventi chirurgici



Assistenza

Il documento delle Condizioni di Assicurazione è stato elaborato e strutturato per rendere più chiara ed immediata la sua lettura e comprensione. Lo stile e gli elementi di struttura sono stati resi omogenei per facilitare la ricerca delle informazioni fondamentali.

Di seguito troverà la guida che la aiuterà nella consultazione.

1. TESTI E PAROLE EVIDENZIATE CON CARATTERE DI PARTICOLARE RILIEVO

- MAIUSCOLO: titoli di sezioni e di articoli;
- **grassetto**: condizioni di assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie e oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato, aspetti rilevanti, sottotitoli, parole di riferimento;
- [►]: richiami a norme e articoli di legge.

2. GLOSSARIO

Nel glossario troverà le definizioni di alcuni termini utilizzati nelle Condizioni di Assicurazione. Nel testo questi termini sono resi visibili attraverso l'utilizzo del *corsivo*. Questa modalità permette di distinguerli dagli altri termini in uso.

3. BOX DI CONSULTAZIONE A TITOLO PURAMENTE ESEMPLIFICATIVO

- all'interno delle sezioni troverà alcuni box richiamati da specifici elementi grafici, inseriti con l'obiettivo di dare risposta ad alcune possibili domande;
- il testo contenuto nel box non ha valore contrattuale.



**FOCUS E
APPROFONDIMENTI**

4. ELEMENTO GRAFICO DEDICATO



elemento che permette l'individuazione di informazioni importanti e di punti di attenzione.



INDICE

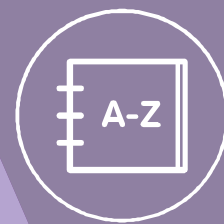
INDICE	2
GLOSSARIO	4
NORME COMUNI	10
ART. 1.1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE	10
ART. 1.2 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE	10
ART. 1.3 - PAGAMENTO E FRAZIONAMENTO DEL PREMIO.....	10
ART. 1.4 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE, TACITO RINNOVO, FACOLTÀ DI RECESSO E DISDETTA ALLA SCADENZA.....	12
ART. 1.5 - LIMITI DI ETÀ'	13
ART. 1.6 - ADEGUAMENTO AUTOMATICO DEL PREMIO PER ETÀ.....	13
ART. 1.7 - STATO DI SALUTE E RELATIVE DICHIARAZIONI	14
ART. 1.8 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	15
ART. 1.9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO	15
ART. 1.10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE.....	15
ART. 1.11 - ONERI FISCALI DELL'ASSICURAZIONE	15
ART. 1.12 - ALTRE ASSICURAZIONI	15
ART. 1.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	16
ART. 1.14 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....	16
ART. 1.15 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)	16
ART. 1.16 - VARIAZIONE DI ALTRI ELEMENTI CONTRATTUALI	16
ART. 1.17 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO ((solo per le polizze collocate tramite <i>vendita a distanza</i>)	16
SEZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE	17
COSA È ASSICURATO	17
ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RISCHIO ASSICURATO.....	17
ART. 2.2 - PRESTAZIONI GARANTITE PRIMA DEL RICOVERO	18
ART. 2.3 - PRESTAZIONI GARANTITE DURANTE IL RICOVERO	18
ART. 2.4 - PRESTAZIONI GARANTITE DOPO IL RICOVERO	18
ART. 2.5 - PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI.....	18
ART. 2.6 - PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - DIARIA SOSTITUTIVA.....	21
ART. 2.7 - SCOPERTO - LIMITI DI INDENNIZZO	21
ART. 2.9 - MEDICINA PREVENTIVA (valida solo per polizze di durata poliennale).....	22
COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO GLI ALTRI LIMITI DELL'ASSICURAZIONE	22
ART. 2.10 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	22
ART. 2.11 - ESCLUSIONI	23
COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA	24
ART. 2.12 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE (operanti solo se richiamate in polizza)	24
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	25
ART. 2.13 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE	25
ART. 2.14 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA	25



ART. 2.15 - CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE E/O DEGLI ASSICURATI ALL'ESTERO	25
ART. 2.16 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI CARENZA.....	25
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI	26
SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	27
COSA È ASSICURATO	27
ART. 3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RISCHIO ASSICURATO.....	27
ART. 3.2 - PRESTAZIONI GARANTITE PRIMA DEL RICOVERO	27
ART. 3.3 - PRESTAZIONI GARANTITE DURANTE DEL RICOVERO	28
ART. 3.4 - PRESTAZIONI GARANTITE DOPO IL RICOVERO	28
ART. 3.5 - PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI.....	28
ART. 3.6 - PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - DIARIA SOSTITUTIVA.....	28
ART. 3.7 - SCOPERTO - LIMITI DI INDENNIZZO	29
COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO GLI ALTRI LIMITI DELL'ASSICURAZIONE	29
ART. 3.8 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	29
ART. 3.9 - ESCLUSIONI	29
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	30
ART. 3.10 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE	30
ART. 3.11 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA	30
ART. 3.12 - CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE E/O DEGLI ASSICURATI ALL'ESTERO	30
ART. 3.13 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI CARENZA.....	30
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI	31
SEZIONE ASSISTENZA	32
COSA È ASSICURATO	32
ART. 4.1 - PRESTAZIONI ASSISTENZA.....	32
COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO GLI ALTRI LIMITI	36
ART. 4.2 - ESCLUSIONI	36
ART. 4.3 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITA'	36
ART. 4.4 - LIMITI DI ETA'	37
CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	37
ART. 4.5 - ESTENSIONE TERRITORIALE.....	37
ART. 4.6 - INDENNIZZI ALTERNATIVI PER MANCATA FRUIZIONE DI PRESTAZIONI	37
ART. 4.7 - DIRITTO ALLE ASSISTENZE	37
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI	37
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO.....	38
CHE OBBLIGHI HO?.....	38
ART. 5.1 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO - DENUNCIA DEL SINISTRO	38
ART. 5.2 - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	39
QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	44
ART. 5.3 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE.....	44
ART. 5.4 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	48
ART. 5.5 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE	48
SEZIONE ASSISTENZA.....	49
ART. 5.6 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO	49
ART. 5.7 - SEGRETO PROFESSIONALE	49
TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI	50
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	55
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI	
CORRELATI DECIMA REVISIONE - ICD - 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA'	
SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	57
NORME DEL CODICE CIVILE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	58
NUMERI UTILI.....	61



GLOSSARIO



Qui di seguito sono riportati i **principali termini utilizzati** nel **Set informativo** con il **significato loro attribuito dalla Compagnia**.

Nel testo delle **Condizioni di assicurazione** gli stessi termini sono evidenziati in carattere corsivo.

Alcuni termini sono comuni a tutte le garanzie, altri riguardano sezioni o garanzie specifiche.

A

Aborto Terapeutico: interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Abuso di psicofarmaci: assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.

Accertamenti Diagnostici: le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle visite specialistiche) che possono essere effettuate anche in ambulatorio/Centro Medico volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *malattia o infortunio*.

Ambulatorio: la struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Anno (annuo - annuale): periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di *anno solare bisestile*).

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto mediante il quale la *Compagnia*, dietro pagamento da parte del *Contraente* del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'*Assicurato*, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.



C

Centrale Operativa: per le prestazioni previste dalle Sezioni Rimborso spese sanitarie e Grandi Interventi chirurgici è la struttura di My Assistance S.r.l., costituita da personale con competenze tecnico mediche, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la *Compagnia*, provvede, per incarico di quest'ultima, alla gestione dei sinistri sia attraverso la modalità del pagamento diretto presso i Centri Clinici convenzionati sia nella modalità a rimborso.

Centri Clinici convenzionati: le strutture sanitarie convenzionate con MyAssistance S.r.l. (ospedali, centri diagnostici e case di cura) alle quali l'*Assicurato* potrà rivolgersi, previa autorizzazione della Centrale stessa, per ottenere il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nei limi previsti dalla *polizza*.

Centri Clinici non convenzionati: le strutture sanitarie non convenzionate con MyAssistance s.r.l. purché in possesso, all'atto dell'erogazione della prestazione, dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore alle quali l'*Assicurato* potrà rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in *polizza*, senza ottenere il servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte di MyAssistance S.r.l.

Centro Medico di riferimento: le strutture sanitarie ed i Centri Clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa di Europ Assistance che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Certificato di guarigione: certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'Oblio oncologico come previsto dal D.M. della Salute del 5 luglio 2024 (pubblicato in G.U. il 30 luglio 2024).

Check-up clinico: controllo medico completo che prevede una serie di analisi ed esami clinici in senso preventivo dello stato di salute generale.

Compagnia: Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.

Conclusione del trattamento attivo della patologia oncologica: si intende, in assenza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione nell'interesse proprio e/o di altri.

Convalescenza: periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

D

Day Hospital: degenza, esclusivamente diurna, in Istituto di cura documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'*Assicurato* nell'Istituto di cura - per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica e infermieristica continue.

Day surgery: la degenza in Istituto di cura a regime esclusivamente diurno, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico, documentata da cartella clinica.

Data del sinistro: la data in cui si è verificato il ricovero, con o senza intervento chirurgico, il ricovero in day hospital, l'intervento chirurgico ambulatoriale; per le prestazioni extra ospedaliere la data della prima prestazione effettuata.

Diaria sostitutiva: indennità giornaliera che, in caso di ricovero ospedaliero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.

Difetto fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o acquisite durante lo sviluppo fisiologico.

Diritto all'Oblio oncologico: il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge 7/12/2023 n. 193 e successive modifiche. Per determinate patologie oncologiche, sono stati introdotti termini temporali ridotti come previsto dal Decreto del ministero della Salute del 22 marzo 2024 (G.U. n.96 del 24 aprile 2025).



E

Equipe medica: gruppo di medici, medici chirurghi e operatori sanitari che partecipano all'intervento chirurgico.

F

Farmaco Psicotropo: farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.

G

Grande intervento chirurgico: Intervento chirurgico rientrante nell'Eleno Grandi Interventi chirurgici previsto dalle Condizioni di assicurazione.

I

Indennizzo: somma dovuta dalla *Compagnia* in caso di *sinistro*, per i danni direttamente subiti dall'*Assicurato*.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili.

Insorgenza: inizio, ancorché asintomatico, della *malattia*.

Intervento chirurgico: atto medico praticato in *Istituto di cura*, con l'utilizzo di una tecnica cruenta o di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di pronto soccorso. Le biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento chirurgico ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia non in regime di ricovero, eseguito presso Istituto di cura, Centro Medico o studio medico effettuato da medico chirurgo.

Istituto di cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di Cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

L

Lettera di Presa in Carico (in caso di pagamento diretto): documento che riporta gli obblighi reciproci, tra *Assicurato* e Centro Medico Convenzionato, in relazione al ricovero e con riferimento alle condizioni di assicurazione che l'*Assicurato* sottoscrive all'atto del ricovero.

M

MAC - Macroattività ambulatoriale complessa: degenza, esclusivamente diurna in Istituto di cura, documentata da cartella clinica - dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'*Assicurato* nell'Istituto di cura - per l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma che richiedono, per loro natura e complessità di esecuzione, un regime di assistenza medica e infermieristica continua non attuabile in ambiente ambulatoriale. La prestazione deve essere prescritta da un medico specialista dell'unità operativa della Struttura dove viene erogata la prestazione.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da *infortunio*. La gravidanza non è considerata *malattia*.



Malattia cronica: *malattia* che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilità di nessuna cura risolutiva.

Malattia improvvisa: *malattia* di insorgenza acuta 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 mentale e/o disabilità mentale: ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione - ICD - 10 dell'organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco allegato).

Malattia preesistente: *malattia* che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della *polizza*.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Manifestazione: sintomatologia oggettiva della *malattia*.

Massimale: l'importo che rappresenta il massimo esborso, nell'*anno* di copertura, a cui è tenuta la *Compagnia* in caso di sinistro.

Medic4all: gruppo internazionale specializzato nei servizi e nel supporto medico a distanza.

Medicina Alternativa o complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici quali agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, chiropratica.

Medici Specialisti Convenzionati: i professionisti convenzionati con MyAssistance, ai quali l'*Assicurato* potrà rivolgersi, previa autorizzazione della Centrale Operativa, per ottenere il pagamento diretto delle prestazioni, da loro effettuate e garantite in *polizza*.

Mese (mensile): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

MyAssistance S.r.l.: la società di servizi che fornisce le prestazioni previste dalle Sezioni Rimborso spese sanitarie e Grandi Interventi chirurgici e provvede, per conto della *Compagnia*, al Pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

O

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità.

P

Pagamento diretto: la modalità di liquidazione che la *Compagnia*, in nome e per conto dell'*Assicurato*, effettua nei confronti dei Centri Clinici convenzionati per le spese relative a ricoveri, interventi chirurgici indennizzabili a termini di *polizza*.

Pagamento a rimborso: la modalità di liquidazione che la *Compagnia* effettua per le spese sostenute in via anticipata dall'*Assicurato* per prestazioni indennizzabili a termini di *polizza*.

Pagamento misto: la modalità di liquidazione che la *Compagnia*, in parte in forma di pagamento diretto ai Centri clini convenzionati ed in parte in forma di pagamento a rimborso per le prestazioni erogate da Medici non convenzionati, effettua per le spese relative a prestazioni indennizzabili a termini di *polizza*.

Parto cesareo: intervento chirurgico per mezzo del quale il medico ginecologo procede all'estrazione del feto quando esistono le condizioni di riscontro di patologia e/o reale rischio di patologia a carico della partoriente e/o del feto.

PHEIC: Public Health Emergencies of International Concern (Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale).



Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Poliennale (durata): periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un *anno* solare bisestile compreso nel periodo).

Premio: la somma dovuta dal *Contraente* alla *Compagnia* ed è dovuto per intero indipendentemente dal frazionamento pattuito in *polizza*.

Prestazioni aventi finalità estetiche: trattano condizioni fisiche non connesse ad alterazioni funzionali e/o possibili evoluzioni maligne o complicazioni.

Psicofarmaci: farmaci contenenti sostanze psicoattive che agiscono sul Sistema Nervoso Centrale.



Quadrimestre (quadrimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Questionario sanitario: documento che descrive lo stato di salute dell'*Assicurato*, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la potestà, che forma parte integrante della *polizza*.

Quinquennio (quinquennale): periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).



Recesso: scioglimento del vincolo contrattuale.

Rette di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: degenza dovuta a *malattia* o *infortunio* comportante necessità di pernottamento in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.

Ricovero improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio: la possibilità che si verifichi il sinistro.



Scoperto: la percentuale del danno che rimane a carico dell'*Assicurato*.

Scopo terapeutico: terapia medica efficace per curare le malattie.

Second Opinion Internazionale: si tratta di una prestazione che consente di ottenere una valutazione clinico-diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico. La prestazione viene erogata utilizzando una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza internazionale. La prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte di specialisti internazionali della materia. La prestazione è erogata dalla Struttura Organizzativa che trasmetterà agli specialisti internazionali i dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'*Assicurato*. Per i casi clinici più complessi la Struttura organizzativa potrà organizzare il consulto in tempo reale, tra gli specialisti internazionali, i medici della Struttura Organizzativa e i medici curanti dell'*Assicurato*.

Semestre (semestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

Settimana (settimanale): periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.



Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Sport Professionistico: attività sportiva esercitata a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e qualificata come tale dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

SSN: Servizio Sanitario Nazionale.

Struttura Organizzativa: per le prestazioni previste dalla Sezione Assistenza è la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. - Via del Mulino, 4 - 20057 Assago - MI, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della *Compagnia* al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in *polizza*, con costi a carico della *Compagnia*.

T

Terapia Intensiva: l'insieme delle complesse procedure diagnostiche e terapeutiche che comportino l'intubazione finalizzate al ripristino e al sostegno di funzioni vitali (cardiocircolatoria, respiratoria, neurologica, metabolica) acutamente e gravemente compromesse.

Termine di carenza: periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della *polizza* e l'effettiva decorrenza della garanzia.

Trattamenti fisioterapici e rieducativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equipollente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da *malattia* o *infortunio* indennizzabili a termine di *polizza*.

Trimestre (trimestrale): periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

U

Ubbriachezza: La condizione, conseguente all'assunzione di bevande alcoliche, nella quale il livello di alcool risulti essere pari o superiore al limite di 1,5 grammi per litro.

V

Vendita a distanza: il collocamento di contratti assicurativi senza la presenza fisica e simultanea dell'intermediario o della *compagnia* e del *Contraente*.

Visita specialistica: la visita effettuata da un medico fornito di specializzazione, per diagnosi e/o prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale e pediatria



NORME COMUNI



Le norme indicate ed espresse dai seguenti articoli regolano tutte le Sezioni delle Condizioni di assicurazione della polizza **Helvetia MyHealth**.

ART. 1.1 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato sulla *polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati.

In caso contrario l'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Se il *Contraente* non paga i premi o le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza.

L'*assicurazione* ha di nuovo efficacia dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.



Se il *Contraente* non paga il *premio* entro 60 giorni dalla scadenza, i *termini di carenza*, previsti dall'art. 2.16 o dall'art. 3.13 "Decorrenza della garanzia - Termini di carenza", riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il *premio*.

La *Compagnia* ha diritto al pagamento dei premi scaduti [► art. 1901 del Codice Civile].

ART. 1.2 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* può avere durata annuale o durata *poliennale*, se non diversamente pattuito.

Il periodo di *assicurazione* coincide con quello indicato in *polizza*.

La *Compagnia* si impegna a mantenere in vigore l'*assicurazione* fino alla prevista scadenza contrattuale, salvo quanto previsto all'art. 1.7 "Stato di salute e relative dichiarazioni", 1.9 "Recesso in caso di sinistro", art. 2.10 "Persone non assicurabili" e art. 2.15 "Cambio di residenza del *Contraente* e/o degli assicurati all'estero" delle Sezioni Norme comuni e Rimborso spese sanitarie e art. 3.8 "Persone non assicurabili" e art. 3.12 "Cambio di residenza del *Contraente* e/o degli assicurati all'estero" della Sezione Grandi Interventi chirurgici.

ART. 1.3 - PAGAMENTO E FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

Il *premio* deve essere pagato all'Intermediario autorizzato a cui è assegnata la *polizza* oppure alla *Compagnia*.



Il *premio di polizza* comprende le imposte previste dalla normativa vigente.

Il **premio è sempre determinato per periodo di assicurazione di un anno**, salvo il caso di contratto di durata inferiore, ed è sempre dovuto per intero anche se la *Compagnia* decide di concedere il frazionamento in più rate.

Nel caso di frazionamento mensile, trimestrale, quadrimestrale o semestrale, il **pagamento del premio, gravato dall'addizionale di frazionamento rispettivamente del 6%, 5%, 4% o del 3%**, viene effettuato ad ogni ricorrenza mensile, trimestrale, quadrimestrale o semestrale della data di decorrenza.

In caso di frazionamento del *premio* in rate mensili vale quanto previsto al successivo articolo 1.3.1 - Pagamento frazionato del *premio* con addebito ricorrente e articolo 1.3.1.1 - Adesione al servizio di pagamento mensile del *premio* tramite addebito ricorrente.

Il pagamento del *premio* non può essere sospeso.

Il pagamento del *premio* avviene:

- alla decorrenza indicata in *polizza*;
- successivamente, in base alla periodicità del pagamento indicata in *polizza*.

Il pagamento del *premio* avviene all'atto della conclusione del contratto e, successivamente, in base alla periodicità del pagamento scelta ed indicata in *polizza*.

ART. 1.3.1 - PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO CON ADDEBITO RICORRENTE (operante se indicato in polizza il frazionamento mensile)

La *Compagnia* si riserva di concedere al *Contraente* (e, una volta concessa, di revocare nelle modalità indicate al successivo articolo 1.3.1.1 - Adesione al servizio di pagamento mensile del premio tramite addebito ricorrente lett. D2.) la possibilità di frazionare il pagamento del *premio* in 12 rate mensili, (**comprehensive dell'addizionale di frazionamento pari al 6% del premio annuo lordo**), mediante addebito ricorrente su conto corrente indicato dal *contraente*.

La *Compagnia* e il *Contraente* convengono quanto di seguito specificato.



Se concesso il frazionamento mensile **la polizza può avere soltanto durata annuale con tacito rinnovo.**

ART. 1.3.1.1 - ADESIONE AL SERVIZIO DI PAGAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE

A. Strumenti di addebito ricorrente

Se all'atto della sottoscrizione della *polizza*, il *contraente* sceglie di pagare il premio di *polizza* con rate mensili, l'addebito ricorrente avviene attraverso S.D.D. SEPA Direct Debit.

L'autorizzazione all'addebito ricorrente si intende valida dal momento in cui il contraente conferma la richiesta di addebito ricorrente e fino alla comunicazione alla compagnia dell'eventuale revoca. L'autorizzazione all'addebito ricorrente cessa automaticamente con la cessazione dell'assicurazione.

B. Obblighi del Contraente

All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il *contraente* deve:

1. se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) fornendo il proprio indirizzo e-mail e numero di cellulare e attivare il profilo sull'Area riservata (MyHelvetia) messa a disposizione del *contraente* dalla *compagnia* sul proprio sito internet al seguente indirizzo: <https://www.helvetia.com/it/web/it/common-page/my-helvetia.html>;
2. sottoscrivere il mandato di addebito diretto su conto corrente (SEPA Direct Debit);
3. provvedere al pagamento anticipato di una somma pari a un dodicesimo del *premio* convenuto (o l'importo *pro-rata temporis*, in caso di ratei) con una delle modalità consentite dalla *Compagnia*, nonché obbligarsi a pagare il *premio* residuo mediante rate mensili, con addebito diretto sul conto corrente indicato al momento della sottoscrizione della *polizza*.

Durante la validità della *polizza* e per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del *premio*, il **contraente deve comunicare tempestivamente alla compagnia eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito eventualmente disposte dallo stesso.**

C. Comunicazioni contrattuali

La *compagnia* invia le comunicazioni contrattuali e di servizio relativi al contratto assicurativo direttamente all'indirizzo di posta elettronica, pertanto, il *contraente* si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di contatto forniti recandosi presso il proprio Intermediario.



D. Procedura di addebito ricorrente

D.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del *premio* tramite metodo ricorrente da parte del *contraente* autorizza la *compagnia* a inviare all'Istituto di Credito, che ha emesso lo strumento di pagamento, gli ordini di addebito del *premio*. La *compagnia* provvede ad addebitare al *Contraente* l'importo corrispondente alla rata mensile di *premio* in prossimità della scadenza della stessa tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.)*.

La *compagnia*, salvo che non riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvede a comunicare al *contraente* la copertura delle garanzie previste in *polizza* e a mettere a disposizione nell'Area riservata MyHelvetia la documentazione di quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il *premio*. Il contratto costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotazione degli addebiti tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.)* da parte della *Compagnia* nei confronti del *Contraente*.

D.2 Mancato addebito

Nel caso in cui la *Compagnia* riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvede a comunicare al *Contraente* l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa a partire dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello di scadenza della rata non pagata. Inoltre:

1. **nel caso di anomalia nell'attivazione della modalità di pagamento tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.)*, la *compagnia* contatta il *contraente* per verificare le informazioni fornite.**
2. **se la modalità di pagamento tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.)* risulta valida, la *compagnia* proverà a effettuare un ulteriore tentativo di addebito della rata insoluta, comunicando al *contraente* l'esito. In caso di esito negativo dell'addebito troverà applicazione quanto previsto al punto 3 che segue.**
3. **se la modalità di pagamento tramite *SEPA Direct Debit (S.D.D.)* non sia più valida nel periodo di vigenza del contratto e/o ci siano rate di *premio* insolute, la concessione del frazionamento mensile è revocata e il *contraente* è tenuto a pagare tutte le rate di *premio*, insolute e restanti, in un'unica soluzione, con conseguente modifica del frazionamento in annuale e concordando con il proprio Intermediario una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla *compagnia*.**

In ogni caso, qualora siano trascorsi 60 giorni dal mancato pagamento di una rata di *premio* senza che il *contraente* abbia regolarizzato la posizione, **la *compagnia* comunica la revoca della concessione del frazionamento mensile e il *contraente* è tenuto a pagare tutte le rate insolute e quelle restanti in un'unica soluzione concordando con il proprio Intermediario una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla *compagnia*.**

D.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit

In caso di pagamento dell'*assicurazione* mediante *SEPA Direct Debit (S.D.D.)*, qualora il *contraente*, in quanto titolare del metodo di pagamento, si avvalga del diritto al rimborso di uno o più addebiti previsto dal *SEPA Direct Debit*, lo stesso *contraente* dovrà provvedere al pagamento delle rate rimborsate e fornire un metodo di pagamento alternativo, qualora quello fornito non sia più valido. Valgono le previsioni di cui al punto D.2.

E. Rinnovo del mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.)

L'addebito diretto su conto corrente rimane attivo nel caso in cui la *polizza* sia stata stipulata con tacito rinnovo e non siano intervenute modifiche al contratto o l'*assicurazione* sia, per qualsiasi causa, cessata.

F. Modifica del frazionamento

Le modifiche di frazionamento del pagamento del *premio* sono ammesse solo alla scadenza annuale della *polizza* con comunicazione all'Intermediario e indicazione di una nuova modalità di pagamento del *premio* tra quelle ammesse dalla *compagnia*.

ART. 1.4 - PROROGA DELL'ASSICURAZIONE, TACITO RINNOVO, FACOLTÀ DI RECESSO E DISDETTA ALLA SCADENZA

ART. 1.4.1 - PROROGA E TACITO RINNOVO

L'*assicurazione* può essere stipulata nella forma con tacito rinnovo o senza tacito rinnovo come indicato in *polizza*.

Nel caso di ***assicurazione con tacito rinnovo***, **la stessa si rinnova tacitamente alla scadenza per un anno e così a seguire**, salvo quanto previsto all'art. 1.5 "Limiti di età" e all'art. 1.9 "Recesso in caso di sinistro" delle presenti Norme comuni.



Nel caso di *assicurazione senza tacito rinnovo*, la stessa cessa in automatico alla scadenza del contratto.

ART. 1.4.2 - FACOLTÀ DI RECESSO E DISDETTA ALLA SCADENZA



Al Contraente e alla Compagnia è riconosciuta la facoltà di recedere dall'assicurazione con effetto dalla scadenza della stessa.

Nel caso di *polizza di durata annuale con tacito rinnovo*, la facoltà di disdetta può essere esercitata **mediante lettera raccomandata A/R o PEC**. La comunicazione deve essere inviata **almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza stessa**.

Nel caso di *polizza di durata poliennale con o senza tacito rinnovo*, in deroga all'art. 1899, primo comma, del Codice civile è riconosciuto al solo *Contraente* il diritto di recedere dal contratto pluriennale alla scadenza di ogni singola annualità, **mediante l'invio di una lettera raccomandata A/R o PEC** spedita almeno 30 giorni prima della scadenza.



Cosa devo fare per dare disdetta alla Polizza?

Devi inviare una lettera raccomandata A/R almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della polizza (ad esempio, se la polizza scade il 30 giugno dell'anno x devi inviare la lettera entro la fine di maggio).

ART. 1.5 - LIMITI DI ETA'

L'*assicurazione* è operante per gli Assicurati con età massima di 75 (settantacinque) anni compiuti. Qualora uno degli Assicurati compia il 75° anno di età durante l'annualità assicurativa, la copertura cessa per questo Assicurato alla prima scadenza *annuale*, con ricalcolo del *premio* in base agli assicurati presenti in *polizza* e per i quali la copertura assicurativa rimane operante.

Nel caso il *Contraente* coincida con il soggetto assicurato che ha raggiunto il limite di età e non siano presenti altri soggetti, l'*assicurazione* cessa dalla prima scadenza annua successiva senza obbligo della *Compagnia* di comunicare la cessazione della *polizza*.

ART. 1.6 - ADEGUAMENTO AUTOMATICO DEL PREMIO PER ETÀ

I premi delle garanzie della Sezione Rimborso Spese sanitarie, delle Garanzie extra ospedaliere (se operanti) e della Sezione Grandi Interventi chirurgici sono determinati in funzione dell'età dell'Assicurato. La *Compagnia*, ad ogni scadenza *annuale* della *polizza*, adegua il *premio* di ogni Assicurato applicando i coefficienti corrispondenti all'età, previsti dalle tabelle di seguito riportate.

I premi relativi alla Sezione Assistenza non vengono adeguati e rimangono costanti per tutta la durata della *polizza*.

SEZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE - COEFFICIENTI ADEGUAMENTO PREMIO PER ETÀ'

Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente
0	-	26	3,40%	52	3,50%
1	4,50%	27	0,90%	53	3,50%
2	4,60%	28	0,90%	54	3,50%
3	4,70%	29	0,80%	55	3,60%
4	4,70%	30	0,90%	56	3,60%
5	4,80%	31	2,30%	57	3,70%
6	4,80%	32	0,90%	58	3,70%
7	4,80%	33	0,80%	59	3,80%
8	5,00%	34	0,90%	60	3,80%
9	5,00%	35	0,90%	61	3,80%
10	5,00%	36	2,30%	62	5,40%
11	5,10%	37	0,90%	63	5,50%
12	5,20%	38	0,90%	64	5,50%
13	5,10%	39	1,00%	65	3,70%
14	5,20%	40	2,00%	66	3,10%
15	5,30%	41	7,80%	67	3,20%



Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente
16	4,10%	42	1,50%	68	3,20%
17	3,70%	43	1,50%	69	3,20%
18	1,80%	44	1,60%	70	3,30%
19	1,70%	45	1,60%	71	3,30%
20	2,10%	46	2,50%	72	3,40%
21	2,30%	47	2,60%	73	3,30%
22	4,40%	48	2,60%	74	3,40%
23	4,10%	49	2,60%	75	-
24	3,90%	50	3,30%		
25	3,80%	51	3,40%		

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - COEFFICIENTI ADEGUAMENTO PREMIO PER ETA'

Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente	Età	Coefficienti in % di aumento sul premio dell'anno precedente
0	-	26	3,10%	52	1,38%
1	1,92%	27	3,01%	53	1,36%
2	1,88%	28	3,13%	54	1,35%
3	1,85%	29	3,04%	55	1,33%
4	1,81%	30	3,14%	56	1,31%
5	1,78%	31	7,43%	57	1,38%
6	1,75%	32	4,26%	58	1,36%
7	1,72%	33	4,08%	59	1,34%
8	1,69%	34	4,25%	60	1,08%
9	1,66%	35	4,23%	61	3,52%
10	1,63%	36	4,21%	62	3,48%
11	1,93%	37	4,18%	63	3,52%
12	1,58%	38	4,16%	64	3,47%
13	1,86%	39	4,12%	65	11,43%
14	1,83%	40	4,21%	66	3,97%
15	1,80%	41	4,17%	67	4,01%
16	1,76%	42	4,12%	68	3,97%
17	1,73%	43	4,18%	69	3,99%
18	1,70%	44	4,12%	70	2,63%
19	1,68%	45	4,17%	71	4,49%
20	1,65%	46	1,40%	72	4,49%
21	7,84%	47	1,38%	73	4,50%
22	3,01%	48	1,36%	74	4,50%
23	3,16%	49	1,34%	75	-
24	3,07%	50	1,33%		
25	3,20%	51	1,31%		

ART. 1.7 - STATO DI SALUTE E RELATIVE DICHIARAZIONI

La **Compagnia** presta la copertura assicurativa nei termini di cui alla presente **polizza** sulla base delle dichiarazioni rese dall'**Assicurato**, risultanti dal **questionario sanitario** che forma parte integrante della **polizza** stessa. Tali dichiarazioni sono fondamentali per la valutazione ed accettazione del rischio da parte della **Compagnia**, e la loro veridicità è alla base della validità della **polizza** stessa.

Per le dichiarazioni da rendere nel **questionario sanitario** vale quanto previsto della Legge del 7 dicembre 2023 N. 193, in materia di **diritto all'oblio oncologico** (vedere definizione contenuta nel glossario e l'allegato 01 relativo ai termini temporali ridotti per alcune patologie oncologiche).

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze dell'**Assicurato** relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**indennizzo** e la stessa cessazione dell'**assicurazione** [► artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile].

La **Compagnia** si riserva comunque il diritto di rifiutare proposte di **assicurazione** senza indicarne i motivi o di accettarle a condizioni particolari sulla base di proprie valutazioni.





Cosa comporta una mancata e non completa comunicazione da parte del Contraente?

Le informazioni che il Contraente comunica alla Compagnia, sia all'atto della sottoscrizione che durante la validità del contratto, devono essere sempre complete, esaustive e veritiere. Questo per permettere alla Compagnia di essere consapevole del rischio che sta assumendo, poiché su queste informazioni vengono calibrate le condizioni e anche il premio. Nel caso in cui le informazioni risultino parziali, incomplete o differenti rispetto all'effettivo rischio sottoscritto, la Compagnia ha il diritto a non indennizzare, o indennizzare solo in parte, l'eventuale sinistro generato.

ART. 1.8 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Salvo quanto previsto all'art. 2.10 "Persone non assicurabili" della Sezione Rimborso spese sanitarie e all'art. 3.8 "Persone non assicurabili" della Sezione Grandi Interventi chirurgici, non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'*Assicurato* nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio [► art. 1898 del Codice Civile].

ART. 1.9 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni *sinistro*, denunciato secondo i termini delle Condizioni di *assicurazione* e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'*indennizzo*, la *Compagnia* o il *Contraente* possono recedere dall'*assicurazione*.

La relativa comunicazione deve essere effettuata mediante lettera raccomandata A/R o PEC.

Il *recesso* ha effetto dalla scadenza del periodo annuo in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 giorni prima di tale data, dalla scadenza annua successiva. Tuttavia, se è esercitato dal *Contraente*, può avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, entro 45 giorni dalla cessazione dell'*assicurazione*, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Per le polizze di durata quinquennale, il *recesso* non può essere esercitato dalla *Compagnia* decorso un *anno* dalla data di effetto della copertura, salvo quanto previsto all'art. 1.7 "Stato di salute e relative dichiarazioni", all'art. 2.10 "Persone non assicurabili" della Sezione Rimborso spese sanitarie e all'art. 3.8 "Persone non assicurabili" della Sezione Grandi Interventi chirurgici.

Per le polizze di durata decennale, il *recesso* non può essere esercitato dalla *Compagnia* decorsi due anni dalla data di effetto della copertura, salvo quanto previsto all'art. 1.7 "Stato di salute e relative dichiarazioni", all'art. 2.10 "Persone non assicurabili" della Sezione Rimborso spese sanitarie e all'art. 3.8 "Persone non assicurabili" della Sezione Grandi Interventi chirurgici.

ART. 1.10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'*assicurazione* devono essere provate per iscritto.

ART. 1.11 - ONERI FISCALI DELL'ASSICURAZIONE

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*, secondo le norme di legge.

ART. 1.12 - ALTRE ASSICURAZIONI

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, il *Contraente* deve dare comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate. In caso di *sinistro*, il *Contraente* e/o l'*Assicurato* devono darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e possono richiedere a ciascuna di esse l'*indennizzo* dovuto secondo la rispettiva *polizza* autonomamente considerata, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

Il *Contraente* e/o l'*Assicurato* sono esonerati dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni rimborso spese sanitarie:

- di cui gli assicurati siano i titolari automaticamente, quali intestatari di carte di credito o di conti correnti bancari;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli Assicurati con altre Compagnie in adempimento a contratti collettivi



nazionali od a contratti integrativi aziendali.

ART. 1.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è regolato dalle Condizioni di *assicurazione*, il contratto è disciplinato dalla vigente legge italiana.

ART. 1.14 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente *assicurazione* sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla *polizza* devono essere assolti dal *Contraente*, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'*Assicurato* [► art. 1891 del Codice Civile].

ART. 1.15 - MISURE RESTRITTIVE (inoperatività a seguito di sanzioni - Sanctions Limitations Exclusion Clause)

La *Compagnia* non è tenuta a prestare l'*assicurazione* nella misura in cui la copertura assicurativa possa esporre la *Compagnia* stessa al manifestarsi o al rischio di:

- violazione di divieto, erogazione di sanzione o applicazione di restrizione derivante da Risoluzioni delle Nazioni Unite;
- erogazione di sanzioni economiche o commerciali, derivanti dalla violazione di leggi o disposizioni dell'Unione Europea, del Regno Unito, della Svizzera o degli Stati Uniti d'America.

ART. 1.16 - VARIAZIONE DI ALTRI ELEMENTI CONTRATTUALI

In caso di cessazione totale dei convenzionamenti con istituti di cura, ambulatori e medici tramite la società *MyAssistance S.r.l.*, la *polizza* continuerà ad essere operante ai sensi dell'art. 2.1 "Oggetto dell'*assicurazione* - Rischio assicurato" della Sezione Rimborso Spese sanitarie e dell'art. 3.1 "Oggetto dell'*assicurazione* - Rischio assicurato" della sezione Grandi Interventi chirurgici, senza applicazione degli scoperti e alcuna limitazione di somma assicurata.

La *Compagnia* ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei sinistri (*MyAssistance S.r.l.*), dandone tempestivo avviso al *Contraente* e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

ART. 1.17 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO (solo per le polizze collocate tramite vendita a distanza)

Il *Contraente* può recedere dall'*assicurazione* entro **14 giorni** dalla stipula della *polizza*, senza penali e senza doverne indicare il motivo.

Il recesso può essere esercitato mediante **comunicazione scritta** contenente gli elementi identificativi della *polizza*, inviata con:

- raccomandata A/R;
- posta elettronica certificata (PEC);
- format disponibile sul sito della *compagnia* all'indirizzo www.helvetia.it

Il recesso ha efficacia dalle ore 24 del giorno di invio della comunicazione.

In caso di recesso, la *compagnia* rimborsa al *Contraente* il *premio* versato **diminuito**:

- della **parte di premio utilizzata** per il periodo di efficacia dell'*assicurazione*;
- degli **oneri fiscali previsti** (eventualmente) **dalla legge**.

Il *Contraente* **NON può recedere se è stato denunciato un sinistro prima dell'esercizio del diritto di ripensamento**. Per i *sinistri* avvenuti entro la data di esercizio del diritto di ripensamento e denunciati dopo quest'ultima, la *Compagnia* ha il **diritto di recuperare** il *premio* restituito al *Contraente*.





SEZIONE RIMBORSO SPESE SANITARIE



La Sezione Rimborso Spese sanitarie può essere acquistata in alternativa alla successiva Sezione Grandi Interventi chirurgici.

COSA È ASSICURATO

ART. 2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione è prestata a seguito di:

- ricovero, reso necessario da *malattia e/o infortunio*;
- *intervento chirurgico* (in regime di *ricovero* o *day surgery*), *intervento chirurgico ambulatoriale*, reso necessario da *malattia e/o infortunio*;
- *ricovero per parto* o *aborto terapeutico*;
- *day hospital* reso necessario da *malattia e/o infortunio*;
- *MAC* reso necessario da *infortunio* o *malattia*.

Relativamente agli *infortuni*, l'assicurazione vale anche per le conseguenze di:

- imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, cadute di fulmini, scariche elettriche, altre influenze termiche ed atmosferiche;
- movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche **sempreché l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del Comune ove è fissata la sua residenza**;
- aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, a **condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- guerra **per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni** dall'inizio delle ostilità **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero**.
Sono esclusi tutti i casi in cui *l'Assicurato* si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche e si intendono espressamente esclusi i danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche.

L'indennizzo non può superare la somma assicurata indicata in *polizza* per ogni *Assicurato* e per *anno assicurativo*.



ART. 2.2 - PRESTAZIONI GARANTITE PRIMA DEL RICOVERO

La copertura assicurativa è valida per le spese sostenute **nei 120 giorni precedenti l'inizio del ricovero** con o senza *intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale, il parto cesareo* o il *day hospital* purché pertinenti alla *malattia* o all'*infortunio* che hanno determinato l'evento garantito, per:

- a) onorari per *visite specialistiche*;
- b) *accertamenti diagnostici* ed esami di laboratorio.
- c) spese di trasporto con idoneo mezzo di soccorso, sostenute dall'*Assicurato* per recarsi in *Istituto di cura*, **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 5.000.**

ART. 2.3 - PRESTAZIONI GARANTITE DURANTE IL RICOVERO

La copertura assicurativa è valida per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, del neonatologo e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'*intervento chirurgico*, ivi compresa la loro assistenza medica durante il *ricovero* o l'*intervento chirurgico ambulatoriale*;
- b) diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- c) endoprotesi applicate durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso **ma entro i 120 giorni successivi alla cessazione del primo ricovero**;
- d) cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, *trattamenti fisioterapici e rieducativi*, medicinali, esami ed *accertamenti diagnostici* durante il *ricovero*;
- e) *rette di degenza*.

ART. 2.4 - PRESTAZIONI GARANTITE DOPO IL RICOVERO

La copertura assicurativa è valida per le spese sostenute **nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del ricovero** con o senza *intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale, il parto cesareo* o il *day hospital*, purché pertinenti alla *malattia* o all'*infortunio* che hanno determinato l'evento garantito, per:

- a) onorari per *visite specialistiche*, esami di laboratorio ed *accertamenti diagnostici*, prestazioni mediche ed infermieristiche, *trattamenti fisioterapici e rieducativi*, medicinali;
- b) acquisto o noleggio di: stampelle, carrozzine corsetti, tutori e materasso antidecubito, apparecchi protesici, comprese le protesi acustiche (**esclusi occhiali e lenti a contatto**), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche, apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 1.500**;
- c) spese di trasporto con idoneo mezzo di soccorso, successive alla dimissione dell'*Assicurato* dall'*Istituto di cura* fino al proprio domicilio, **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 5.000.**

ART. 2.5 - PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI**A. INFORTUNI SENZA RICOVERO**

In caso di *infortunio* che non abbia comportato un *ricovero* ma che sia comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico, la *Compagnia* rimborsa all'*Assicurato*, **fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza**, le spese sostenute **nei 120 (centoventi) giorni successivi alla data dell'infortunio** relative alle seguenti prestazioni:

- a) spese di trasporto con idoneo mezzo di soccorso, dalla sede del Pronto Soccorso Pubblico al domicilio dell'*Assicurato*, **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 5.000**;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) onorari per prestazioni mediche ed infermieristiche;
- d) *trattamenti fisioterapici e rieducativi*.

B. CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per effettuare cure odontoiatriche, comprese protesi, rese necessarie da *infortunio* comprovato da referto di Pronto Soccorso Pubblico. **La garanzia opera con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 5.000, purché le cure vengano effettuate entro un anno dalla data dell'infortunio.**



C. DONATORI DI ORGANI

In caso di trapianto di organi o di parte di essi, è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie necessarie al prelievo dal donatore. Nel caso di donatore vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute durante il *ricovero* del donatore stesso, compresi gli *accertamenti diagnostici*, l'assistenza medica, l'*intervento chirurgico*, i medicinali e le *rette di degenza*, **con un limite, per singolo evento e per anno assicurativo, fissato in euro 50.000.**

D. NEONATO

La copertura assicurativa è estesa anche al neonato dalla nascita fino alla prima scadenza annua di *premio* a condizione che la madre sia assicurata in *polizza* e che il parto sia stato indennizzato.

L'*assicurazione* è operante per tutti gli eventi previsti all'art. 2.1 - Oggetto dell'Assicurazione - Rischio assicurato compresa l'eliminazione o la correzione di *malformazioni* o *difetti fisici* congeniti e per *malattie* anche congenite e/o connatali, alla medesima somma assicurata prevista per la madre con esclusione delle condizioni aggiuntive se operanti.

Al termine della copertura gratuita, è facoltà del *Contraente* chiedere l'inserimento in *polizza* del neonato. La *Compagnia*, previa visione del *questionario sanitario* compilato da un genitore, comunica al *Contraente* le condizioni relative all'inclusione del nuovo *Assicurato*.

E. DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO

In caso di *ricovero* con o senza *intervento chirurgico* (escluso parto fisiologico o aborto terapeutico), reso necessario da *malattia* o *infortunio*, indennizzabili a termini di *polizza*, la *Compagnia* corrisponde una diaria post-*ricovero* per *convalescenza*, **purché prescritta dai medici dell'ospedale o dal medico che ha curato od operato l'Assicurato. L'importo giornaliero è fissato in euro 60 al giorno fino ad un massimo di giorni pari alla durata del ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni per Assicurato e per anno assicurativo.**

F. RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE

La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura* in cui è ricoverato l'*Assicurato* (o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera) **per un periodo non superiore a 30 giorni per evento e per anno assicurativo, con un limite fissato in euro 100 al giorno.**

G. INDENNITA' A SEGUITO DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA

La *Compagnia* riconosce all'*Assicurato* un'**indennità forfettaria di euro 2.000, per Assicurato e per anno assicurativo**, a seguito di un *ricovero* in *terapia intensiva* (esclusa la *terapia sub-intensiva*) conseguente a *malattia* infettiva definita dall'OMS come Emergenza Sanitaria di interesse Internazionale (*PHEIC*) e la data di ammissione alla *terapia intensiva* deve essere successiva o uguale alla data di dichiarazione da parte dell'OMS di *PHEIC*.

H. CARTELLA MEDICA PERSONALE

La Cartella Medica Personale è uno strumento che permette di conservare, in modo informatizzato e protetto, tutta la propria storia medica personale.

È possibile dare accesso ai dati al personale medico della Centrale Operativa per un consulto in caso di emergenza e non, fornendo i propri codici d'emergenza (verranno comunicati da MyAssistance nella lettera di benvenuto).

La cartella medica personale permette l'archiviazione in modo automatico di tutti i parametri misurati attraverso il telemonitoraggio e potrà essere implementata nel corso del tempo con i referti di visite ed accertamenti e con i dati derivanti da ricoveri ospedalieri.

La cartella medica personale è traducibile automaticamente ed istantaneamente in diverse lingue.

Modalità di attivazione del servizio:

Il Cliente riceverà dopo la sottoscrizione della *polizza*, una lettera di benvenuto da MyAssistance S.r.l. con riportato il codice identificativo personale di ogni singolo *Assicurato* con il quale accedendo al sito www.medic4all.net e cliccando su "Customer Login" potrà, seguendo le istruzioni, attivare la propria Cartella Medica Personale, nella quale potrà inserire la propria storia sanitaria e gli esiti degli esami clinici effettuati.

I. CENTRALE MEDICA H24

(a disposizione dell'Assicurato 24h/365 giorni anno)

In caso di necessità, ovunque l'*Assicurato* si trovi in Italia e nel mondo, ha in ogni momento la possibilità di parlare, in lingua italiana, con un medico della *Centrale Operativa* e di poterlo consultare attraverso un video consulto.

Mettendosi in contatto con la *Centrale Operativa*, riceverà le informazioni e il supporto medico necessario.



Il Medico, dopo il colloquio ed una attenta valutazione, fornirà all'Assicurato i consigli necessari. Per accedere al servizio è sufficiente telefonare ai seguenti numeri dedicati:

Numero verde per le telefonate nazionali 800.913.507 oppure

Numero rete fissa per le telefonate internazionali: +39 02 303.500.007

La *Centrale Operativa* chiederà all'Assicurato il suo nome e cognome e eventualmente la sua User ID (codice indicato nella "Cartella medica personale") e gli comunicherà immediatamente i dati per attivare il video consulto medico che è stata prenotato e al quale potrà accedere semplicemente collegandosi alla sua cartella medica personale o tramite telefono.

L'appuntamento con il medico avrà durata massima di 40 minuti.

ATTENZIONE: questo non è un servizio da utilizzare in caso di emergenza. In tale situazione si raccomanda all'Assicurato di mettersi immediatamente in contatto con una struttura medica locale di pronto intervento. User ID (codice indicato nella Sua "Cartella medica personale")

J. PACCHETTO PROTEZIONE IN VIAGGIO

1. TELE-FARMACOLOGIA CON SMS MEDICALE

(a disposizione dell'Assicurato 24h/365 giorni anno)

Qualora l'Assicurato si trovasse all'estero e avesse bisogno di conoscere il nome commerciale locale di un farmaco o del corrispondente principio attivo, è a sua disposizione il Servizio di "Tele-farmacologia con SMS medicale" che gli consente di ottenere questa informazione semplicemente telefonando alla Centrale Operativa.

Per usufruire di questo servizio, sono a disposizione dell'Assicurato i seguenti numeri dedicati:

Numero verde per le telefonate nazionali 800.913.507 oppure

Numero rete fissa per le telefonate internazionali: +39 02 303.500.007

La Centrale Operativa chiederà all'Assicurato il suo nome e cognome ed eventualmente User ID (codice indicato nella "Cartella medica personale") e lo metterà in contatto con un medico della *Centrale Operativa* al quale potrà segnalare il nome italiano del farmaco per ottenere il corrispondente nome commerciale locale.

Il medico immediatamente inoltrerà all'Assicurato il nome locale del farmaco (o del principio attivo) con un sms, un fax o una e-mail, secondo le indicazioni fornite dall'Assicurato stesso.

Il servizio è attualmente disponibile in 233 paesi del mondo e in differenti lingue. La telefonata potrà avere una durata orientativa di 5 minuti.

ATTENZIONE: I tempi di ricezione degli sms di risposta dipendono dai livelli di servizio erogati dai gestori delle reti di telecomunicazioni.

ATTENZIONE: Questo non è un servizio da utilizzare in caso di emergenza. In tale situazione è raccomandato all'Assicurato di mettersi immediatamente in contatto con una struttura medica locale di pronto intervento.

2. TELE-PRESCRIZIONE MEDICA MULTILINGUE

(a disposizione dell'Assicurato 24h/365 giorni anno)

Qualora, durante un viaggio, l'Assicurato dovesse avere la necessità di assumere un farmaco, rientrante nell'elenco dei farmaci da banco secondo la legislazione vigente nel Paese ove si trova l'Assicurato, senza avere la prescrizione medica del farmaco con sé, ha la possibilità di rivolgersi alla *Centrale Operativa*.

Un medico segnalerà per iscritto il farmaco da banco indicato, suggerendo anche il dosaggio consigliato, e invierà la comunicazione con il nome del farmaco all'Assicurato tramite fax o e-mail secondo le indicazioni fornite dall'Assicurato.

Se l'Assicurato si trovasse all'estero, il Medico invierà l'indicazione scritta nella lingua del luogo con la precisazione del nome commerciale locale del farmaco o del principio attivo.

Nel caso in cui il farmaco richiesto non sia commercializzato nel Paese dove l'Assicurato si trova, verrà fornita l'indicazione di un prodotto analogo. Il Medico rilascerà all'Assicurato un'indicazione valida per tutti i farmaci di libera vendita.

Il servizio è attualmente disponibile in 233 paesi del mondo e in differenti lingue.

Per usufruire di questo servizio l'Assicurato dovrà telefonare alla Centrale Operativa utilizzando i seguenti numeri dedicati:

Numero verde per le telefonate nazionali 800.913.507 oppure

Numero rete fissa per le telefonate internazionali: +39 02 303.500.007

La telefonata potrà avere una durata orientativa di 10 minuti.

ATTENZIONE: questo non è un servizio da utilizzare in caso di emergenza. In tale situazione viene raccomandato all'Assicurato di mettersi immediatamente in contatto con una struttura medica locale di pronto intervento



3. REFERTO MEDICO MULTILINGUE

(a disposizione dell'Assicurato 24h/365 giorni anno)

Qualora, durante un viaggio, a seguito di un consulto medico con la *Centrale Operativa* l'Assicurato dovesse aver bisogno di una visita medica o di una prestazione medica nel luogo in cui si trova, il medico della Centrale redigerà un referto che invierà all'Assicurato tramite fax o e-mail secondo le indicazioni fornite dall'Assicurato.

Se l'Assicurato si trovasse all'estero, il Medico invierà l'indicazione scritta nella lingua del luogo dove si trova. Il servizio è attualmente disponibile in 233 paesi del mondo e in differenti lingue.

Per usufruire di questo servizio l'Assicurato dovrà telefonare alla *Centrale Operativa* utilizzando i seguenti numeri dedicati:

Numero verde per le telefonate nazionali 800.913.507 oppure

Numero rete fissa per le telefonate internazionali: +39 02 303.500.007

La *Centrale Operativa* chiederà all'Assicurato il suo nome e cognome ed eventualmente la User ID (codice indicato nella Sua "Cartella medica personale") per il riconoscimento.

La telefonata potrà avere una durata orientativa di 10 minuti.

ATTENZIONE: questo non è un servizio da utilizzare in caso di emergenza. In tale situazione viene raccomandato all'Assicurato di mettersi immediatamente in contatto con una struttura medica locale di pronto intervento.

ART. 2.6 - PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - DIARIA SOSTITUTIVA

In caso di *ricovero* erogato dal *Servizio Sanitario Nazionale*, la *Compagnia* rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato previste dai precedenti art. 2.2 - 2.3 e 2.4 della presente Sezione, senza applicazione di alcuno *scoperto*.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato può richiedere alla Compagnia un indennizzo, definito *Diaria sostitutiva*, fissato in euro 120 per ogni giorno di *ricovero* (il giorno di entrata e di uscita dall'ospedale viene considerato un solo giorno) con un limite, per Assicurato e per anno, di 180 (centottanta) giorni.

Tale *Diaria sostitutiva* viene corrisposta anche nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, con esclusione del neonato (solo se assicurato gratuitamente).

ART. 2.7 - SCOPERTO - LIMITI DI INDENNIZZO

Le prestazioni previste dagli articoli 2.2, 2.3 e 2.4 della presente Sezione, se effettuate presso un *Centro Clinico non convenzionato* e/o con utilizzo di una *Equipe medica non convenzionata*, sono soggette all'applicazione di uno *scoperto* del 20% con un minimo di euro 250 e un massimo di euro 5.000 nel limite della somma assicurata indicata in *polizza*.

Le prestazioni previste dagli articoli 2.2, 2.3 e 2.4 della presente Sezione, se effettuate presso una *Centro Clinico non convenzionato* o con utilizzo di una *Equipe medica non convenzionata*, e per alcune tipologie di ricoveri o interventi chirurgici, sono soggette alle seguenti limitazioni:

1. Parto fisiologico, aborto non volontario = **applicazione di uno scoperto del 20% con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 6.000 (non è previsto il pagamento misto);**
2. Parto cesareo = **applicazione di uno scoperto del 20% con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 12.000 (non è previsto il pagamento misto);**
3. Appendiciti, interventi su ernie (escluse quelle discali), varici, emorroidi, cisti ovariche e meniscopatie = **applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato fissato nel 20% con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 6.000 (è previsto il pagamento misto);**
4. ricoveri per ernie discali = **applicazione di uno scoperto del 20% con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 12.000 (è previsto il pagamento misto).**

Per l'approfondimento si rimanda all'art. 5.3 "Criteri di liquidazione" della Sezione Cosa fare in caso di sinistro.

ART. 2.8 - PRESTAZIONI MEDICHE URGENTI EFFETTUATE IN ITALIA O ALL'ESTERO

In caso di *infortunio* o *malattia*, insorti improvvisamente, tali da non consentire all'Assicurato di mettersi in contatto con la *Centrale Operativa* di *MyAssistance S.r.l.*, la garanzia opera senza applicazione di alcuno *scoperto*.



Per l'approfondimento si rimanda all'art. 5.3 "Criteri di liquidazione" della Sezione Cosa fare in caso di sinistro.

ART. 2.9 - MEDICINA PREVENTIVA (valida solo per polizze di durata poliennale)

L'Assicurato, che abbia compiuto 30 anni, può eseguire gratuitamente, **ogni due anni**, gli screening di seguito specificati **solo presso i Centri Clinici convenzionati**.

Come attivare la richiesta

Per poter effettuare gli esami, l'Assicurato deve contattare la *Centrale Operativa* di *MyAssistance S.r.l.* per richiedere la prenotazione della prestazione e la struttura sanitaria convenzionata scelta. L'Assicurato riceve conferma (tramite SMS o e-mail) dell'avvenuta prenotazione.

Gli screening successivi al primo potranno essere effettuati trascorsi almeno due anni dalla data del precedente controllo (anche in caso di sostituzione di contratto).

DONNA	UOMO
Da 30 anni	Tra i 30 e i 40 anni
Esami di laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • ACIDO URICO • AZOTEMIA • BILIRUBINA TOTALE • COLESTEROLO HDL • COLESTEROLO TOTALE • CREATININA • ELETTROFORESI • ELETTROLITI • EMOCROMO • FOSFATASI ALCALINA • GAMMA GT • GLICEMIA • PROTEINA C reattiva - PCR • TRANSAMINASI GOT • TRANSAMINASI GPT • TRIGLICERIDI • TSH • VES ESAME DELLE FECI ESAME DELLE URINE	Esami di laboratorio <ul style="list-style-type: none"> • ACIDO URICO • AZOTEMIA • BILIRUBINA TOTALE • COLESTEROLO HDL • COLESTEROLO TOTALE • CREATININA • ELETTROFORESI • ELETTROLITI • EMOCROMO • FOSFATASI ALCALINA • GAMMA GT • GLICEMIA • PROTEINA C reattiva - PCR • TRANSAMINASI GOT • TRANSAMINASI GPT • TRIGLICERIDI • TSH • VES ESAME DELLE FECI ESAME DELLE URINE
	Oltre i 40 anni
	<ul style="list-style-type: none"> • ESAMI DI LABORATORIO (come da elenco sopra riportato) • PSA

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO GLI ALTRI LIMITI DELL'ASSICURAZIONE

ART. 2.10 - PERSONE NON ASSICURABILI



Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - allucinogeni - *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione stessa 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 l'eventuale *indennizzo*. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di *premio*, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre



tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

ART. 2.11 - ESCLUSIONI

L'*assicurazione* non è operante per le spese relative a:

1. conseguenze dirette di *infortuni*, nonché di *malattie*, *malformazioni* e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla *Compagnia* dall'*Assicurato* con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della *polizza*;
2. *accertamenti diagnostici*, cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di *difetti fisici* e/o malformazioni congenite preesistenti alla data di stipulazione della *polizza*, fatta eccezione per i *difetti fisici* o le malformazioni preesistenti non noti all'*Assicurato* al momento della stipula e salvo quanto previsto per il neonato di cui all'art. 2.3 "Prestazioni garantite durante il *ricovero*" della presente Sezione;
3. prestazioni sanitarie previste dalla *polizza* effettuate e fatturate successivamente al termine della validità della copertura assicurativa anche se relative a malattie diagnosticate e infortuni occorsi e denunciati durante la validità della *polizza* ad eccezione delle spese mediche sostenute nei 120 giorni successivi ad un *ricovero* avvenuto durante la validità della *polizza*;
4. eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
5. sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da *malattie mentali* e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
6. cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o a uso non terapeutico di *psicofarmaci* di stupefacenti o di allucinogeni;
7. infortuni causati da stato di *ubriachezza* dell'*Assicurato*;
8. interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza e *parto cesareo* se non prescritto da Medico ginecologo;
9. *prestazioni aventi finalità estetiche*, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da *infortunio* (escluse protesi);
10. ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
11. prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
12. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertata o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
13. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
14. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
15. ricoveri allo scopo di effettuare *check-up clinici*;
16. cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne;
17. le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
18. degenze dovute alla necessità dell'*Assicurato*, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
19. degenze in case di riposo, di *convalescenza*, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di istituti di cura;
20. conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'*Assicurato*, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona, salvo il caso di atti compiuti dall'*Assicurato* per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
21. le conseguenze di *infortuni* avvenuti alla guida di veicoli se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di *ubriachezza*;
22. conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di mezzi a locomozione aerea e subacquea;
23. gli *infortuni* causati dalla pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
24. partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);
25. *infortuni* causati dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;



26. **infortuni** occorsi durante lo svolgimento della professione di militare appartenente alle Forze Armate o ai Corpi Armati dello Stato, alle forze di Polizia, e in qualità di Guardia giurata.
27. conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
28. danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni);

In caso di sostituzione di *polizza* con aumento della somma assicurata o in caso di inserimento di nuove garanzie, le esclusioni previste ai punti 1 e 2 si applicheranno dalla data di effetto della nuova *polizza* anziché dalla data di effetto del contratto sostituito.

COME PERSONALIZZARE LA COPERTURA

ART. 2.12 - GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE (operanti solo se richiamate in polizza)

Art. 2.12.1 - CONDIZIONE AGGIUNTIVA 1 - ACCERTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE senza ricovero - VISITE SPECIALISTICHE relative all'accertamento di alta specializzazione - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI

La *Compagnia*, a seguito di *malattia* o *infortunio* non comportanti *ricovero*, rimborsa **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 4.000**, le spese sostenute dall'*Assicurato* per effettuare:

1 - Accertamenti diagnostici di alta specializzazione senza ricovero

- ARTROSCOPIA DIAGNOSTICHE
- CORONAROGRAFIA
- ECO - DOPPLER ed ECO - COLOR - DOPPLER
- ECOCARDIOGRAFIA
- ECOCONTRASTOGRAFIA
- ECOGRAFIA ENDO - CAVITARIA
- ECOGRAFIA INTRAVASCOLARE
- ECOGRAFIA TRANS - ESOFAGEA
- ELETTROCARDIOGRAFIA DA SFORZO, CON O SENZA TEST ERGOMETRICO
- ELETTROCARDIOGRAFIA HOLTER
- ENDOSCOPIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO, DIGERENTE, UROLOGICO E GINECOLOGICO
- ESAMI ISTOPATOLOGICI
- ESAMI RADIOGRAFICI CON MEZZO DI CONTRASTO
- FLUORANGIOGRAFIA OCULARE
- LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA
- PET e SPET
- POLICHEMIOTERAPIA ANTIBLASTICA
- RMN (risonanza magnetica nucleare)
- SCINTIGRAFIA
- TAC (tomografia assiale computerizzata)
- TERAPIE IMMUNOSTIMOLANTI ANTIBLASTICHE
- TERAPIE RADIANTI A SCOPO ANTIBLASTICO

Gli esami, le terapie e/o gli *accertamenti diagnostici* che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli esami e gli accertamenti elencati e che comportano onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. del 20/12/65 n° 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'*assicurazione* anche se non espressamente riportati in elenco.

Sono esclusi esami ed accertamenti diagnostici relativi a trattamenti di odontoiatria, ortodonzia, implantologia dentaria, malattie pertinenti a gravidanza o puerperio, le visite specialistiche in genere ed i check-up di medicina preventiva.

2. Visite specialistiche pre e post accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione

Fermo quanto previsto al punto 1), sono comprese le *visite specialistiche* effettuate nei **60 giorni precedenti e successivi agli accertamenti diagnostici e/o terapie di alta specializzazione** purché pertinenti alla malattia o



all'*infortunio* che hanno determinato l'accertamento e/o la terapia.

3. Trattamenti fisioterapici e rieducativi

Sono comprese le spese sostenute dall'*Assicurato* per effettuare *trattamenti fisioterapici e rieducativi*, a seguito di *malattia e/o infortunio* indennizzabili a termini di *polizza*, purché effettuati nei 360 giorni successivi alla data dell'*infortunio* o alla cessazione del *ricovero* nel caso di *malattia*.

Se i trattamenti vengono effettuati a seguito di *infortunio*, le spese devono essere comprovate da referto di Pronto Soccorso Pubblico o certificato medico con referto radiologico (RX, TAC, RMN) attestante le lesioni subite.

Art. 2.12.2 - CONDIZIONE AGGIUNTIVA 2 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

(valida solo per polizze di durata *annuale*)

La *Compagnia*, a seguito di *malattia* o *infortunio* non comportanti *ricovero*, rimborsa con un limite, per *Assicurato* e per *anno assicurativo*, fissato in euro 1.500, le spese sostenute dall'*Assicurato* per effettuare:

- *visite specialistiche*;
- *accertamenti diagnostici*, esami ed analisi di laboratorio;
- amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure in caso di gestante oltre i 35 anni di età.

Sono escluse le seguenti prestazioni:

- *visite specialistiche* effettuate da medici praticanti le medicine alternative e le *visite specialistiche* effettuate da medici specializzati in Medicina Generale;
- visite pediatriche, odontoiatriche ed ortodontiche, oculistiche (se volte al controllo del solo visus);
- ecografie di controllo della gravidanza;
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe).

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 2.13 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* vale per il mondo intero salvo quanto previsto dall'art. 2.15 "Cambio di residenza del Contraente e/o degli Assicurati all'estero".

ART. 2.14 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

In caso di rimborso delle spese per cure mediche conseguenti ad *infortunio*, la *Compagnia* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa [► art. 1916 del Codice Civile].

ART. 2.15 - CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE E/O DEGLI ASSICURATI ALL'ESTERO

Qualora il *Contraente* e/o gli Assicurati dovessero trasferire la loro residenza all'estero, l'*assicurazione*, per l'*Assicurato* che si è trasferito, termina alla fine dell'*anno* assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento. In caso di *polizza* individuale (*Contraente* coincidente con l'*Assicurato*) il contratto termina automaticamente.

In tutti gli altri casi, la copertura assicurativa continua per i restanti assicurati con ricalcolo del *premio* delle rate future e in base a quanto previsto dall'art. 1.6 "Adeguamento automatico del premio per età" delle Norme comuni.

ART. 2.16 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI CARENZA



La garanzia decorre:

- a) per gli *infortuni*, dal giorno in cui ha effetto la *polizza* o dal giorno di pagamento del *premio*, se successivo;
- b) per le *malattie*, dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;
- c) per le conseguenze di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione del



contratto, ma insorti anteriormente a tale data, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;

- d) per le conseguenze di stati patologici noti all'*Assicurato*, ovvero diagnosticati, ovvero sottoposti ad accertamenti, ovvero curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati alla *Compagnia* all'atto stesso della compilazione della proposta e del *questionario sanitario* ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della *Compagnia* stessa, dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*;
- e) per il parto, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio, dal 365° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione*.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto in corso con una delle *Compagnie* del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi *Assicurati* ed identiche garanzie, i **termini di carenza di cui sopra operano:**

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la *polizza* sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente *polizza*, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni contrattuali intervenute nel corso di uno stesso contratto.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per i dettagli relativi ai limiti di indennizzo e agli scoperti operanti si rimanda alla tabella di riepilogo della Sezione Cosa fare in caso di sinistro.





SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI



La Sezione Grandi Interventi chirurgici può essere acquistata in alternativa alla precedente Sezione Rimborso Spese sanitarie.

COSA È ASSICURATO

ART. 3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE - RISCHIO ASSICURATO

L'assicurazione è prestata a seguito di *ricovero* in *Istituto di cura* comportante un *intervento chirurgico* rientrante nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici", reso necessario da *malattia* o da *infortunio*.

Relativamente agli *infortuni*, l'assicurazione vale anche per le conseguenze di:

- imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, cadute di fulmini, scariche elettriche, altre influenze termiche ed atmosferiche;
- movimenti tellurici, inondazioni o eruzioni vulcaniche sempreché l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del Comune ove è fissata la sua residenza;
- aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- guerra **per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni** dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

Sono esclusi tutti i casi in cui l'Assicurato si rechi volontariamente in Paesi interessati da operazioni belliche e si intendono espressamente esclusi i danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche.

La somma assicurata indicata in *polizza* si intende per *anno* assicurativo e per persona assicurata.

ART. 3.2 - PRESTAZIONI GARANTITE PRIMA DEL RICOVERO

La copertura assicurativa è valida per le spese sostenute **nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del ricovero per Grande Intervento chirurgico** purché pertinenti alla *malattia* o all'*infortunio* che hanno determinato l'evento garantito, per:

- a) onorari per *visite specialistiche*;
- b) *accertamenti diagnostici* ed esami di laboratorio.
- c) spese di trasporto con idoneo mezzo di soccorso, sostenute dall'Assicurato per recarsi in *Istituto di cura*, **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 5.000.**



ART. 3.3 - PRESTAZIONI GARANTITE DURANTE DEL RICOVERO

La copertura assicurativa è valida per:

- a) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'*intervento chirurgico*, ivi compresa la loro assistenza medica durante il *ricovero*;
- b) diritti di sala operatoria e materiale d'intervento;
- c) endoprotesi applicate durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, successivamente all'intervento stesso **ma entro i 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del primo ricovero**; cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed *accertamenti diagnostici durante il ricovero*;
- d) *rette di degenza*.

ART. 3.4 - PRESTAZIONI GARANTITE DOPO IL RICOVERO

La copertura assicurativa è valida per le spese sostenute **nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del ricovero**, purché pertinenti alla *malattia* o all'*infortunio* che hanno determinato l'evento garantito, per:

- e) onorari per *visite specialistiche*, esami di laboratorio ed *accertamenti diagnostici*, prestazioni mediche ed infermieristiche, *trattamenti fisioterapici e rieducativi*, medicinali;
- f) acquisto o noleggio di: stampelle, carrozzine corsetti, tutori e materasso antidecubito, apparecchi protesici, comprese le protesi acustiche (**esclusi occhiali e lenti a contatto**), parrucca a seguito di terapie chemioterapiche, apparecchiature fisioterapiche purché prescritte da medico specialista **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 1.500**;
- g) spese di trasporto con idoneo mezzo di soccorso, successive alla dimissione dell'*Assicurato* dall'Istituto di cura fino al proprio domicilio, **con un limite, per Assicurato e per anno assicurativo, fissato in euro 5.000**.

ART. 3.5 - PRESTAZIONI SEMPRE OPERANTI**A. DONATORI DI ORGANI**

In caso di trapianto di organi o di parte di essi, è compreso in garanzia il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni sanitarie necessarie al prelievo dal donatore. Nel caso di donatore vivente, la garanzia comprende il rimborso delle spese sostenute durante il *ricovero* del donatore stesso, compresi gli *accertamenti diagnostici*, l'assistenza medica, l'*intervento chirurgico*, i medicinali e le *rette di degenza*, **con un limite, per singolo evento e per anno assicurativo, fissato in euro 50.000**.

B. RETTE ACCOMPAGNATORE

Sono rimborsate le spese sostenute per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura*. La *Compagnia* rimborsa le spese sostenute per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura* in cui è ricoverato l'*Assicurato*. (o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera) **per un periodo non superiore a 30 giorni per evento e per anno assicurativo, con un limite fissato in euro 100 al giorno**.

C. DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO

In caso di *ricovero* con o senza *intervento chirurgico*, reso necessario da *malattia* o *infortunio*, indennizzabili a termini di *polizza*, la *Compagnia* corrisponde una diaria post-*ricovero* per *convalescenza*, purché prescritta dai medici dell'ospedale o dal medico che ha curato od operato l'*Assicurato*. **L'importo giornaliero è fissato in euro 60 al giorno fino ad un massimo di giorni pari alla durata del ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni per Assicurato e per anno assicurativo**.

ART. 3.6 - PRESTAZIONI EROGATE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - DIARIA SOSTITUTIVA

In caso di *ricovero* erogato dal *Servizio Sanitario Nazionale*, la *Compagnia* rimborsa le spese sostenute dall'*Assicurato* previste dai precedenti art. 3.2 - 3.3 e 3.4 della presente Sezione, senza applicazione di alcuno scoperto.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato può richiedere alla Compagnia un indennizzo, definito Diaria sostitutiva, fissato in euro 120 (centoventi) per ogni giorno di ricovero (il giorno di entrata e di uscita dall'ospedale viene considerato un solo giorno) con un limite annuo e per Assicurato di 180 (centottanta) giorni. Tale Diaria sostitutiva viene corrisposta anche nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa.



ART. 3.7 - SCOPERTO - LIMITI DI INDENNIZZO

Le prestazioni previste dagli articoli 3.2, 3.3 e 3.4 della presente Sezione, se effettuate presso un *Centro Clinico non convenzionato* e/o con utilizzo di una *Equipe medica* non convenzionata, sono soggette **all'applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di euro 250 e un massimo di euro 5.000 nel limite della somma assicurata indicata in polizza.**

Per l'approfondimento si rimanda all'art. 5.3 "Criteri di liquidazione" della Sezione Cosa fare in caso di sinistro.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO GLI ALTRI LIMITI DELL'ASSICURAZIONE**ART. 3.8 - PERSONE NON ASSICURABILI**

Premesso che la *Compagnia*, qualora al momento della stipulazione della *polizza* fosse stata a conoscenza che l'*Assicurato* era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - allucinogeni - *psicofarmaci* e *farmaci psicotropi* assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'*assicurazione*, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'*assicurazione* stessa 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 l'eventuale *indennizzo*. In caso di cessazione dell'*assicurazione* in corso, la *Compagnia* rimborsa al *Contraente*, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di *premio*, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di *assicurazione* per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

ART. 3.9 - ESCLUSIONI

L'*assicurazione* non è operante per le spese relative a:

1. conseguenze dirette di *infortuni*, nonché di *malattie*, *malformazioni* e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla *Compagnia* dal *Contraente/Assicurato* con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della *polizza*;
2. *accertamenti diagnostici*, cure o interventi per l'eliminazione o la correzione di *difetti fisici* e/o malformazioni congenite preesistenti alla data di stipulazione della *polizza*, fatta eccezione per i *difetti fisici* o le malformazioni preesistenti non noti all'*Assicurato* al momento della stipula;
3. prestazioni sanitarie previste dalla *polizza* effettuate e fatturate successivamente al termine della validità della copertura assicurativa anche se relative a malattie diagnosticate e infortuni occorsi e denunciati durante la validità della *polizza* ad eccezione delle spese mediche sostenute nei 120 (centoventi) giorni successivi ad un *ricovero* avvenuto durante la validità della *polizza*;
4. sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da *malattie mentali* e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
5. cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o a uso non terapeutico di *psicofarmaci* di stupefacenti o di allucinogeni;
6. infortuni causati da stato di *ubriachezza* dell'*Assicurato*;
7. *prestazioni aventi finalità estetiche*, salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da *infortunio* (escluse protesi);
8. ogni conseguenza di anoressia e bulimia nonché prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
9. prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
10. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertata o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
11. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
12. cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
13. le spese non direttamente inerenti la cura o l'intervento, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;



14. conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'*Assicurato*, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona, salvo il caso di atti compiuti dall'*Assicurato* per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
15. e conseguenze di infortuni avvenuti alla guida di veicoli se il conducente assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di *ubriachezza*;
16. conseguenze di infortuni derivanti dalla guida di mezzi a locomozione aerea e subacquea;
17. gli *infortuni* causati dalla pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
18. partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine);
19. infortuni causati dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
20. infortuni occorsi durante lo svolgimento della professione di militare appartenente alle Forze Armate o ai Corpi Armati dello Stato, alle forze di Polizia, e in qualità di Guardia giurata;
21. conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
22. danni provocati da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici (cioè quando utilizzate in caso di guerra od insurrezioni);

In caso di sostituzione di *polizza* con aumento della somma assicurata o in caso di inserimento di nuove garanzie, le esclusioni previste ai punti 1 e 2 si applicheranno dalla data di effetto della nuova *polizza* anziché dalla data di effetto del contratto sostituito.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

ART. 3.10 - VALIDITÀ TERRITORIALE DELL'ASSICURAZIONE

L'*assicurazione* vale per il mondo intero salvo quanto previsto dall'art. 3.12 "Cambio di residenza del Contraente e/o degli Assicurati all'estero" della presente Sezione.

ART. 3.11 - RINUNCIA DELLA COMPAGNIA ALL'AZIONE DI RIVALSA

In caso di rimborso delle spese per cure mediche conseguenti ad *infortunio*, la *Compagnia* rinuncia a favore dell'*Assicurato* e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa [► art. 1916 del Codice Civile].

ART. 3.12 - CAMBIO DI RESIDENZA DEL CONTRAENTE E/O DEGLI ASSICURATI ALL'ESTERO

Qualora il *Contraente* e/o gli *Assicurati* dovessero trasferire la loro residenza all'estero l'*assicurazione*, per l'*Assicurato* che si è trasferito, termina alla fine dell'*anno* assicurativo nel quale si è verificato il trasferimento. In caso di *polizza* individuale (*Contraente* coincidente con l'*Assicurato*) il contratto termina automaticamente.

In tutti gli altri casi, la copertura assicurativa continua per i restanti assicurati con ricalcolo del *premio* delle rate future e in base a quanto previsto dall'art. 1.6 "Adeguamento automatico del premio per età".

ART. 3.13 - DECORRENZA DELLA GARANZIA - TERMINI DI CARENZA



La garanzia decorre:

- a) per gli *infortuni*, dal giorno in cui ha effetto la *polizza* o dal giorno di pagamento del *premio*, se successivo;
- b) dal 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della *polizza* o di pagamento del *premio*, se successivo, per *malattie preesistenti* che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della *polizza* ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti all'*Assicurato*, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati anteriormente alla stipulazione della *polizza*, purché dichiarati alla *Compagnia*



all'atto stesso della compilazione del *questionario sanitario* ed accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della *Compagnia* stessa;

- c) del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della *polizza* per le altre *malattie* o di pagamento del *premio*, se successivo.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto in corso con una delle *Compagnie* del Gruppo Helvetia, riguardante gli stessi *Assicurati* ed identiche garanzie, i **termini di carenza** di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni ed i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da esso previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

Per i dettagli relativi ai limiti di indennizzo e agli scoperti operanti si rimanda alla tabella di riepilogo della Sezione Cosa fare in caso di sinistro.





SEZIONE ASSISTENZA



La gestione dei *sinistri* relativi alla garanzia Assistenza è stata affidata dalla Compagnia a **EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.**

L'Assicurato può rivolgersi direttamente alla Struttura Organizzativa di EUROP ASSISTANCE per un servizio di pronta assistenza.



COSA È ASSICURATO

ART. 4.1 - PRESTAZIONI ASSISTENZA

Helvetia MyHealth, in collaborazione con la *Struttura Organizzativa* di Europ Assistance Italia S.p.A., offre per tutta la durata contrattuale un servizio di pronta assistenza, valido in tutto il mondo, a disposizione dell'Assicurato in relazione ad *infortunio* o *malattia*.

Prestazioni fornite 24 ore su 24 quando l'Assicurato si trovi entro 50 Km dal suo comune di residenza (sito in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino)

1. Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia
2. Trasporto in autoambulanza in Italia
3. Trasferimento verso un centro ospedaliero attrezzato
4. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
5. Invio di un infermiere al domicilio
6. Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni
7. Informazioni sanitarie specialistiche
8. Invio di un fisioterapista a domicilio

Prestazioni fornite 24 ore su 24 quando l'Assicurato si trovi ad oltre 50 km dal suo comune di residenza

9. Rientro anticipato
10. Rientro sanitario
11. Viaggio di un familiare
12. Autista a disposizione
13. Interprete a disposizione all'estero
14. Rientro con un familiare
15. Accompagnamento minori
16. Rientro salma
17. Second Opinion Internazionale (erogata indipendentemente dal luogo in cui si trova l'Assicurato)



ART. 4.1.1 - PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 quando l'Assicurato si trovi entro 50 Km dal suo comune di residenza (sito in Italia, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino)

L'Assicurato può richiedere ciascuna delle prestazioni elencate fino a 3 volte durante l'anno assicurativo.

1. Invio di un medico generico in casi d'urgenza in Italia

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia* l'Assicurato, in Italia, **necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo**, la *Struttura Organizzativa*, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese della *Compagnia*, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la *Struttura Organizzativa* organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

2. Trasporto in autoambulanza in Italia

Se, successivamente al ricovero di primo soccorso, a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato necessiti di un trasporto in ambulanza, la *Struttura Organizzativa* provvede ad inviarla direttamente.

La *Compagnia* tiene a proprio carico i costi del trasporto in ambulanza fino ad un massimo di 200 Km tra andata e ritorno.

ATTENZIONE: questo non è un servizio da utilizzare in caso di emergenza. In tale situazione viene raccomandato all'Assicurato di mettersi immediatamente in contatto con una struttura medica locale di pronto intervento

3. Trasferimento verso un centro ospedaliero attrezzato

L'Assicurato può essere trasferito verso un centro ospedaliero attrezzato, se è ricoverato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, in un Istituto di cura che i medici della *Struttura Organizzativa* non ritengono adeguato al suo stato di salute.

I medici della *Struttura Organizzativa* insieme ai medici che hanno in cura l'Assicurato possono valutare il trasferimento.

La decisione definitiva è comunque quella presa dai medici della *Struttura Organizzativa*.

La *Struttura Organizzativa* organizza il trasporto al più vicino Istituto di Cura attrezzato nei tempi e coi mezzi più adatti alla situazione.

I mezzi di trasporto sono:

- aereo sanitario, quando disponibile;
- aereo di linea in classe economica, anche con posto per una barella se l'Assicurato deve stare sdraiato;
- treno in prima classe e, se necessario, con vagone letto;
- autoambulanza.

La *Struttura Organizzativa* fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio se i suoi medici lo ritengono necessario.

Attenzione! Questa prestazione non viene prestata in caso di:

- **malattia o infortunio che, secondo la valutazione dei medici della *Struttura Organizzativa*, possono essere curate sul posto;**
- **malattie infettive, quando viaggiare viola le norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- **dimissioni dal centro medico o ospedaliero contro il parere dei medici, per scelta dell'Assicurato o dei suoi familiari.**

4. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Questa prestazione è operativa a seguito della prestazione di cui al precedente punto 3. "TRASFERIMENTO VERSO UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO".

A seguito di dimissioni dall'Istituto di Cura, i medici della *Struttura Organizzativa*, insieme ai medici sul posto, decidono se l'Assicurato può essere trasferito alla sua residenza.

La decisione definitiva è comunque quella presa dai medici della *Struttura Organizzativa*.

La *Compagnia* paga il rientro nei tempi e coi mezzi più adatti alla situazione.

I mezzi di trasporto sono:

- aereo di linea in classe economica, anche con posto per una barella se l'Assicurato deve stare sdraiato;
- treno in prima classe e, se necessario, con vagone letto;
- autoambulanza.

La *Struttura Organizzativa* fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio di rientro dell'Assicurato se i suoi medici lo ritengono necessario.



5. Invio di un infermiere al domicilio

Se, nella settimana successiva al rientro da un ricovero ospedaliero a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato ha bisogno di un infermiere, la *Struttura Organizzativa* manda il personale qualificato a tariffa controllata.

Dopo aver chiamato la *Struttura Organizzativa*, l'Assicurato deve inviare il certificato medico che riporta la patologia di cui soffre e le cure che deve effettuare.

La Compagnia paga i costi per l'infermiere fino ad un massimo di euro 200 per sinistro.

6. Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni

Se successivamente al ricovero di primo soccorso, a causa di *infortunio* o *malattia* improvvisa, l'Assicurato necessita di essere trasportato dall'Istituto di Cura alla sua residenza, la *Struttura Organizzativa* provvede ad inviare un'autoambulanza oppure un taxi.

La Compagnia tiene a proprio carico i costi fino ad un massimo di euro 100 per sinistro.

7. Informazioni sanitarie specialistiche

A seguito di *infortunio* o *malattia* improvvisa l'Assicurato può richiedere informazioni riguardanti il servizio sanitario pubblico e/o privato telefonando alla *Struttura Organizzativa* e accedendo alla Banca dati che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli Istituti di Cura;
- strutture sanitarie nazionali ed internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Per richiedere questa prestazione l'Assicurato può telefonare nei seguenti orari:

- da lunedì a venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 18,00 esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

8. Invio di un fisioterapista a domicilio

Se a seguito di traumi o fratture semplici l'Assicurato necessita dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, può contattare la *Struttura Organizzativa* che provvede all'invio dello stesso.

Dopo aver chiamato la *Struttura Organizzativa*, l'Assicurato deve inviare il certificato medico che ne attesti la diagnosi e le cure da effettuare.

La Compagnia tiene a proprio carico i costi dell'onorario del fisioterapista fino ad un massimo di euro 200 per sinistro.

ART. 4.1.2 - PRESTAZIONI FORNITE 24 ORE SU 24 QUANDO L'ASSICURATO SI TROVI AD OLTRE 50 KM DAL SUO COMUNE DI RESIDENZA

L'Assicurato può richiedere ciascuna delle prestazioni elencate fino a 3 volte durante l'anno assicurativo.

9. Rientro anticipato

L'Assicurato può richiedere di rientrare al proprio domicilio in Italia prima di quando aveva previsto. Questo a causa della morte o del ricovero ospedaliero con imminente pericolo di vita di un suo familiare.

La *Compagnia* paga un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica.

La *Struttura Organizzativa* può richiedere il biglietto del viaggio di ritorno che non è stato utilizzato.

Attenzione!

Entro 15 giorni dall'evento che ha costretto l'Assicurato al rientro anticipato, quest'ultimo deve inviare alla *Struttura Organizzativa* il certificato di morte o i documenti che dimostrino il ricovero del familiare e il suo pericolo di vita.

10. Rientro sanitario

A seguito di *infortunio* o *malattia* improvvisa, l'Assicurato può richiedere il Rientro Sanitario quando i medici della *Struttura Organizzativa* insieme ai medici sul posto, decidono che possa essere trasferito in un Istituto di cura in Italia o alla sua residenza.

La *Compagnia* paga il rientro sanitario nei tempi e coi mezzi più adatti alla situazione.

I mezzi di trasporto sono:

- aereo sanitario, quando disponibile e solo dall' Europa e dai Paesi del Bacino del Mediterraneo;
- aereo di linea in classe economica, anche con posto per una barella se l'Assicurato deve stare sdraiato;
- treno in prima classe e, se necessario, con vagone letto;



- autoambulanza.

La *Struttura Organizzativa* fornisce anche l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio di rientro se i propri medici lo ritengono necessario.

La *Compagnia* può richiedere il biglietto del viaggio di ritorno che non è stato utilizzato.

Attenzione! La prestazione non viene prestata in caso di:

- **malattia o infortunio che consente all'Assicurato, secondo la valutazione dei medici della *Struttura Organizzativa*, di continuare a viaggiare;**
- **malattia o infortunio che possono essere curati sul posto;**
- **malattie infettive, quando il trasporto non rispetta le norme sanitarie nazionali o internazionali;**
- **dimissioni dal centro medico o ospedaliero contro il parere dei medici, per scelta dell'Assicurato o dei suoi familiari.**

11. Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di *infortunio* o *malattia improvvisa*, l'Assicurato necessiti di un *ricovero* in *Istituto di cura* per un periodo superiore a 10 giorni, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. **La *Compagnia* tiene a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di euro 500 per sinistro. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.**

12. Autista a disposizione

Se l'Assicurato non è in grado di guidare un veicolo a causa di un *Infortunio* o *malattia improvvisa* e nessuno degli eventuali passeggeri è in grado di sostituirlo, la *Struttura Organizzativa*, mette a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato secondo l'itinerario più breve.

La *Compagnia* paga le spese dell'autista mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dove è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la carta verde.

13. Interprete a disposizione all'estero

L'Assicurato può richiedere un interprete, se è ricoverato in un istituto di cura all'estero, a causa di *infortunio* o *malattia improvvisa* e ha difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua del posto.

La *Struttura Organizzativa* manda in ospedale un interprete per i colloqui giornalieri con i medici che hanno in cura l'Assicurato.

La *Compagnia* paga i costi dell'interprete fino ad un massimo di 8 ore lavorative.

14. Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui al precedente punto 2, ed i medici della *Struttura Organizzativa* non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la *Struttura Organizzativa* organizza anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo. **La *Compagnia* ha il diritto di richiedere al familiare dell'Assicurato, qualora ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, o altri documenti di viaggio non utilizzati.**

15. Accompagnamento minori

Qualora l'Assicurato, accompagnato da familiari minori di 18 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito ad *infortunio* o *malattia improvvisa*, la *Struttura Organizzativa* mette a disposizione di un familiare convivente, residente in Italia, **un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno**, per consentirgli di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

La *Compagnia* tiene a proprio carico il relativo costo.

16. Rientro salma

In caso di decesso dell'Assicurato, la *Struttura Organizzativa* organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

La *Compagnia* tiene a proprio carico i costi del trasporto **fino ad un massimo di euro 3.000.**

La *Compagnia* può decidere di anticipare anche una cifra maggiore di denaro qualora il Contraente/Assicurato possa fornire una garanzia economica nel Paese di residenza.

Attenzione! La *Compagnia* non paga le spese per la cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.



17. Second Opinion Internazionale

Se, a seguito di un infortunio o una malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, l'*Assicurato* desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, può contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico, offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche necessarie, nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'*Assicurato*, effettuano l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti. Tutti i dati clinici saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmette all'*Assicurato*, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

COSA NON È ASSICURATO E QUALI SONO GLI ALTRI LIMITI DELL'ASSICURAZIONE

ART. 4.2 - ESCLUSIONI

La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun *anno* di validità della polizza è di 60 giorni.

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) dolo o colpa grave dell'*Assicurato*, salvo quanto indicato nelle singole prestazioni;
- b) alluvioni, inondazioni, eruzioni vulcaniche, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- c) guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive e relative conseguenze e complicanze;
- f) malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26ma settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove ed allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- h) *malattie e infortuni* conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, *abuso di psicofarmaci* e farmaci psicotropi nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- i) l'espianto e/o il trapianto di organi;
- j) infortuni occorsi durante lo svolgimento della professione di militare appartenente alle Forze Armate o ai Corpi Armati dello Stato, alle forze di Polizia, e in qualità di Guardia giurata;
- k) tutto quanto non è indicato nelle singole prestazioni.

Inoltre, non sono fornite le prestazioni nei Paesi che si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto, compresi quelli la cui condizione di belligeranza è stata resa pubblica notizia.

Si considerano tali i Paesi che sono indicati nel sito <https://www.europassistance.it/paesi-in-stato-di-belligeranza> con un grado di pericolosità uguale o superiore a 4.0.

Non sono inoltre fornite le prestazioni nei Paesi in cui le autorità locali o internazionali non consentono di poter intervenire sul luogo anche se non c'è un rischio di guerra.

ART. 4.3 - LIMITAZIONE DI RESPONSABILITA'

La Struttura Organizzativa non dovrà risarcire i danni:

- causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza,
- conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita e non prevedibile.

Si precisa inoltre che l'operatività delle prestazioni è comunque soggetta alle limitazioni e ai provvedimenti imposti dalle Autorità governative, locali e sanitarie.



ART. 4.4 - LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione è operante per gli Assicurati con età massima di 75 (settantacinque) anni compiuti. Qualora uno degli Assicurati compia il 75° anno di età durante l'annualità assicurativa, la copertura cessa per questo Assicurato alla prima scadenza annuale.

CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ



La "Sezione Assistenza" è obbligatoria e sempre operante.

ART. 4.5 - ESTENSIONE TERRITORIALE

Le prestazioni (salvo specifiche indicazione nelle singole prestazioni) sono valide in tutti i Paesi del Mondo ove si è verificato il sinistro ed in cui le garanzie e le prestazioni vengono fornite.

PAESI ESCLUSI: Sono esclusi i seguenti paesi: Afghanistan, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

ART. 4.6 - INDENNIZZI ALTERNATIVI PER MANCATA FRUIZIONE DI PRESTAZIONI

Nel caso in cui l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni di assistenza, la Compagnia non è tenuta a fornire *indennizzi* o *prestazioni* alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

ART. 4.7 - DIRITTO ALLE ASSISTENZE

Il diritto alle assistenze fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia tempestivamente preso contatto con la *Struttura Organizzativa* al verificarsi del *sinistro*.

Ogni diritto nei confronti della *Struttura Organizzativa* si prescrive entro 2 anni dalla data del *sinistro* che ha dato origine alla *prestazione*. [► art. 2952 Codice Civile]

TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

SEZIONE ASSISTENZA		
GARANZIA	SCOPERTO	LIMITE DI INDENNIZZO
Prestazioni fornite ovunque si trovi l'Assicurato:		
Invio di un infermiere al domicilio	-	€ 200 per sinistro
Trasporto in Autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni	-	€ 100 per sinistro
Invio di un fisioterapista a domicilio	-	€ 200 per sinistro
Prestazioni fornite quando l'Assicurato si trovi ad oltre 50 km dal suo comune di residenza:		
Viaggio di un familiare	-	€ 500 per sinistro
Interprete a disposizione all'estero	-	nel limite di 8 ore lavorative
Rientro salma	-	€ 3.000 per sinistro





COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI



La Compagnia, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri, si avvale di MyAssistance S.r.l., e della sua Centrale Operativa.

La Compagnia ha la facoltà di sostituire la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

Di seguito sono riportate per tutte le sezioni delle presenti Condizioni di assicurazione:

- a) le indicazioni utili per la denuncia di sinistro;
- b) gli obblighi in caso sinistro;
- c) le norme che regolano la liquidazione dei *sinistri* per tutte le Sezioni.

CHE OBBLIGHI HO?

ART. 5.1 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO - DENUNCIA DEL SINISTRO



In caso di *sinistro* l'Assicurato o i suoi aventi diritto, **entro 10 (dieci) giorni dal verificarsi del *sinistro* ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo**, deve darne avviso scritto a MyAssistance S.r.l.

La denuncia dovrà essere effettuata secondo una delle seguenti modalità:

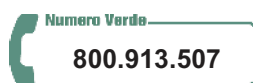
- tramite e-mail all'indirizzo sinistri.helvetia@myassistance.it;
- tramite posta, con lettera raccomandata, inviando la documentazione a:
MyAssistance S.r.l. - Ufficio Rimborsi Helvetia
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano
- l'Assicurato può utilizzare anche l'APP di MyAssistance scaricabile dal Play-Store o dal App-Store inserendo la propria user ID e Password. Per le modalità di utilizzo si rimanda alla Guida sull'utilizzo dell'APP consultabile sul sito www.helvetia.it.



Con l'APP l'Assicurato può individuare le strutture convenzionate, geolocalizzare le strutture del network, prenotare prestazioni mediche tramite servizio concierge, richiedere rimborsi o pagamenti diretti, visualizzare elenco delle prestazioni prenotate, visualizzare le pratiche gestite e il loro stato, visualizzare la card digitale.

Per facilitare la denuncia del sinistro è possibile anche utilizzare il "Modulo di denuncia sinistro" reperibile sul sito internet della Compagnia all'indirizzo www.helvetia.it e inviare tale modulo a uno degli indirizzi sopra riportati

oppure chiamando il Numero verde:



La denuncia potrà essere effettuata anche tramite web dalla propria area riservata accessibile con le credenziali personali al seguente indirizzo: <https://app.myassistance.eu>.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate dall' *Istituto di cura*, studio medico, Medico specialista, Medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche, nonché i Trattamenti fisioterapici e rieducativi possono essere fatturati rispettivamente da infermiere professionista o da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente, riconosciuto in Italia, relativamente ai Trattamenti fisioterapici e rieducativi.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. Non sono ammessi documenti di spesa che presentano cancellature e correzioni.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo [► art. 1915 del Codice Civile].

ART. 5.2 - MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Art. 5.2.1 - UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CONVENZIONATI CON PROCEDURA DI PRESA IN CARICO DIRETTA (PAGAMENTO DIRETTO)

In caso di *ricovero* con o senza *intervento chirurgico*, *intervento chirurgico ambulatoriale*, *day surgery*, parto, *day hospital*, *MAC*, l'Assicurato per accedere ai *Centri Clinici convenzionati* con utilizzo di *Equipe medica* convenzionata, e beneficiare del *pagamento diretto* delle prestazioni garantite in *polizza*, **deve preventivamente ed obbligatoriamente contattare la Centrale Operativa con un preavviso di almeno 2 (due) giorni lavorativi prima del ricovero o dell'intervento chirurgico.**

La *Centrale Operativa* è in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 08,30 alle ore 18,00.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

Le modalità per poter richiedere l'attivazione del *pagamento diretto* sono:

- telefonare al numero verde 800.913.507 (da rete fissa Italia) oppure
- telefonare al numero 0039 02 303.500.007 (da estero o cellulare)
- tramite APP o via web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- tramite invio di una e-mail all'indirizzo: sinistri.helvetia@myassistance.it.

Per conoscere le strutture convenzionate è disponibile l'elenco sul sito internet della *Compagnia*, nell'area riservata del sito <https://app.myassistance.eu> o tramite l'App dedicata di *MyAssistance S.r.l.* dove l'Assicurato può accedervi con le proprie credenziali.

L'Assicurato per ottenere l'autorizzazione al *pagamento diretto* deve fornire alla *Centrale Operativa* le seguenti informazioni:

- numero di *polizza*;
- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- struttura sanitaria convenzionata;
- nome del medico convenzionato che effettuerà la prestazione;
- data della prestazione;
- prescrizione medica in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, attestante la prestazione sanitaria da effettuare, contenente la patologia, sospetta o accertata, con relativa indicazione della data di *insorgenza*;
- referto di Pronto Soccorso, nel caso di *infortunio*, o altra documentazione che attesti oggettivamente l'*infortunio* (es. radiografie, referti clinici etc.).

La *Centrale Operativa*, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvede ad autorizzare la Struttura Convenzionata ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'*Assicurato*. **La preventiva attivazione della *Centrale Operativa* e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di *pagamento diretto*, in mancanza delle quali il servizio non è operante e l'*Assicurato* deve sostenere le spese.**

L'*Assicurato* all'atto del ricovero deve sottoscrivere la "Lettera di Presa in Carico", documento che riporta gli obblighi reciproci tra *Assicurato* e *Centro Clinico convenzionato* in relazione al *ricovero* e con riferimento alle Condizioni di *assicurazione*.

Ai fini dell'autorizzazione al *pagamento diretto*, la Centrale Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

Qualora l'*Assicurato* acceda a Centri Clinici convenzionati senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della *Centrale Operativa*, la prestazione si considera ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'*Assicurato* e rimborso al medesimo, se previsto dalla *polizza*, nei termini e limiti da questa previsti.

Una volta garantito il *pagamento diretto*, alla dimissione, l'*Assicurato* deve pagare, direttamente al *Centro Clinico convenzionato*, solo le spese per prestazioni non previste dalla copertura assicurativa.

L'*Assicurato* può comunque beneficiare delle tariffe agevolate convenzionate con *MyAssistance S.r.l.*, esibendo la card digitale presente nell'App di *MyAssistance*.

Non è previsto il *pagamento diretto* delle spese sostenute PRIMA e DOPO il ricovero, regolate dagli articoli 2.2 e 2.4 della Sezione Rimborso spese mediche e dagli articoli 3.2 e 3.4 della Sezione Grandi Interventi chirurgici. Per le modalità di richiesta di rimborso l'*Assicurato* deve denunciare il *sinistro* a *MyAssistance S.r.l.* utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite App o via web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- via e-mail all'indirizzo sinistri.helvetia@myassistance.it;
- tramite posta inviando la documentazione a:

My Assistance S.r.l. - Ufficio Rimborsi Helvetia
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano

Per informazioni o supporto l'*Assicurato* potrà contattare la *Centrale Operativa*

- al numero verde 800.913.507 (da rete fissa Italia)
o
- al numero 0039 02 303.500.007 (da estero o cellulare)

Premesso che la *Compagnia* ha predisposto dei moduli di denuncia *sinistro*, **la denuncia deve riportare le seguenti informazioni e la seguente documentazione medica:**

- numero di *polizza*;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'*Assicurato* che ha usufruito delle prestazioni (in caso di *Assicurato* minorenni la denuncia deve essere effettuata da un genitore o da chi ne esercita la patria potestà);
- riferimento numero telefonico e/o indirizzo e-mail per successivi contatti;
- beneficiario del rimborso (indicare generalità del titolare del conto corrente, C.F., grado di parentela) e il codice IBAN;
- fatture e referti di tutte le prestazioni mediche sostenute prima o dopo il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*, rimborsabili a termini di *polizza* purché pertinenti alla malattia o all'*infortunio* che hanno determinato il *ricovero* autorizzato in *pagamento diretto*;
- certificato del periodo di *convalescenza* post *ricovero* prescritto dai medici dell'ospedale o dal medico che ha curato o operato l'*Assicurato*;
- le fatture di spese per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura* o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera.

L'*Assicurato* deve consentire eventuali controlli medici disposti da *MyAssistance S.r.l.* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il *sinistro* indennizzato in modalità *pagamento diretto* solleva la *Compagnia* nei confronti dell'*Assicurato*, senza che questi o i suoi eredi possano vantare alcuna pretesa per lo stesso titolo e per la stessa causa, relativamente a quanto la *Compagnia* abbia già corrisposto.





Cosa succede se si utilizza una Struttura sanitaria non convenzionata (a rimborso) invece di una convenzionata (a pagamento diretto)?

Utilizzando i Centri clinici convenzionati l'Assicurato non deve sostenere alcuna spesa, perché è direttamente la Compagnia che paga il Centro Clinico convenzionato (salvo eventuali spese eccedenti la somma assicurata o altre spese non coperte dal presente contratto e non autorizzate); inoltre, non è applicato alcuno scoperto a carico dell'Assicurato. Utilizzando i centri Clinici NON convenzionati, l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il rimborso alla Compagnia. Dal rimborso viene sottratto lo scoperto previsto del 20% che rimane a carico dell'Assicurato. Per alcune tipologie di intervento sono previsti limiti diversi.

Per facilitare la comprensione riportiamo il seguente esempio:

Spese sostenute = € 10.000; scoperto = € 2.000 (20% di 10.000); Indennizzo = € 8.000

Art. 5.2.2 - UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE E MEDICI NON CONVENZIONATI (PAGAMENTO MISTO)

In caso di *ricovero* con o senza *intervento chirurgico*, *intervento chirurgico ambulatoriale*, *day surgery*, *day hospital*, MAC presso un *Centro Clinico convenzionato con utilizzo di una Equipe medica non convenzionata, previa autorizzazione della Centrale Operativa* e fermo quanto previsto al precedente art. 5.2.1 "Utilizzo di strutture sanitarie e medici convenzionati", l'Assicurato, all'atto della dimissione dall'*Istituto di cura*, deve sostenere le spese relative agli **onorari dell'Equipe medica non convenzionata e le eventuali spese per prestazioni non previste dalla copertura assicurativa.**

Per le modalità di richiesta di rimborso, delle spese relative all'*Equipe medica non convenzionata*, nonché delle spese sostenute prima e dopo il *ricovero*, l'Assicurato **deve denunciare il sinistro a MyAssistance S.r.l.** utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite App o via web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- via e-mail all'indirizzo sinistri.helvetia@myassistance.it;
- tramite posta inviando la documentazione a:

My Assistance S.r.l. - Ufficio Rimborsi Helvetia
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano

Per informazioni o supporto l'Assicurato potrà contattare la *Centrale Operativa*

- al numero verde 800.913.507 (da rete fissa Italia)
o
- al numero 0039 02 303.500.007 (da estero o cellulare)

Premesso che la *Compagnia* ha predisposto dei moduli di denuncia *sinistro*, **la denuncia deve riportare le seguenti informazioni e la seguente documentazione medica:**

- numero di *polizza*;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato che ha usufruito delle prestazioni (in caso di Assicurato minorenne la denuncia deve essere effettuata da un genitore o da chi ne esercita la patria potestà);
- riferimento numero telefonico e/o indirizzo e-mail per successivi contatti;
- beneficiario del rimborso (indicare generalità del titolare del conto corrente, C.F., grado di parentela) e il codice IBAN.
- nome del medico non convenzionato che effettuerà la prestazione;
- certificati e fatture relative alle prestazioni effettuate dell'*Equipe medica non convenzionata*;
- fatture e referti di tutte le prestazioni mediche sostenute prima o dopo il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*, rimborsabili a termini di polizza purché pertinenti alla *malattia* o all'*infortunio* che hanno determinato il *ricovero* autorizzato in *pagamento diretto*;
- certificato del periodo di *convalescenza* post *ricovero* prescritto dai medici dell'ospedale o dal medico che ha curato o operato l'Assicurato;
- le fatture di spese per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura* o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da MyAssistance S.r.l. e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.





Cosa succede se si utilizza una Struttura sanitaria convenzionata (con pagamento diretto) e con utilizzo di Equipe medica NON convenzionata (a rimborso)?

Utilizzando i Centri Clinici convenzionati l'Assicurato non deve sostenere alcuna spesa, perché è direttamente la Compagnia che paga il Centro Clinico convenzionato (salvo eventuali spese eccedenti la somma assicurata o altre spese non coperte dal presente contratto e non autorizzate). Per l'equipe medica NON convenzionata l'Assicurato paga i relativi onorari e richiede a cura ultimata il rimborso alla Compagnia. Dal rimborso viene sottratto lo scoperto previsto del 20% che rimane a carico dell'Assicurato. Per alcune tipologie di intervento sono previsti limiti diversi.

Per facilitare la comprensione riportiamo il seguente esempio:

Spese relative al Centro clinico convenzionato = pagamento diretto della Compagnia senza alcuno scoperto.

Spese relative all'Equipe medica non convenzionata = € 10.000; scoperto = € 2.000 (20% di 10.000);
Indennizzo = € 8.000

Art. 5.2.3 - UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE E MEDICI NON CONVENZIONATI (PAGAMENTO A RIMBORSO)

In caso di *ricovero* con o senza *intervento chirurgico*, *intervento chirurgico ambulatoriale*, *day surgery*, parto, *day hospital*, MAC avvenuto in un *Centro Clinico non convenzionato* con utilizzo di *Equipe medica non convenzionata*, l'Assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute prima, durante e dopo il *ricovero*, **deve denunciare il sinistro a MyAssistance S.r.l.** utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite App o via web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- via e-mail all'indirizzo sinistri.helvetia@myassistance.it;
- tramite posta inviando la documentazione a:

My Assistance S.r.l. - Ufficio Rimborsi Helvetia
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano

Per informazioni o supporto l'Assicurato potrà contattare la *Centrale Operativa*

- al numero verde 800.913.507 (da rete fissa Italia)
o
- al numero 0039 02 303.500.007 (da estero o cellulare)

Premesso che la *Compagnia* ha predisposto dei moduli di denuncia *sinistro*, **la denuncia deve riportare le seguenti informazioni e la seguente documentazione medica:**

- numero di *polizza*;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato che ha usufruito delle prestazioni (in caso di Assicurato minorenne la denuncia deve essere effettuata da un genitore o da chi ne esercita la patria potestà);
- riferimento numero telefonico e/o indirizzo e-mail per successivi contatti;
- beneficiario del rimborso (indicare generalità del titolare del conto corrente, codice fiscale, grado di parentela) e il codice IBAN;
- le circostanze dell'accaduto (necessario solo in caso di *infortunio*);
- copia del certificato medico attestante l'*infortunio* subito o la patologia, sospetta o accertata, con indicazione della data di *insorgenza* e con eventuale richiesta di esami e/o *accertamenti diagnostici* da effettuare;
- copia del certificato medico attestante la necessità di effettuare un *ricovero* con o senza *intervento chirurgico*;
- copia conforme della *cartella clinica* completa di tutte le pagine, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera;
- in caso di prestazione chirurgica ambulatoriale, copia di idonea certificazione redatta dallo studio medico contenente le generalità dell'Assicurato e l'anamnesi patologica prossima e remota;
- referto di Pronto Soccorso pubblico, nel caso di *infortunio*, o altra documentazione che documenti oggettivamente l'*infortunio* (es. radiografie, referti clinici etc.);
- prescrizione medica dettagliata con indicazione del numero di sedute e tipologia di prestazione relativamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi;



- fatture debitamente quietanzate e referti di tutte le prestazioni mediche sostenute prima, durante o dopo il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*, rimborsabili a termini di *polizza* purché pertinenti alla malattia o all'*infortunio* che hanno determinato il *ricovero*;
- certificato del periodo di *convalescenza* post *ricovero* prescritto dai medici dell'ospedale o dal medico che ha curato o operato l'*Assicurato*;
- le fatture di spese per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura* o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da MyAssistance S.r.l. e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 5.2.4 - UTILIZZO DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE O CONVENZIONATE CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - DIARIA SOSTITUTIVA

In caso di *ricovero* con o senza *intervento chirurgico*, *intervento chirurgico ambulatoriale*, *day surgery*, parto, *day hospital*, *MAC*, avvenuto a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, **per ottenere l'indennizzo, l'Assicurato deve denunciare il sinistro a MyAssistance S.r.l.** utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite App o via web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- via e-mail all'indirizzo sinistri.helvetia@myassistance.it;
- tramite posta inviando la documentazione a:

My Assistance S.r.l. - Ufficio Rimborsi Helvetia
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano

Per informazioni o supporto l'Assicurato potrà contattare la *Centrale Operativa*

- al numero verde 800.913.507 (da rete fissa Italia)
o
- al numero 0039 02 303.500.007 (da estero o cellulare)

Premesso che la *Compagnia* ha predisposto dei moduli di denuncia *sinistro*, **la denuncia deve riportare le seguenti informazioni e la seguente documentazione medica:**

- numero di *polizza*;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato che ha usufruito delle prestazioni (in caso di Assicurato minorenni la denuncia deve essere effettuata da un genitore o da chi ne esercita la patria potestà);
- riferimento numero telefonico e/o indirizzo e-mail per successivi contatti;
- beneficiario del rimborso (indicare generalità del titolare del conto corrente, codice fiscale, grado di parentela) e il codice IBAN;
- le circostanze dell'accaduto (necessario solo in caso di *infortunio*);
- copia del certificato medico attestante l'*infortunio* subito o la patologia, sospetta o accertata, con indicazione della data di *insorgenza* e con eventuale richiesta di esami e/o *accertamenti diagnostici* da effettuare;
- copia del certificato medico attestante la necessità di effettuare un *ricovero* con o senza *intervento chirurgico*;
- copia conforme della *cartella clinica* completa di tutte le pagine, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera;
- in caso di prestazione chirurgica ambulatoriale, copia di idonea certificazione redatta dallo studio medico contenente le generalità dell'Assicurato e l'anamnesi patologica prossima e remota;
- prescrizione medica dettagliata con indicazione del numero di sedute e tipologia di prestazione relativamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- fatture debitamente quietanzate e referti di tutte le prestazioni mediche sostenute prima, durante o dopo il *ricovero* o l'*intervento chirurgico*, rimborsabili a termini di *polizza* purché pertinenti alla malattia o all'*infortunio* che hanno determinato il *ricovero*;
- certificato del periodo di *convalescenza* post *ricovero* prescritto dai medici dell'ospedale o dal medico che ha curato o operato l'Assicurato;
- le fatture di spese per le rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'*Istituto di cura* o struttura alberghiera ove sia comprovata la non disponibilità ospedaliera.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute o nel caso in cui non abbia sostenuto alcuna spesa, l'Assicurato può richiedere l'indennizzo della *Diaria sostitutiva* calcolata per ogni giorno di *ricovero* (il giorno di entrate e di uscita dall'ospedale viene considerato come un solo giorno).



L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da *MyAssistance S.r.l.* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 5.2.5 - EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RELATIVE ALLE GARANZIE EXTRA OSPEDALIERE (PAGAMENTO A RIMBORSO)

L'Assicurato per ottenere il rimborso delle spese mediche previste nell'art. 2.5, alla lettera a) (infortuni senza ricovero), e alla lettera b) (cure odontoiatriche a seguito di *infortunio*), nella condizione aggiuntiva 1 (accertamenti di alta specializzazione senza ricovero - *visite specialistiche* relative all'accertamento di alta specializzazione - trattamenti fisioterapici), e nella condizione aggiuntiva 2 (*visite specialistiche* e *accertamenti diagnostici*), deve denunciare il sinistro a *MyAssistance S.r.l.* utilizzando una delle seguenti modalità:

- tramite App o via web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
- via e-mail all'indirizzo sinistri.helvetia@myassistance.it;
- tramite posta inviando la documentazione a:

My Assistance S.r.l. - Ufficio Rimborsi Helvetia
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano

Per informazioni o supporto l'Assicurato potrà contattare la *Centrale Operativa*

- al numero verde 800.913.507 (da rete fissa Italia)
o
- al numero 0039 02 303.500.007 (da estero o cellulare)

Premesso che la *Compagnia* ha predisposto dei moduli di denuncia *sinistro*, la denuncia deve riportare le seguenti informazioni e la seguente documentazione medica:

- numero di *polizza*;
- nome e cognome, indirizzo di residenza dell'Assicurato che ha usufruito delle prestazioni (in caso di Assicurato minorenni la denuncia deve essere effettuata da un genitore o da chi ne esercita la patria potestà);
- riferimento numero telefonico e/o indirizzo e-mail per successivi contatti;
- beneficiario del rimborso (indicare generalità del titolare del conto corrente, C.F., grado di parentela) e il codice IBAN;
- le circostanze dell'accaduto (necessario solo in caso di *infortunio*);
- copia del certificato medico attestante l'*infortunio* subito o la patologia, sospetta o accertata, con indicazione della data di *insorgenza* e con eventuale richiesta di esami e/o *accertamenti diagnostici* da effettuare;
- referto di Pronto Soccorso pubblico, nel caso di *infortunio*, o altra documentazione che documenti oggettivamente l'*infortunio* (es. radiografie, referti clinici etc.);
- referto di Pronto Soccorso pubblico, nel caso di cure dentarie rese necessarie da *infortunio* comprovato da idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie);
- prescrizione medica dettagliata con indicazione del numero di sedute e tipologia di prestazione relativamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- fatture debitamente quietanzate e referti di tutte le prestazioni mediche sostenute, rimborsabili a termini di *polizza* purché pertinenti alla malattia o all'*infortunio* denunciato.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da *MyAssistance S.r.l.* e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

QUALI NORME REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

ART. 5.3 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Art. 5.3.1 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE CON LA MODALITA' PAGAMENTO DIRETTO

RICOVERI - INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI IN CENTRO CLINICO CONVENZIONATO E CON EQUIPE MEDICA CONVENZIONATA

Fermo quanto previsto dall'art 5.2.1 e qualora l'Assicurato utilizzi un *Centro Clinico convenzionato*, la *Compagnia* paga direttamente al *Centro Clinico convenzionato* e all'*Equipe medica* convenzionata le spese dovute per le prestazioni mediche erogate, senza applicazione di alcuno scoperto a carico dell'Assicurato.

Il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, PRIMA e DOPO un ricovero con o senza *intervento chirurgico*, *intervento chirurgico ambulatoriale*, *day surgery* o *day hospital*, avviene senza applicazione di alcuno scoperto.



Art. 5.3.2 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE CON LA MODALITA' PAGAMENTO MISTO**RICOVERI - INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI IN CENTRO CLINICO CONVENZIONATO CON UTILIZZO DI EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA**

Fermo quanto previsto dall'art 5.2.2 e qualora l'Assicurato utilizzi un *Centro Clinico convenzionato* con utilizzo di una *Equipe medica* non convenzionata, la *Compagnia* paga direttamente al *Centro Clinico convenzionato* le spese dovute per le prestazioni mediche erogate, senza applicazione di alcuno *scoperto* a carico dell'Assicurato.

Il rimborso delle spese relative all'*Equipe medica* non convenzionata avviene **con applicazione di uno scoperto del 20% col minimo di euro 250 ed il massimo di euro 5.000.**

Il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, **PRIMA e DOPO un ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale, day surgery o day hospital**, avviene senza applicazione di alcuno *scoperto*.

Art. 5.3.3 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE CON LA MODALITA' PAGAMENTO A RIMBORSO**RICOVERI - INTERVENTI CHIRURGICI EFFETTUATI IN CENTRO CLINICO NON CONVENZIONATO CON UTILIZZO DI EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA**

Fermo quanto previsto dall'art 5.2.2 e dall'art. 5.2.3, qualora l'Assicurato utilizzi un *Centro Clinico non convenzionato* con utilizzo di una *Equipe medica* non convenzionata, la *Compagnia* rimborsa le spese sostenute e garantite in **polizza, comprese le spese sostenute PRIMA e DOPO un ricovero**, con applicazione di uno *scoperto* del 20% col minimo di euro 250 ed il massimo di euro 5.000.

Per i seguenti ricoveri con *intervento chirurgico* o *intervento chirurgico ambulatoriale*, sono previsti i seguenti limiti di *indennizzo* in base al *Centro Clinico* e all'*Equipe medica* utilizzati.

1. UTILIZZO DI CENTRO CLINICO NON CONVENZIONATO CON EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA

- Appendiciti, interventi su ernie (escluse quelle discali), varici, emorroidi, cisti ovariche e meniscopatie = **limite di indennizzo per Assicurato e per anno assicurativo fissato in euro 6.000 con applicazione di uno scoperto del 20%;**
- Ern timer discali = **limite di indennizzo per Assicurato e per anno assicurativo fissato in euro 12.000 con applicazione di uno scoperto del 20%.**

2. UTILIZZO DI CENTRO CLINICO CONVENZIONATO CON EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA

Le limitazioni di seguito indicate si intendono operanti esclusivamente per le prestazioni erogate dall'*Equipe medica* non convenzionata:

- Appendiciti, interventi su ernie (escluse quelle discali), varici, emorroidi, cisti ovariche e meniscopatie = **limite di indennizzo per Assicurato e per anno assicurativo fissato in euro 6.000 con applicazione di uno scoperto del 20%;**
- Ern timer discali = **limite di indennizzo per Assicurato e per anno assicurativo fissato in euro 12.000 con applicazione di uno scoperto del 20%.**

**Cosa succede se effettuo un intervento di Appendicectomia in un Centro clinico convenzionato (pagamento diretto) con utilizzo di Equipe medica NON convenzionata (pagamento a rimborso)?**

Le spese relative al Centro Clinico convenzionato sono pagate direttamente dalla Compagnia. Per le spese relative all'Equipe medica non convenzionata l'Assicurato paga i relativi onorari e richiede a cura ultimata il rimborso alla Compagnia. Dal rimborso viene sottratto lo scoperto previsto del 20% con un limite di indennizzo pari ad € 6.000.

Per facilitare la comprensione riportiamo il seguente esempio:

Spese sostenute per Equipe medica NON convenzionata = € 10.000; scoperto = € 2.000 (20% di 10.000); Indennizzo = € 6.000 quale limite massimo previsto per questo tipo di intervento.



Art. 5.3.4. - CRITERI DI LIQUIDAZIONE PER PARTO**1. Parto cesareo**

- a) Qualora il *parto cesareo* avvenga in un *Centro Clinico convenzionato* con *Equipe medica* convenzionata la **Compagnia paga direttamente al Centro Clinico convenzionato e all'Equipe medica convenzionata le spese dovute per le prestazioni mediche erogate, senza applicazione di alcuno scoperto a carico dell'Assicurato.**
Il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, PRIMA e DOPO un *ricovero* avviene **senza applicazione di alcuno scoperto.**
- b) Qualora il *parto cesareo* avvenga in un *Centro Clinico non convenzionato* e con *Equipe medica* non convenzionata, il **rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato prima, durante e dopo un ricovero, avviene con applicazione di uno scoperto del 20% e con un massimo indennizzo pari a euro 12.000 per Assicurato e per anno assicurativo.**

2. Parto fisiologico e aborto non volontario

- c) Qualora il parto fisiologico o l'aborto non volontario avvenga in un *Centro Clinico convenzionato* con *Equipe medica* convenzionata la **Compagnia paga direttamente al Centro Clinico convenzionato e all'Equipe medica convenzionata le spese dovute per le prestazioni mediche erogate, senza applicazione di alcuno scoperto a carico dell'Assicurato.**
- d) Qualora il parto fisiologico o l'aborto non volontario avvenga in un *Centro Clinico non convenzionato* e con *Equipe medica* non convenzionata, il **rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato durante il ricovero, avviene con applicazione di uno scoperto del 20% e con un massimo indennizzo pari a euro 6.000 per Assicurato e per anno assicurativo.**

In caso di parto fisiologico e aborto non volontario, le spese pre e post *ricovero* non sono rimborsabili.

**Cosa succede in caso di Parto effettuato presso un Centro Clinico NON convenzionato con Equipe medica NON convenzionato (pagamento a rimborso)?**

Tutte le spese devono essere pagate dall'Assicurato al Centro Clinico e all'Equipe medica. L'Assicurato successivamente richiede il rimborso a cura ultimata alla Compagnia.

Dal rimborso viene sottratto lo scoperto previsto del 20% con un limite di indennizzo pari ad € 6.000 per parto fisiologico oppure € 12.000 in caso di parto cesareo.

Per facilitare la comprensione riportiamo il seguente esempio:

Spese sostenute per parto cesareo = € 20.000; scoperto = € 4.000 (20% di 20.000);
Indennizzo = € 12.000 quale limite massimo previsto per questo tipo di intervento.

Art. 5.3.5 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE PER RICOVERI IN DAY HOSPITAL - MAC**PRESTAZIONI MEDICHE EFFETTUATE IN DAY HOSPITAL - MAC**

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia* indennizzabili a termini di *polizza*, necessiti di un *ricovero* in *Day Hospital - MAC*, la *Compagnia* provvede al rimborso delle spese sostenute con le seguenti modalità:

1. se il *Day Hospital* avviene presso un *Centro Clinico convenzionato*, la **liquidazione avviene senza applicazione di alcuno scoperto a carico dell'Assicurato e con le modalità previste dall'art. 5.3.1 "Criteri di liquidazione pagamento diretto";**
2. se il *Day Hospital* avviene presso una struttura ospedaliera pubblica, la **liquidazione avviene senza applicazione di alcuno scoperto a carico dell'Assicurato come previsto dall'art. 5.3.6 "Criteri di liquidazione con utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale - Diaria sostitutiva";**
3. se il *Day Hospital* avviene presso un *Centro Clinico non Convenzionato*, la **degenza minima è stabilita in due giorni consecutivi e la liquidazione avviene con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 250 e il massimo di euro 5.000 e con le modalità previste dall'art. 5.3.3 "Criteri di liquidazione pagamento a rimborso".**



Art. 5.3.6 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE PER RICOVERI CON UTILIZZO DI STRUTTURE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - DIARIA SOSTITUTIVA

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia* indennizzabili a termini di *polizza*, venga ricoverato presso una Struttura sanitaria pubblica o convenzionata con il *Servizio Sanitario Nazionale*, la **Compagnia** rimborsa le spese sostenute prima, durante e dopo il *ricovero*, senza applicazione di alcuno *scoperto*.

In alternativa al rimborso delle spese eventualmente rimaste a carico dell'Assicurato, lo stesso può richiedere alla **Compagnia** un *indennizzo*, definito *Diaria sostitutiva*, fissata in euro 120 (centoventi) per ogni giorno di *ricovero* (il giorno di entrata e di uscita dall'ospedale viene considerato un solo giorno) con un limite annuo e per persona di 180 (centoottanta) giorni.

La *Diaria sostitutiva* viene corrisposta anche nel caso in cui l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa.

Art. 5.3.7 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE

Per questa tipologia di prestazioni non è previsto il *pagamento diretto* delle spese.

A) INFORTUNI SENZA RICOVERO (articolo 2.5 lettera A)

Qualora l'Assicurato, a seguito di un *infortunio* che non abbia comportato un *ricovero*, ma che sia comprovato da referto di Pronto Soccorso, abbia sostenuto delle spese, la **Compagnia** rimborsa le spese sostenute nei 120 (centoventi) giorni successivi all'*infortunio* senza applicazione di alcuno *scoperto*.

B) CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO (articolo 2.5 lettera B)

Qualora l'Assicurato, a seguito di un *infortunio* che non abbia comportato un *ricovero*, ma che sia comprovato da referto di Pronto Soccorso, abbia la necessità di effettuare cure odontoiatriche, comprese protesi, la **Compagnia** rimborsa le spese sostenute entro un *anno* dalla data dell'*infortunio* e nel limite di euro 5.000 per Assicurato e per *anno* assicurativo senza applicazione di alcuno *scoperto*.

C) INDENNITA' A SEGUITO DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA (articolo 2.5 lettera G)

La **Compagnia** riconosce un'indennità forfettaria di euro 2.000 a seguito di *ricovero* in *terapia intensiva* (esclusa la *terapia sub-intensiva*) avvenuto in conseguenza di una patologia riconducibile direttamente alla Malattia infettiva definita dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC).

D) CONDIZIONE AGGIUNTIVA 1

La **Compagnia** rimborsa entro il limite di euro 4.000 per Assicurato e per *anno* assicurativo le seguenti prestazioni senza *ricovero*.

1. Accertamenti di alta specializzazione senza ricovero

Qualora l'Assicurato, a seguito di *infortunio* o *malattia* non comportante il *ricovero*, debba effettuare un accertamento di alta specializzazione, rientrante tra quelli previsti all'art. 2.12 "Garanzie Extra-ospedaliere" (condizione aggiuntiva 1), la **Compagnia** rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato con le seguenti modalità:

- se la prestazione viene effettuata presso un *Centro Clinico convenzionato* il rimborso avviene senza applicazione di alcuno *scoperto*;
- se la prestazione viene effettuata presso un *Centro Clinico non convenzionato* il rimborso avviene con l'applicazione di uno *scoperto* del 10% con il minimo di euro 50;
- se la prestazione avviene con l'utilizzo del *Servizio Sanitario Nazionale* il rimborso dei ticket è integrale.

2. Visite specialistiche relative all'accertamento di alta specializzazione senza ricovero

Qualora l'Assicurato abbia effettuato una *visita specialistica* nei 60 giorni antecedenti o successivi ad un accertamento diagnostico rientrante tra quelli previsti all'art. 2.12 "Garanzie Extra-ospedaliere" (condizione aggiuntiva 1), la **Compagnia** rimborsa le spese sostenute con applicazione di uno *scoperto* del 20% con il minimo di euro 50.

Se la prestazione avviene con l'utilizzo del *Servizio Sanitario Nazionale* il rimborso dei ticket è integrale.

3. Prestazioni fisioterapiche e riabilitative

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad un trattamento fisioterapico e rieducativo, la **Compagnia** rimborsa le spese sostenute, purché effettuate nei 360 giorni successivi alla data dell'*infortunio* o alla cessazione del *ricovero* nel caso di *malattia*, senza applicazione di alcuno *scoperto*.

Se la prestazione avviene con l'utilizzo del *Servizio Sanitario Nazionale* il rimborso dei ticket è integrale.



E) CONDIZIONE AGGIUNTIVA 2

La *Compagnia* rimborsa, **entro il limite di euro 1.500 per Assicurato e per anno assicurativo**, le spese sostenute per effettuare *visite specialistiche* o *accertamenti diagnostici* previsti all'art. 2.12.2, **con applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50.**

Se la prestazione avviene con l'utilizzo del *Servizio Sanitario Nazionale*, il rimborso dei ticket è integrale.

ART. 5.4 - OBBLIGHI DELLA COMPAGNIA - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

La *Compagnia*, verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la documentazione del *sinistro* e compiuti gli accertamenti del caso, corrisponde l'*indennizzo* o comunica all'*Assicurato* i motivi del rifiuto del pagamento dell'*indennizzo*.

Al ricevimento della documentazione sanitaria completa, la *Compagnia* ha 30 giorni di tempo per provvedere all'emissione degli atti di quietanza ed al successivo pagamento oppure per contestare il sinistro.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza avviene previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'*Assicurato*, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Il pagamento che la *Compagnia* effettua ai *Centri Clinici convenzionati* o all'*Equipe medica* convenzionata solleva la *Compagnia* stessa nei loro confronti e nei confronti dell'*Assicurato*, senza che questi o i suoi eredi possano vantare alcuna pretesa per la stessa causa, nemmeno a titolo integrativo di quanto la *Compagnia* abbia già corrisposto.

Restano a carico dell'Assicurato anche le spese non autorizzate dalla Centrale Operativa.

In caso di *sinistro* avvenuto con la modalità *pagamento diretto*, il pagamento delle spese effettuato al *Centro Clinico convenzionato* e all'*Equipe medica* convenzionata non comporta rinuncia da parte della *Compagnia* a far valere nei confronti dell'*Assicurato* ogni eventuale eccezione, derivante dalla *polizza*, in ordine alla risarcibilità delle spese pagate.

In questo caso la Compagnia può richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate al Centro Clinico convenzionato o all'Equipe medica convenzionata nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la propria prestazione.

Ai fini di una corretta valutazione, MyAssistance S.r.l. può richiedere, per verifica dell'autenticità della documentazione prodotta in copia (fatture e/o documentazione medica), che la predetta documentazione venga prodotta anche in originale.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

ART. 5.5 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *sinistro*, è facoltà delle Parti conferire, per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'*indennizzo*, a norma e nei limiti delle condizioni di *polizza*, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato*. **Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.** I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.



SEZIONE ASSISTENZA**ART. 5.6 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO**

In caso di *sinistro* l'*Assicurato* dovrà contattare, al momento dell'insorgere della necessità e comunque non oltre 3 giorni, la *Struttura Organizzativa* di Europ Assistance Italia S.p.A. secondo una delle seguenti modalità:

- numero verde per chiamate dall'Italia:



- numero per chiamate dall'estero: +39 02 58.28.61.71
- nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'*Assicurato* dovrà inviare un fax al numero +39 02 58.47.72.01

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

L'*Assicurato* dovrà comunicare alla *Struttura Organizzativa*:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- il proprio nome, cognome e indirizzo del luogo in cui si trova;
- il numero della *polizza* preceduto dalla sigla HRSE;
- il recapito telefonico dove la *Struttura Organizzativa* può richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della *Struttura Organizzativa*. La *Struttura Organizzativa* potrà richiedere all'*Assicurato* - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli originali dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese sostenute.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla *Struttura Organizzativa* che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Pertanto, le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla *Struttura Organizzativa* non potranno essere oggetto di rimborso.

ART. 5.7 - SEGRETO PROFESSIONALE

L'*Assicurato* liberare dal segreto professionale, nei confronti di Europ Assistance, i medici che devono esaminare il suo sinistro per il quale deve essere valutato il suo stato di salute.



TABELLA RIEPILOGO GARANZIE, LIMITI, FRANCHIGIE E SCOPERTI

SEZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE			
PRESTAZIONI sostenute in ITALIA o all'ESTERO	PAGAMENTO DIRETTO	SCOPERTO	LIMITE DI INDENNIZZO
Trasporto con idoneo mezzo di soccorso per recarsi in istituto di cura	-	-	fino a € 5.000 per assicurato e per anno assicurativo
Trasporto con idoneo mezzo di soccorso successivo alla dimissione dall'istituto di cura fino al proprio domicilio	-	-	fino a € 5.000 per assicurato e per anno assicurativo
Acquisto o noleggio di: stampelle, carrozzine corsetti, tutori e materasso antidecubito, apparecchi protesici, parrucca, apparecchiature fisioterapiche	-	-	fino a € 1.500 per assicurato e per anno assicurativo
Infortuni senza ricovero: trasporto con idoneo mezzo di soccorso dal Pronto soccorso al domicilio	-	-	fino a € 5.000 per assicurato e per anno assicurativo
Cure odontoiatriche purché effettuate entro un anno dalla data dell'infortunio (rese necessarie da infortunio comprovate da referto di Pronto Soccorso Pubblico)	-	-	fino a € 5.000 per assicurato e per anno assicurativo
Neonato (copertura gratuita dalla nascita fino alla prima scadenza annuale)	in base alla Struttura sanitaria e all'Equipe medica utilizzata	in base alla Struttura sanitaria e all'Equipe medica utilizzata	Somma assicurata indicata in polizza e prevista per la madre e solo se il parto è stato indennizzato
Donatori di organi	-	-	fino a € 50.000 per ogni singolo evento e per anno assicurativo
Diaria da convalescenza post ricovero	-	-	€ 60 al giorno fino ad un massimo di giorni pari alla durata del ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni per anno assicurativo
Rette dell'accompagnatore	-	-	massimo 30 giorni per evento e per anno assicurativo, con il limite di € 100 al giorno
Indennità a seguito di ricovero in terapia intensiva	-	-	€ 2.000 quale indennità forfettaria



PRESTAZIONI sostenute in ITALIA o all'ESTERO	PAGAMENTO DIRETTO	SCOPERTO	LIMITE DI INDENNIZZO
Ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital-MAC, day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con EQUIPE MEDICA CONVENZIONATA	SI	-	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo
Rimborso spese PRE e POST ricovero (120 gg.) relative ad un ricovero presso STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA	NO	-	
Ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital-MAC, day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	SI ma solo per la Struttura Sanitaria convenzionata	20% minimo € 250 massimo € 5.000 solo per Equipe medica non convenzionata	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo
Rimborso spese PRE e POST ricovero (120 gg.) relative ad un ricovero presso STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA	NO	-	
Ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital-MAC, day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale presso una STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA e con EQUIPE MEDICA NON CONVENZIONATA	NO	20% minimo € 250 massimo € 5.000	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo
Rimborso spese PRE e POST ricovero (120 gg.) relative ad un ricovero presso STRUTTURA SANITARIA NON CONVENZIONATA			
Ricoveri per Appendiciti, interventi su ernie (escluse quelle discali), varici, emorroidi, cisti ovariche e meniscopatie effettuati presso una STRUTTURA SANITARIA <u>NON</u> CONVENZIONATA e con utilizzo di EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	NO	20%	€ 6.000 per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)
Ricoveri per Appendiciti, interventi su ernie (escluse quelle discali), varici, emorroidi, cisti ovariche e meniscopatie effettuati presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA e con utilizzo di EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	SI ma solo per la Struttura Sanitaria convenzionata	20% solo per Equipe medica non convenzionata	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo per la Struttura Convenzionata comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.) € 6.000 per assicurato e per anno assicurativo per Equipe medica non convenzionata



Ricoveri per ernie discali effettuati presso una STRUTTURA SANITARIA <u>NON</u> CONVENZIONATA e con utilizzo di EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	NO	20%	€ 12.000 per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)
Ricoveri per ernie discali effettuati presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA e con utilizzo di EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	SI ma solo per la Struttura Sanitaria convenzionata	20% solo per Equipe medica non convenzionata	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo per la Struttura Convenzionata comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.) € 12.000 per assicurato e per anno assicurativo per Equipe medica non convenzionata
Ricoveri per PARTO fisiologico e ABORTO terapeutico presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con EQUIPE MEDICA CONVENZIONATA	SI	-	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo escluse spese PRE e POST ricovero
Ricoveri per PARTO fisiologico e ABORTO terapeutico presso una STRUTTURA SANITARIA <u>NON</u> CONVENZIONATA e con EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	NO	20%	€ 6.000 per assicurato e per anno assicurativo escluse spese PRE e POST ricovero
Ricoveri per PARTO cesareo presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con EQUIPE MEDICA CONVENZIONATA	SI	-	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)
Ricoveri per PARTO cesareo presso una STRUTTURA SANITARIA <u>NON</u> CONVENZIONATA e con EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	NO	20%	€ 12.000 per persona e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)
Prestazioni effettuate in DAY HOSPITAL - MAC presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA	SI	-	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)
Prestazioni effettuate in DAY HOSPITAL - MAC presso una STRUTTURA SANITARIA <u>NON</u> CONVENZIONATA (durata minima due giorni)	NO	20% minimo € 250 massimo € 5.000	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)



PRESTAZIONI sostenute in ITALIA o all'ESTERO	PAGAMENTO DIRETTO	SCOPERTO	LIMITE DI INDENNIZZO
Ricovero con o senza intervento chirurgico, parto cesareo, day hospital-MAC, day surgery, intervento chirurgico ambulatoriale presso una Struttura del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	NO	-	Rimborso delle spese eventualmente sostenute prima durante e dopo il ricovero. In alternativa al rimborso o in assenza di spesa corrisposta diaria sostitutiva di € 120 al giorno per massimo 180 giorni
Ricovero per parto fisiologico o Aborto terapeutico presso una Struttura del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	NO	-	Rimborso delle spese eventualmente sostenute durante il ricovero. In alternativa al rimborso o in assenza di spesa corrisposta diaria sostitutiva di € 120 al giorno per massimo 180 giorni

GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE - CONDIZIONE AGGIUNTIVA 1 - ACCERTAMENTI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE senza ricovero e VISITE SPECIALISTICHE relative all'accertamento di alta specializzazione - PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE senza ricovero

Accertamenti di alta specializzazione senza ricovero effettuati presso STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA o presso STRUTTURA del SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	NO	-	€ 4.000 per assicurato e per anno
Accertamenti di alta specializzazione senza ricovero effettuati presso STRUTTURA SANITARIA <u>NON</u> CONVENZIONATA	NO	10% minimo € 50	
Visite specialistiche relative all'accertamento di alta specializzazione ovunque effettuate	NO	20% minimo € 50 o rimborso integrale del ticket se eseguite presso SSN	
Prestazioni fisioterapiche e riabilitative senza ricovero ovunque effettuate	NO	-	

GARANZIE EXTRA-OSPEDALIERE - CONDIZIONE AGGIUNTIVA 2 - VISITE SPECIALISTICHE e ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI senza ricovero

VISITE SPECIALISTICHE e ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ovunque effettuati	NO	20% minimo € 50 o rimborso integrale del ticket se eseguite presso SSN	€ 1.500 per assicurato e per anno
--	----	---	---



SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI			
PRESTAZIONI sostenute in ITALIA o all'ESTERO	PAGAMENTO DIRETTO	SCOPERTO	LIMITE DI INDENNIZZO
Trasporto con idoneo mezzo di soccorso per recarsi in istituto di cura	NO	-	fino a € 5.000 per assicurato e per anno assicurativo
Trasporto con idoneo mezzo di soccorso successivo alla dimissione dall'istituto di cura fino al proprio domicilio	NO	-	fino a € 5.000 per assicurato e per anno assicurativo
Acquisto o noleggio di: stampelle, carrozzine corsetti, tutori e materasso antidecubito, apparecchi protesici, parrucca, apparecchiature fisioterapiche	NO	-	€ 1.500 per assicurato e per anno assicurativo
Donatori di organi	NO	-	fino a € 50.000 per ogni singolo evento e per anno assicurativo
Rette dell'accompagnatore	NO	-	massimo 30 giorni per evento e per anno assicurativo, con il limite di € 100 al giorno
Diaria da convalescenza post ricovero			€ 60 al giorno fino ad un massimo di giorni pari alla durata del ricovero e, comunque, non superiore a 20 giorni per anno assicurativo
Ricovero per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA e con EQUIPE MEDICA CONVENZIONATA	SI	-	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)
Ricovero per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO presso una STRUTTURA SANITARIA <u>NON</u> CONVENZIONATA con EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	NO	20% minimo € 250 massimo € 5.000	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)
Ricovero per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO presso una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con EQUIPE MEDICA <u>NON</u> CONVENZIONATA	SI ma solo per la Struttura Sanitaria convenzionata	20% minimo € 250 massimo € 5.000 solo per Equipe medica non convenzionata	Somma assicurata indicata in polizza per assicurato e per anno assicurativo comprese spese PRE e POST ricovero (120 gg.)



ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico:

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracraniche
- Cranio plastiche
- Interventi per asportazione di corpi estranei endocranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Evacuazione di ascesso e/o ematoma intracranici
- Interventi di derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Lobotomia e altri interventi di psichirurgia
- Talamotomia – pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningo-midollari
- Intervento per mielo-meningocele
- Neurotomia retrogasseriana- sezione intracranica di altri nervi
- Intervento sul simpatico toracico:
 - Ganglionectomia toracica
 - Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Intervento sul simpatico lombare:
 - Gangliectomia lombare
 - Splancnicectomia
- Surrenectomia e altri interventi sulla capsula surrenale
- Anastomosi spino-facciale e simili

Faccia e bocca:

- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Resezione parotidea
- Parotidectomia totale
- Riduzione e sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale

Collo:

- Interventi per ferite di grossi vasi del collo (vedi chirurgia vascolare)
- Interventi per ferite interessanti il tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- Interventi sulla tiroide:
 - Tiroidectomia totale o subtotale
- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Interventi sulle paratiroidi

Torace:

- Mammella:
 - Mastectomia e quadrantectomia con svuotamento del cavo ascellare
- Interventi correttivi per petto escavato e ad imbuto
- Interventi sul mediastino:
 - per ascessi
 - per tumori
- Interventi per ferite del polmone
- Pneumotomia per ascessi
- Pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia

- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronco-cutanee
- Ernie e cisti del diaframma
- Ferite toraco-addominali con lesioni viscerali
- Asportazione del timo

Chirurgia della tubercolosi polmonare:

- Toracoplastica totale

Ernie:

- Intervento per ernie diaframmatiche

Chirurgia cardiaca:

- Pericardiectomia:
 - Parziale
 - Totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e/o ipotermia
- Intervento per embolia della arteria polmonare

Esofago:

- Interventi per ferite e corpi estranei dell'esofago toracico
- Interventi per esofagite, ulcera esofagea e ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago:
 - Resezioni esofagee
 - Esofagectomia
- Interventi per diverticoli dell'esofago toracico
- Esofagoplastica

Addome:

- Laparotomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali
- Laparotomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino
- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale

Stomaco duodeno:

- Gastro-enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Cardiomiectomia extramucosa

Intestino:

- Entero anastomosi
- Resezione del tenue
- Resezione ileo cecale
- Resezione colica
- Emicolectomia totale
- Colectomia totale

Retto - ano:

- Resezione del retto
- Amputazione del retto



Fegato e vie biliari:

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Emiepatectomia
- Derivazioni bilio-digestive
- Epatico e coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Shunt porto-sistemici

Pancreas e milza:

- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - Enucleazione delle cisti
 - Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - totale o della testa
 - della coda
- Splenorrafia
- Splenectomia

Chirurgia vascolare:

- Interventi per aneurismi dei vasi arteriosi (temporali, facciali, radiali cubitali, arcate polmonari, pedidia)
- Sutura di grossi vasi degli arti del collo
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
- By pass anatomici ed extra anatomici
- Endoarteriectomia

Chirurgia pediatrica:

Interventi per

- Idrocefalo ipersecretivo
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Occlusione intestinale del neonato
- Atresia dell'ano semplice:
 - abbassamento addomino perinale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale e rettovolvulare:
 - abbassamento addomino perinale
- Teratoma sacro coccigeo
- Megaurettere:
 - resezione con reimpianto
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida:
 - mielomeningocele
- Megacolon:
 - resezione anteriore
 - operazione addomino perinale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti dell'ombelico:
 - del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e traumatologia:

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia
- Artroplastiche grandi
- Riduzione e sintesi con mezzi metallici di fratture ossee

Urologia:

- Interventi per epispadia e ipospadia peniena
- Interventi complessi per epispadia scrotale e perinale
- Prostatectomia sottocapsulare
- Prostatectomia radicale
- Interventi per fistola vescico rettale
- Intervento per estrofia della vescica

- Cistectomia parziale
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Ureterosigmoidostomia bilaterale
- Resezione renale
- Nefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale

Apparato genitale maschile:

- Amputazione totale del pene con svuotamento delle regioni inguinali
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

Ginecologia e ostetricia:

- Interventi per fistola vescico-vaginale o retto-vaginale
- Interventi radicali per tumori maligni vulvari e vaginali
- Riduzioni "per vaginam" di spostamenti uterini ed applicazione del pessario vaginale
- Isterectomia totale
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Riduzione manuale per inversione di utero puerperale per via laparotomica
- Laparotomia per ferite e rotture di utero

Oculistica:

- Cornea:
 - trapianto corneale a tutto spessore
- Orbita:
 - operazione di Kronlein od orbitotomia
- Operazione per glaucoma:
 - operazioni fistolizzanti combinate
- Cristallino:
 - lussazione del cristallino-cataratte complicate
- Retina:
 - diatermocoagulazione alla Weve per distacco
 - cerchiaggio o resezione sclerale per distacco

Otorinolaringoiatra:

- Orecchio:
 - antroatticotomia
 - antroatticotomia con trapanazione del labirinto
 - chirurgia della sordità
 - operazione transmastoidica e sul facciale
- Naso:
 - intervento per tumore maligno mascellare superiore
 - intervento sull'ipofisi per via tran sfenoidale
- Laringe:
 - laringectomia parziale
 - laringectomia totale
 - faringolaringectomia

Trapianti:

- Trapianto del cuore e/o arterie
- Trapianto organi degli apparati:
 - digerente
 - respiratorio
 - urinario

Criterio analogico:

Gli *interventi chirurgici* che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli interventi elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. del 20/12/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'assicurazione anche se non espressamente riportati in elenco.



CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI DECIMA REVISIONE - ICD - 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:

Demenza nella malattia di Alzheimer; Demenza vascolare; Demenza in altre malattie classificate altrove; Demenza non specificata; Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive; Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali; Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati.

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:

Schizofrenia; Disturbo schizotipico; Disturbi deliranti persistenti; Disturbi psicotici acuti e transitori; Disturbo delirante indotto; Disturbi schizoaffettivi; Altri disturbi psicotici non organici; Psicosi non organica non specificata.

Disturbi dell'umore [affettivi]:

Episodio maniaco; Disturbo affettivo bipolare; Episodio depressivo; Disturbo depressivo ricorrente; Disturbi persistenti dell'umore [affettivi]; Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo; Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato.

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:

Disturbi ansioso-fobici; Altri disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo-compulsivo; Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento; Disturbi dissociativi [di conversione]; Disturbi somatoformi; Altri disturbi nevrotici.

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:

Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno non organici; Disfunzione sessuale non causata da disturbo o malattia organica; Disturbi mentali o comportamentali associati con il puerperio non classificati; Fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati; Abuso di sostanze che non provocano dipendenza; Sindromi comportamentali non specificate associate a disturbi fisiologici e a fattori somatici.

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:

Disturbi di personalità specifici; Altri disturbi di personalità e forme miste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi dell'identità sessuale; Disturbo della preferenza sessuale; Problemi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale; Altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; Disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell'adulto.

Ritardo mentale:

Ritardo mentale lieve; Ritardo mentale di media gravità; Ritardo mentale grave; Ritardo mentale profondo; Ritardo mentale di altro tipo; Ritardo mentale non specificato.

Disturbi dello sviluppo psicologico:

Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio; Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche; Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria; Disturbo evolutivo specifico misto; Disturbi evolutivi globali; Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo; Disturbo dello sviluppo psicologico non specificato.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:

Disturbi ipercinetici; Disturbi della condotta; Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale; Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbo mentale non specificato; Disturbo mentale S.A.I.





NORME DEL CODICE CIVILE RICHIAMATE NELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CODICE CIVILE

NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI	DOVE
<p>Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave</p> <p>Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave. L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.</p> <p>L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.</p> <p>Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.</p>	<ul style="list-style-type: none">• NORME COMUNI
<p>Art.1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave</p> <p>Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.</p>	<ul style="list-style-type: none">• NORME COMUNI
<p>Art.1894. Assicurazione in nome o per conto di terzi</p> <p>Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.</p>	<ul style="list-style-type: none">• NORME COMUNI



NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI	DOVE
<p>Art. 1897. Diminuzione del rischio</p> <p>Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.</p> <p>La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1899. Durata dell'assicurazione</p> <p>L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.</p> <p>Il contratto può esser tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.</p> <p>Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1901. Mancato pagamento del premio</p> <p>Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.</p> <p>Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.</p> <p>Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.</p> <p>La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.</p>	<p>• NORME COMUNI</p>
<p>Art. 1910. Assicurazione presso diversi assicuratori</p> <p>Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.</p> <p>Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.</p> <p>Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri.</p> <p>L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.</p>	<p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</p>
<p>Art. 1913. Avviso all'assicuratore in caso di sinistro</p> <p>L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.</p>	<p>• COSA FARE IN CASO DI SINISTRO</p>



NUMERO E TESTO ARTICOLI RICHIAMATI	DOVE
<p>Art. 1915. Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio</p> <p>L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • COSA FARE IN CASO DI SINISTRO
<p>Art. 1916. Diritto di surrogazione dell'assicuratore</p> <p>L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.</p> <p>Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.</p> <p>Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • RIMBORSO SPESE SANITARIE • GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
<p>Art. 2952. Prescrizione in materia di assicurazione</p> <p>Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.</p> <p>Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p> <p>Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.</p> <p>La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.</p> <p>La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ASSISTENZA





NUMERI UTILI

Per informazioni in merito alla polizza l'Assicurato può contattare:

- **l'INTERMEDIARIO** a cui è assegnata la polizza
- **HELVETIA (Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA)**
Telefono: **+39 0253511**
E-mail: info@helvetia.it
E-mail PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Per la denuncia di un sinistro riferito alla Sezione Rimborso Spese Sanitarie e Grandi Interventi chirurgici, l'Assicurato deve contattare:

- **MyAssistance S.p.A.**
 - tramite APP o via web dalla propria area riservata, accessibile con le credenziali personali all'indirizzo: <https://app.myassistance.eu>;
 - via e-mail all'indirizzo: sinistri.helvetia@myassistance.it;
 - tramite posta inviando la documentazione a:
My Assistance S.r.l. - Ufficio Rimborsi Helvetia
Via Montecuccoli, 20/1 - 20146 Milano
- Numero verde: 800.913.507 oppure +39 02 303.500.007

Per la denuncia di un sinistro riferito alla Sezione Assistenza, l'Assicurato deve contrattare:

- **EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.**
Numero verde: **800.016.910**
Numero per chiamate dall'estero: **+39 02 58.28.61.71**
Se non è possibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare lettera raccomandata a:
Europ Assistance Italia S.p.A. - Via del Mulino, 4 - 20057 - Assago - MI



Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia

Via G. B. Cassinis, 21 - 201 39 Milano
Tel. 02 5351 1 (20 linee)
Fax 02 5520360 - 5351461
www.helvetia.it - PEC: helvetia@actaliscertymail.it.

Capitale Sociale franchi svizzeri 82.621.900 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita 1.V.A. 01462690155 - R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/1 1 /1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31 /12/1984 Provv. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031