

Polizza Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo



Impresa di Assicurazione: Aviva Italia S.p.A. Prodotto: "Malattie - Rimborso delle Spese Mediche e Ricovero"

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

Che tipo di assicurazione è?

E' una polizza che garantisce, a seconda della formula assicurativa prescelta: il rimborso delle spese di cura nei casi di ricovero e/o intervento chirurgico resi necessari da Infortunio, Malattia, Parto e Aborto per l'Assicurato e il suo Nucleo familiare; l'indennità da ricovero dovuto a Infortunio, Malattia, Parto o Aborto per l'Assicurato e il suo Nucleo familiare; l'indennità da ricovero conseguente a Malattia e Parto cesareo, per l'Assicurato.



Che cosa è assicurato?

La polizza può essere emessa per una delle seguenti coperture:

✓ Rimborso Spese di Cura

L'Impresa di Assicurazione rimborsa all'Assicurato, fino a concorrenza della somma assicurata per anno assicurativo e per persona o per nucleo familiare, le spese sostenute nei casi di Ricovero con o senza intervento chirurgico, intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o pronto soccorso e degenza in day hospital, resi necessari da Malattia o Infortunio; le spese sostenute per Parto cesareo e Aborto terapeutico o spontaneo comportanti il ricovero; le spese sostenute per Parto non cesareo e Malattie dipendenti dalla gravidanza comportanti il ricovero.

Tale garanzia può essere acquistata nelle due Forme: Completa, che prevede il rimborso integrale delle spese, o Ridotta, che prevede il rimborso dell'80%

Opzionabile la Garanzia Accertamenti Diagnostici a seguito di Malattia o Infortunio

✓ Diaria di Ricovero Completa

L'Impresa di Assicurazione, in caso di sinistro indennizzabile, liquida la diaria assicurata nei casi di ricovero per malattia, infortunio, parto con o senza taglio cesareo, aborto terapeutico o spontaneo, oppure il 50% della diaria assicurata nei casi di day hospital per malattia e infortunio.

Opzionabili le seguenti Garanzie: Diaria di Convalescenza successiva a ricovero indennizzabile; Diaria Malattie Oncologiche per l'effettuazione delle terapie.

✓ Diaria di Ricovero da Malattie

L'Impresa di Assicurazione, in caso di sinistro indennizzabile, liquida la diaria assicurata nei casi di Ricovero per Malattia e Parto con taglio cesareo.

Le somme assicurate ed i massimali sono scelti dall'assicurato in base alle proprie esigenze e variano in base alla copertura prescelta.



Che cosa non è assicurato?

Le persone:

- ✗ affette da: alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), sieropositività da HIV;
- ✗ che siano sportivi professionisti, militari, che per professione siano esposti a pericoli particolarmente gravi (per esempio: acrobata, domatore, palombaro) non residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- ✗ non appartenenti al nucleo familiare del Contraente.

Non possono aderire le persone di età di ingresso:

- ✗ superiore a 75 anni, per le Garanzie Spese di Cura e Diaria di Ricovero;
- ✗ inferiore a 15 anni e superiore a 74 anni per la Garanzia opzionale Diaria Convalescenza;
- ✗ superiore a 65 anni, per Garanzia di Ricovero da Malattie.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione principalmente:

- ! le conseguenze di malattie, infortuni, malformazioni e stati patologici conosciuti o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza e sottaciuti dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- ! i comportamenti nevrotici nonchè gli esaurimenti nervosi;
- ! correzioni di miopia, astigmatismo, ipermetropia
- ! infortuni derivanti dalla guida o uso di mezzi subacquei, di deltaplani, di ultraleggeri, di parapendio e simili;
- ! prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza, nonché la fecondazione artificiale;
- ! le prestazioni aventi finalità dietologica o estetica e la liposuzione;
- ! cure dentarie e ortodontiche, parodontopatie e protesi dentarie;
- ! accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia o infortunio (check up).

L'Assicurazione prevede periodi di carenza, ovvero periodi di tempo immediatamente successivi alla data di stipulazione, durante i quali le prestazioni/garanzie non sono efficaci o sono ridotte. Tali periodi di carenza sono diversi a seconda delle garanzie.

L'assicurazione prevede scoperti diversi a seconda della garanzia prescelta.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:**
per tutte le coperture assicurative deve essere compilato e sottoscritto un Questionario sanitario da parte di ogni Assicurato, con la descrizione del proprio stato di salute. Tale Questionario fa parte integrante della polizza.
L'Assicurato ha il dovere, all'atto di sottoscrizione del Contratto, di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, in particolare sulle informazioni inerenti allo stato di salute, e di comunicare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.
- **Nel corso della durata del contratto:**
l'Assicurato deve comunicare i cambiamenti che comportino un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- **In caso di sinistro l'Assicurato:**
 - entro tre giorni dall'Infortunio o dalla Malattia o dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, deve darne avviso scritto all'Intermediario o alla Società con l'indicazione delle cause che lo hanno determinato e fornendo il relativo certificato medico;
 - deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta dell'Impresa di Assicurazione, sottoporsi a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dai suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso cui è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.



Quando e come devo pagare?

I premi devono essere pagati all'Intermediario o all'Impresa di Assicurazione.

E' possibile richiedere il frazionamento del premio in rate semestrali con un aumento del 3% sul premio annuale.

Il premio, comprensivo di imposte, può essere pagato tramite assegno bancario, circolare o postale (munito della clausola di "non trasferibilità"), bonifico bancario, carta di credito, carta di debito, oppure con denaro contante nei limiti previsti dalla legge.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza può avere durata annuale o poliennale e in ogni caso non sono ammesse polizze di durata inferiore all'anno (temporanee). L'Assicurazione può essere stipulata per durate da un minimo di un anno ad un massimo di cinque anni.

L'Assicurazione scade automaticamente alle ore 24:00 del giorno indicato in polizza e non è previsto il tacito rinnovo.

Le coperture assicurative in ogni caso cessano alla scadenza annuale successiva:

- al compimento del 75° anno di età (al 70° anno per la Garanzia opzionale Diaria di Convalescenza; 74° anno per la Garanzia opzionale Diaria Malattie Oncologiche) per le Garanzie Spese di Cura e Diaria di Ricovero Completa;
- al compimento del 65° anno di età per la Garanzia Diaria di Ricovero da Malattia.



Come posso disdire la polizza?

Nei contratti di durata poliennale l'Assicurato può disdire annualmente la polizza, a mezzo lettera raccomandata, con preavviso di 60 giorni prima della scadenza del contratto.

Limitatamente ai primi due anni di effetto dell'Assicurazione, l'Assicurato può recedere dalla polizza, con preavviso di 30 giorni, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, tramite raccomandata da inviarsi entro il 90esimo giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo o del rimborso.