

Polizza Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo



Compagnia: Aviva Italia S.p.A.

Prodotto: "Aviva Salute Smart"

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 e dei Moduli prescelti, l'indennità da intervento chirurgico, l'indennità giornaliera da ricovero, il rimborso delle prestazioni di "alta diagnostica", il rimborso per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, cure dentarie, il rimborso spese per il caso di non autosufficienza, resisi necessari da Infortunio o Malattia.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede diverse Formule Assicurative, modulabili e acquistabili a seconda dell'età degli Assicurati e delle loro esigenze di protezione:

Formule Small, Medium e Large, che prevedono le seguenti garanzie:

sempre operante:

- ✓ Indennità da intervento chirurgico, reso necessario da infortunio o malattia (Modulo 1);

opzionabili:

- Indennità giornaliera da ricovero, reso necessario da infortunio o malattia (Modulo 2);
- Alta diagnostica (Modulo 3);
- Visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici, resi necessari da Infortunio (Modulo 4);
- Ticket SSN, per qualunque prestazione indicata nella Formula assicurativa e nei Moduli prescelti (valida solo per i Moduli 3 e 4);
- Cure Dentarie, rese necessarie da infortunio o malattia (Modulo 5) (non per Formula Small);
- Non autosufficienza da infortunio o malattia (Modulo 6).

Formula Speciale Giovani, non modulabile, che prevede le seguenti garanzie sempre operanti:

- ✓ indennità giornaliera da ricovero e di Day Hospital in Casa di Cura, reso necessario da infortunio o malattia;
- ✓ prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio;
- ✓ indennità da ingessatura da infortunio;
- ✓ trattamenti fisioterapici e riabilitazione da infortunio;
- ✓ Ticket SSN.

Tutte le formule sopra indicate prevedono l'accesso al Network Convenzionato di Blue Assistance garantendo agli Assicurati delle tariffe agevolate (Modulo 0).

I massimali variano in base alla Formula Assicurativa e ai Moduli prescelti.



Che cosa non è assicurato?

Le persone:

- ✗ affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), sieropositività da HIV;
- ✗ non appartenenti al nucleo familiare del Contraente;
- ✗ non residenti nel territorio della Repubblica Italiana.

Non possono aderire alle garanzie le persone di età di ingresso:

- ✗ inferiore a un anno e superiore a 64 anni, per i Moduli da 1 a 5 delle Formule Small, Medium e Large;
- ✗ inferiore a 20 anni e superiore a 64 anni per il Modulo 6 nelle Formule Small, Medium e Large;
- ✗ inferiore a un anno e superiore a 34 anni, per la Formula Speciale Giovani.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dall'Assicurazione principalmente:

- ! le complicanze, le conseguenze dirette ed indirette di stati invalidanti e malattie in genere già conosciute, diagnosticate o curate alla data di decorrenza della polizza;
- ! gli infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, nonché le loro complicanze dirette e indirette e i relativi postumi;
- ! le prestazioni successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione della polizza;
- ! le spese non dipendenti da malattia e infortuni (quali quelle relative a prestazioni di routine e/o controllo);
- ! le prestazioni e le terapie riconducibili alla medicina complementare o alternativa;
- ! gli infortuni occorsi in conseguenza di uno stato di ubriachezza/ebbrezza, con tasso alcolemico superiore a quello stabilito dal Codice della Strada;
- ! gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o comunque remunerato;
- ! gli infortuni derivanti dalla pratica di determinati sport (quali, a puro titolo esemplificativo, rugby, football americano, pugilato, lotta in tutte le sue forme, immersioni, sport aerei);
- ! ogni prestazione medica, chirurgica o applicazione di carattere estetico;
- ! le protesi e presidi ortopedici ed acustici;
- ! lenti ed occhiali;
- ! le prestazioni odontoiatriche non previste dalla Formula prescelta OPPURE erogate da medici o strutture sanitarie non convenzionate, se non in regime di SSN.

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 franchigie e scoperti diversi a seconda della garanzia e della Formula assicurativa prescelta.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida per sinistri e prestazioni effettuate in tutto il mondo.
- ✓ Sono escluse le prestazioni odontoiatriche effettuate all'estero.



Che obblighi ho?

- **All'inizio del contratto:**
Per tutte le garanzie assicurative prescelte 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:**
 - deve darne avviso scritto alla Struttura Operativa quando ne ha avuto conoscenza, e comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità; è sollevato da tale obbligo se si è avvalso delle strutture sanitarie e di medici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro;
 - deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza;
 - deve fornire la documentazione medica sulla natura della patologia che ha dato luogo alla prestazione con la data di insorgenza della malattia o la data dell'infortunio o esiti di esami strumentali o altra documentazione medica utile a determinarne la comparsa;
 - 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;
 - in caso di prestazioni odontoiatriche previste dalla Formula prescelta, in occasione della prima richiesta di rimborso deve inviare alla Struttura Operativa la Scheda Anamnestica circa lo stato della bocca compilata dal medico odontoiatra, insieme alla documentazione di spesa e al modulo di rimborso, a meno che sia stato fornito alla Struttura Operativa insieme al piano di trattamento dal medico odontoiatra convenzionato in caso di forma di rimborso diretta.



Quando e come devo pagare?

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

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 e in ogni caso non sono ammesse polizze di durata inferiore all'anno (temporanee).

La copertura ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, e scade alle ore 24:00 del giorno indicato in polizza.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. In occasione di ogni scadenza annuale, il premio di rinnovo potrà essere modificato dall'Impresa di Assicurazione, ferme le Condizioni di Assicurazione, fatta salva la facoltà di disdetta.

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

- al compimento del 74° anno di età per le Garanzie di cui ai Moduli da 1 a 6 delle Formule Small, Medium e Large;
- compimento del 35° anno di età per le Garanzie della Formula Speciale Giovani.



Come posso disdire la polizza?

L'Assicurato può disdire la polizza mediante comunicazione, a mezzo lettera raccomandata, almeno 15 giorni prima della scadenza del contratto.