

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

### Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto denominato "Rimborso spese sanitarie Classic" rimborsa le spese mediche sostenute a seguito di un ricovero o di un intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, indipendentemente dalla struttura sanitaria a cui ci si rivolge (clinica privata o ospedale pubblico).



#### Che cosa è assicurato?

- ✓ Garantisce il pagamento delle spese mediche connesse ad un ricovero, anche in day hospital, o ad un intervento chirurgico, anche ambulatoriale. Nel caso il ricovero sia a carico del Servizio Sanitario Nazionale verrà corrisposto un indennizzo giornaliero.

L'Impresa di Assicurazioni rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'assicurato fino a un importo massimo stabilito in polizza (cd. capitale assicurato) con riferimento a ciascuna garanzia.



#### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono comprese in garanzia le conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza; gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto (alcolismo), ad abuso di psicofarmaci o di allucinogeni, a tossicodipendenza; alle prestazioni con finalità estetiche, dietologiche fitoterapiche e omeopatiche, alle manifestazioni inerenti malattie mentali, disturbi psicologici e quelli riferibili ad "esaurimento nervoso"; le conseguenze di trasmutazioni del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.



#### Ci sono limiti di copertura?

- ! Sono previste esclusioni e le garanzie possono presentare franchigie, scoperti e limiti di indennizzo specifici.



#### Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie della polizza sono valide in tutto il mondo.



#### Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza oppure la perdita totale o parziale dell'indennizzo.



## Quando e come devo pagare?

La prima rata di premio deve essere pagata al momento della sottoscrizione del contratto, le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze.

Puoi pagare il premio mediante:

- assegno bancario o circolare N.T. intestati all'Impresa o all'intermediario;
- bonifico bancario;
- moneta elettronica;
- pagamento in conto corrente postale;
- pagamento a mezzo contanti nei limiti previsti dalla normativa generale e di settore;
- addebito automatico sul c/c bancario qualora il contraente aderisca al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit.

Devi provvedere al pagamento del Premio direttamente in favore della Compagnia o in favore dell'Agenzia presso cui viene stipulato il contratto.

Il Premio è comprensivo di imposte, tasse e contributi nella misura prevista dalla vigente normativa.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui hai firmato la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva.

La validità dell'assicurazione è annuale, salvo quanto diversamente pattuito ed indicato in polizza.

Per i seguenti casi sono previsti dei termini di aspettativa (detti anche "carenze") per cui la copertura assicurativa inizia:

- dal 180° giorno successivo per le conseguenze di stati patologici (malattie) diagnosticati, o sottoposti ad accertamenti, o curati anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarati dagli Assicurati nel questionario sanitario e non esplicitamente esclusi dall'Impresa o dalle condizioni di polizza;
- dal 300° giorno successivo per il parto e per le patologie varicose manifestatesi dopo la stipulazione della polizza;
- dal 180° giorno successivo per gli stati patologici, diversi da quelli indicati al precedente punto c), non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza stessa;
- dal 30° giorno successivo per le altre malattie.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 90 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della polizza.



## Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire il contratto mediante lettera raccomandata – o mezzi di comunicazione equivalenti (pec) – che deve pervenire alla Compagnia o all'agenzia presso la quale è stipulato il contratto con preavviso di 60 giorni (30 se sei consumatore sulla base di quanto previsto dal decreto legislativo 206/2005 "Codice del Consumo") rispetto alla scadenza anniversaria.

In caso di polizza poliennale, ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile puoi altresì recedere dal contratto trascorsi i primi 5 anni di durata, sempre mediante lettera raccomandata – o mezzi di comunicazione equivalenti (pec) – che deve pervenire alla Compagnia o all'agenzia presso la quale è stipulato il contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.