

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

Rimborso Spese Mediche Personale in quiescenza

 FONDAZIONE NAZIONALE E SINDACALE DELLE
ASSOCIAZIONI DEI PENSIONATI DEL CREDITO



Allianz S.p.A.

Sede legale

Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 Trieste

Telefono +39 040 7781.111

Fax +39 040 7781.311

www.allianzras.it

Uffici:

Milano 20122 - Corso Italia, 23

Torino 10121 - Via Vittorio Alfieri, 22

Trieste 34123 - Largo Ugo Imeri, 1

Codice fiscale, Partita IVA e

iscrizione al Registro delle Imprese

di Trieste n. 05032630963

Capitale sociale

Euro 403.000.000 int. vers.

Autorizzata all'esercizio delle
assicurazioni con Provvedimento ISVAP
del 21 dicembre 2005 n. 2398

Società del gruppo Allianz SE
controllata da A.C.I.F. S.p.A.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

Agenzia PALERMO 2000

Ramo 16

Polizza N. 65678443

Anno 2009

Tra la Spett.le

FEDERAZIONE NAZIONALE SINDACALE DELLE ASSOCIAZIONI DEI PENSIONATI DEL CREDITO

Via Cesare Balbo, 35 - 00184 ROMA
Part. IVA 97141110151 - UDM 4714
(in seguito denominato "Contraente")

e la Spett.le

**ALLIANZ S.p.A. DIVISIONE ALLIANZ RAS
(Delegataria)**

Corso Italia, 23 - 20122 MILANO
Agenzia di
(in seguito denominata "Società")

e

che agisce nell'interesse proprio e delle Società Coassicuratrici, si stipula la presente

C O N V E N Z I O N E

Decorrenza: ore 24 del 20.01.2009

Scadenza: ore 24 del 31.12.2009

Emessa in triplice copia, in Palermo il 30.01.2009

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

Agenzia PALERMO 2000

Ramo 16

Polizza N. 65678443

Anno 2009

PREMIO LORDO ANNUO € 1.000,00,=
(salvo regolazione)

LA SOCIETA'

Allianz S.p.A. Divisione Allianz Ras

IL CONTRAENTE

Agli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente le disposizioni dei punti sottoelencati

- Art. 16 Premi e Regolazione
- A.2 Durata dell'assicurazione/Tacita proroga dell'assicurazione
- A.5 Foro competente
- B.2 Esclusioni dall'Assicurazione
- C.2 e 3 Sinistri in strutture convenzionate e non con la Società
- C.6 Controversie

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara che prima della conclusione del presente contratto ha ricevuto dalla Società – ALLIANZ S.p.A. DIVISIONE ALLIANZ RAS. – la NOTA INFORMATIVA, redatta ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 123 D.Lgs. 17/3/95 n.175 e l'INFORMATIVA PRIVACY redatta ai sensi dell'art.13 della D. Lgs. N. 196/2003.

IL CONTRAENTE

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

DEFINIZIONI DEI TERMINI UTILIZZATI NELLA POLIZZA

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

La Compagnia di assicurazione ALLIANZ S.p.A.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alle Società.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalle Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalle Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato.

Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di cui ai successivi punti da 3 a 10.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Parzialmente convenzionato
- d) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore del Personale in quiescenza iscritto alla Federazione Nazionale Sindacale delle Associazioni dei Pensionati del Credito e per i rispettivi coniugi e convivente more-uxorio e figli fiscalmente a carico (anche del coniuge), fino a 26 anni di età conviventi e non conviventi risultanti dallo stato di famiglia.

La copertura può essere estesa, con versamento del relativo premio a carico del dipendente ad ogni altro familiare convivente non fiscalmente a carico (compreso convivente more-uxorio).

L'inserimento deve riguardare tutti i componenti del nucleo familiare.

Garanzia Base

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche, infermieristiche e fisioterapiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di **€ 250,00 al giorno**.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

Nel caso di ricovero in Istituto di cura, la garanzia è prestata nel limite di **€ 50,00** al giorno per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo.

f) Post ricovero

Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure, anche termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con ambulanza se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto qualora l'Assicurato si trovi all'estero.

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 3.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di Day-Hospital con intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" - con esclusione delle prestazioni di cui alla lett. e) - e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

Nel caso di Day-Hospital senza intervento chirurgico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", lett. a) "Pre-ricovero", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Rette di degenza", entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", con un massimo di **€ 2.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

3.6.2 PARTO NON CESAREO

In caso di parto non cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" entro i limiti indicati per ciascuna prestazione.

La garanzia è prestata nel limite previsti al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura", con un massimo di € 1.100,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite del massimale ricovero

3.8 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate ad eccezione degli scoperti e/o franchigie sottoindicate che vengono versate dall'Assicurato alla struttura sanitaria come segue:

1. Ricovero anche in regime di Day Hospital con o senza intervento chirurgico.
Franchigia di € 400,00 per evento.
2. Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico
Scoperti e franchigie come per al punto 1.
3. Intervento chirurgico ambulatoriale
Nessuna franchigia

Le spese previste ai seguenti punti:

- 3.1 "Ricovero in istituto di cura":
 - lettera a) "Pre-ricovero"
 - lettera f) "Post-ricovero"
- 3.2 "Trasporto sanitario";
- 3.8 "Rimpatrio della salma"

vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche **non convenzionate** con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione degli scoperti e/o franchigie sotto indicate:

1. Ricovero anche in regime di Day Hospital con o senza intervento chirurgico
Scoperto 20% con il minimo di € 1.200,00 per evento.
2. Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico
Scoperti e franchigie come per al punto 1.
3. Intervento chirurgico ambulatoriale
Franchigia di € 400,00 per evento

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

- c) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche **convenzionate** con la Società ed equipe medica **non convenzionata**

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione degli scoperti e/o franchigie sotto indicate:

4. Ricovero anche in regime di Day Hospital con o senza intervento chirurgico
Scoperto 15% con il minimo di € 800,00 per evento.
5. Parto cesareo, parto fisiologico e aborto terapeutico
Scoperti e franchigie come per al punto 1.
6. Intervento chirurgico ambulatoriale
Franchigia di € 400,00 per evento

d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità Sostitutiva". Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società".

3.9 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 100,00** per ogni giorno di ricovero, seguito da intervento chirurgico, per un periodo non superiore a 180 giorni per persona e per anno assicurativo. Tale indennità verrà corrisposta nel limite giornaliero di **€ 50,00** per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo in caso di ricovero che non comporti intervento chirurgico.

3.12 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a **€ 150.000,00** per nucleo familiare. Tale massimale si intende raddoppiato in caso di Grande Intervento Chirurgico.

5. PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Società rimborsa le spese sostenute per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche e acustiche quali:

- protesi e presidi ortopedici;
- cinti erniari;
- busti ortopedici curativi;
- ausili udito.

Sono inoltre comprese nella garanzia: protesi oculari, ausili fonazione, ausili a mobilità.

Restano escluse: calzature a plantare, corsetteria e busti estetico/formativi.

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 2.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 10% a carico dell'assicurato.

8. ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per intervento chirurgico per il quale l'Istituto di cura richieda il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde, su richiesta dell'Assicurato, l'importo richiesto a tale titolo nella misura massima del 50% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

L'Assicurato, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della garanzia.

9. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Ecografia
- Elettromiografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mammografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare
- Rx esofago, Rx tubo digerente
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)
- Tomografia torace, Tomografia in genere
- Tomografia logge renali, Tomoxerografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa compilato dal medico di base o dallo specialista che ha effettuato la prestazione.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15 % con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per patologia o infortunio.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

Garanzie Aggiuntive

10. VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite pediatriche non specialistiche, cioè le visite effettuate dal pediatra di base ai fini del controllo della regolarità della crescita del bambino, dei trattamenti e delle visite psicologiche, nonché delle visite ed accertamenti odontoiatrici, ortodontici e trattamenti fisioterapici e sono anche escluse le visite medico-legali.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa compilata dal medico di base o dallo specialista che ha effettuato la prestazione.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo non indennizzabile di € 50,00 per fattura.

Tutti i documenti di spesa relativi ad una medesima patologia o ad un medesimo infortunio debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 5.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

7. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa le spese sostenute per cure dentarie conseguenti a infortunio.

Ai fini dell'operatività della garanzia è necessaria la presentazione del certificato di Pronto Soccorso relativo all'infortunio occorso.

Il massimale assicurato corrisponde a **€ 2.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

5.2 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio sempreché siano prescritti da medici e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Tutti i documenti di spesa relativi ad un medesimo evento debbono essere inviati alla Società in un'unica soluzione.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Il massimale assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 1.500,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione una **franchigia fissa** di **€ 75,00** per singola prestazione, intendendosi per tale l'insieme delle prestazioni relative ad un ciclo di cure

8. LENTI E MONTATURE

La Società rimborsa le spese per lenti e occhiali (comprese le montature) o lenti a contatto correttive, (con esclusione delle soluzioni saline) con un **massimale di € 400,00** annuo per nucleo familiare con il limite di **€ 150,00** per persona.

La garanzia è operante in presenza di prima prescrizione o di modifica del visus certificata dal medico oculista, dall'optometrista o dall'ortottico.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

11. PREMI E REGOLAZIONE

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi e saranno riferiti alla data di decorrenza della polizza:

Garanzia base

| | |
|--|-----------------|
| a) Pensionato e coniuge/figli fiscalmente a carico | € 750,00 |
| b) Coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" e ogni altro familiare convivente non fiscalmente a carico | € 350,00 |

Garanzia Base + Aggiuntiva

| | |
|--|-----------------|
| b) Pensionato e coniuge/figli fiscalmente a carico | € 980,00 |
| b) Coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" e ogni altro familiare convivente non fiscalmente a carico | € 600,00 |

Al perfezionamento della presente polizza il Contraente anticipa un premio di **€ 1.000,00**, per l'attivazione delle garanzie dell'anno solare di copertura.

Resta convenuto che alla data del 30 giugno dell'anno di competenza, verrà effettuata la regolazione del premio in base al numero effettivo di assicurati e la differenza di premio risultante dovrà essere regolata entro 15 giorni dalla data dell'emissione della relativa quietanza di regolazione del premio da parte della Società.

Entro 60 giorni dalla fine dell'anno assicurativo il Contraente è tenuto a comunicare alla Società il numero effettivo degli Assicurati durante l'anno medesimo, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio. La differenza di premio risultante dalla regolazione dovrà essere versata entro 15 giorni dalla data dell'emissione della relativa quietanza di regolazione del premio da parte della Società.

12. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i pensionati e per i familiari inclusi prende effetto dalla data di adesione alla copertura sia in forma rimborsuale sia in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

In caso di inclusioni nel corso del periodo assicurativo, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde all'intero premio annuo se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo e al 60% del premio annuo se l'inclusione ha luogo nel secondo semestre assicurativo.

LA SOCIETA'

Allianz S.p.A. Divisione Allianz Ras

IL CONTRAENTE

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

A - CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Il presente contratto decorre dalle ore 24.00 del 20.01.2009 e scadrà alle ore 24.00 del 31.12.2009, senza tacito rinnovo.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.5 FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, il foro competente è quello del luogo di residenza o sede del convenuto, ovvero quello del luogo ove ha sede la Società.

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di un anno, a norma dell'art. 2952 c.c. .

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato, valgono le norme di legge.

A.8 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. i ricoveri per intervento di correzione o di eliminazione della miopia;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto al punto 7 "Cure dentarie da infortunio";
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
7. l'aborto volontario non terapeutico;
8. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio.
9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;
10. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose;
11. trattamenti e visite psicologiche, visite pediatriche di controllo;
12. check-up clinici;
13. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
14. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

C – SINISTRI

C.1 ATTIVAZIONE DELLE STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE

Nel caso l'Assicurato volesse utilizzare la rete degli Istituti di Cura convenzionati fornita da Allianz S.p.A tramite Clinica Amica o volesse informazioni sulle prestazioni fornite dalla copertura assicurativa, dovrà contattare preventivamente Clinica Amica ai seguenti numeri telefonici e durante le seguenti fasce orarie:

- tel. 800 686868 dall'Italia - +39 011 7425500 dall'Estero
- operativo: dal lunedì al venerdì: h. 8.00-18.00 – sabato: h. 8.00-12.00

C.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura stessa, all'atto del ricovero, un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere, all'atto delle dimissioni, i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alle strutture convenzionate le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate, fatta eccezione per gli eventuali scoperti e/o franchigie di polizza previste per la prestazione richiesta, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura convenzionata, contestualmente al ricovero.

Al fine di usufruire delle prestazioni fornite dalle strutture convenzionate, l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/i medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute (dedotti gli eventuali scoperti e/o franchigie a carico dell'Assicurato stesso), coperte dalle garanzie di polizza.

Le strutture sanitarie non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza od eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Cessione dei diritti

In caso di pagamento diretto da parte della Società alla Struttura sanitaria, ogni diritto derivante all'Assicurato dalla presente polizza si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in favore della o delle Strutture sanitarie che fanno parte del servizio convenzionato Clinica Amica.

Il pagamento eseguito dalla Società in forza della presente cessione ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei confronti dell'Assicurato stesso.

C.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato dovrà spedire direttamente alla Società tutta la documentazione necessaria, accompagnata dal modulo di denuncia del sinistro, debitamente compilato e sottoscritto in originale, accludendo copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero e i certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni specialistiche.

La relativa documentazione dovrà essere inviata a:

- ALLIANZ S.p.A. – Polo Rimborso Spese Mediche Corporate – Via Vittorio Alfieri,22 10121 Torino – tel. n.011/5161511

L'Assicurato deve presentare denuncia alla Società al momento che ne abbia avuto la possibilità.

La documentazione dovrà essere possibilmente presentata entro 90 giorni dal termine della malattia, parto od infortunio, intendendosi come tale la data di effettuazione dell'ultima prestazione fatturata ammessa al rimborso.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società 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 pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, previa consegna alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei documenti di spesa, al fine di ottenere un rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. c)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche parzialmente convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi.

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

C.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva o di ticket sanitari, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro, debitamente compilato e sottoscritto in originale, corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale; qualora il ricovero sia di durata non superiore ai 7 giorni, è ammessa la presentazione della scheda nosologica.

Per i ricoveri e le prestazioni specialistiche effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in regime di libera professione intramuraria, con onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.2** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società" o **C.3** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società".

C.5 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA**A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società**

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, indica in calce alla comunicazione inerente la liquidazione del sinistro, l'aggiornamento dell'importo residuo del massimale ancora a disposizione nell'annualità assicurativa.

C.6 CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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 la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Rimane salva la facoltà delle Parti di adire l'Autorità Giudiziaria competente.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**NEUROCHIRURGIA**

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare e del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococchi epatici
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megaurettere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

INFORMATIVA PRIVACY

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti¹.

La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

UTILIZZO DEI DATI PERSONALI PER SCOPI ASSICURATIVI²

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti³ sono utilizzati da ALLIANZ S.p.A., da società del Gruppo ALLIANZ e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di:

- dare esecuzione al servizio assicurativo e/o fornirLe il prodotto assicurativo, nonché servizi e prodotti connessi o accessori, che ci ha richiesto;
 - ridistribuire il rischio mediante coassicurazione e/o riassicurazione;
- anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura di servizi e prodotti assicurativi da Lei richiesti.

Per i servizi e prodotti assicurativi abbiamo necessità di trattare anche dati "sensibili"⁴ strettamente strumentali all'erogazione degli stessi, come nel caso di perizie mediche per la sottoscrizione di polizze vita o per la liquidazione dei sinistri.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi e riassicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio.

Il Suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo ad ALLIANZ S.p.A. - Servizio Clienti – C.so Italia 23, 20122 Milano o al numero verde 800686868.

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi e i prodotti in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge, lo prevede ad esempio la disciplina antiriciclaggio.

MODALITÀ D'USO DEI DATI

I Suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi, i prodotti e le informazioni da Lei richieste anche mediante l'uso del fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza. Utilizziamo le medesime modalità anche quando comunichiamo per tali fini alcuni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del "responsabile" o dell'"incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo ALLIANZ o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici; autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza

¹ Art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. n°196/2003).

² Le finalità assicurative richiedono, come indicato nella raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002) 9, che i dati siano trattati, tra l'altro, anche per la prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi assicurative.

³ Altri soggetti che effettuano operazioni che La riguardano o che, per soddisfare una Sua richiesta, forniscono all'azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc.

⁴ Sono considerati sensibili i dati relativi, ad esempio, al Suo stato di salute, alle Sue opinioni politiche e sindacali e alle Sue convinzioni religiose (art.4, comma 1., lettera d) Codice in materia di protezione dei dati personali).

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Ras

per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri dipendenti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità delle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo ad ALLIANZ S.p.A. - Servizio Clienti – C.so Italia 23, 20122 Milano, numero verde 800686868, ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere, nonché informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del prodotto o servizio assicurativo richiesto e per la redistribuzione del rischio.

La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi.

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha, anche, il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento⁵.

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi ad ALLIANZ S.p.A. – Servizio Clienti, C.so Italia 23, 20122 Milano, numero verde 800686868, fax 02/72165028, e-mail privacy@allianz.it (il cui responsabile protempore è anche responsabile del trattamento).

Data _____ Nome, cognome (o Denominazione) e firma degli interessati per il consenso _____

Il sottoscritto dichiara inoltre che prima della conclusione del contratto ha ricevuto da Allianz S.p.A. la NOTA INFORMATIVA, redatta ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 123 D.Lgs. 17/3/1995 n. 175.

Data _____ Il Contraente _____

⁵ Questi diritti sono previsti dall'art.7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

Nota informativa al Contraente**Rami danni - Non Auto**

La presente Nota Informativa ha lo scopo di fornire al Contraente (persona fisica o giuridica che sottoscrive il contratto di assicurazione) tutte le informazioni necessarie, preliminari alla conclusione del contratto (contratto di assicurazione), secondo quanto previsto dall'art. 123 del Decreto Legislativo n. 175 del 17 Marzo 1995 (pubblicato sul Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 114 del 18 Maggio 1995).

La presente nota è redatta in Italia in lingua italiana, salva la facoltà del Contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

1**Denominazione sociale e forma giuridica della Società (Impresa assicuratrice)**

L'impresa assicuratrice è Allianz S.p.A.

Sede legale

Largo Ugo Imeri, 1 - 34123 TRIESTE (Italia)

Uffici:

Milano 20122 – Corso Italia, 23

Torino 10121 – Via Vittorio Alfieri, 22

Trieste 34123 – Largo Ugo Imeri, 1

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398.

Informazioni relative alla Società

2**Contratto di assicurazione**

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto.

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione, al verificarsi del sinistro, dell'assicuratore.

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi d'assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio può essere prevista l'applicazione di un'addizionale.

Legislazione applicabile al Contratto

La legislazione applicabile al Contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

La Società propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

Prescrizione dei Diritti derivanti dal Contratto

Ai sensi dell'art. 2952 C.C. "i diritti dell'Assicurato (soggetto nel cui interesse è stipulato il contratto) derivanti dal contratto si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Reclami in merito al Contratto

Qualora le parti scelgano di applicare al contratto la legislazione italiana, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

ALLIANZ S.p.A.

Servizio Clienti

Corso Italia 23 – 20122 MILANO (Italia)

Numero verde 800-686868

Fax 0272169145 - fax 0272165028

Indirizzo e-mail info@allianz.it

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia al seguente indirizzo:

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti,

Via del Quirinale, 21, 00187 ROMA

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

Nel caso invece in cui le parti scelgano di applicare al contratto una legislazione diversa da quella italiana, l'organo competente sarà quello eventualmente previsto dalla specifica legislazione.

Il Contraente potrà comunque rivolgersi all'ISVAP che faciliterà le comunicazioni ed i rapporti con il suddetto organo di vigilanza straniero.

3

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative alla Società e/o quelle relative al Contratto, la Società si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente, nonché fornire ogni necessaria precisazione.

Avvertenze

La presente nota è un documento che ha solo valore e scopo informativo e non già contrattuale e deve essere consegnata al Contraente prima della sottoscrizione di ogni contratto di assicurazione contro i danni.

Data la molteplicità delle tipologie di assicurazioni contro i danni, si raccomanda al Contraente di chiedere sempre al proprio intermediario assicurativo di fiducia qualsiasi ulteriore precisazione sul contratto prescelto e di leggerlo attentamente prima di sottoscrivere la polizza.

Informazioni in corso di contratto

Allianz S.p.A.