

Polizza Malattia, Tutela Legale e Assistenza

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Società: TUA Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "TUA BENESSERE – FORMULA AZIENDA"



Data di realizzazione: 01/03/2024 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

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, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Dati Societari:

TUA Assicurazioni S.p.A ha Sede Legale: Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano (Italia); sito internet: www.tuaassicurazioni.it; e-mail: info@tuaassicurazioni.it; pec: tuaassicurazioni@pec.it.

Autorizzazione all'esercizio dell'impresa:

Si informa che Allianz S.p.A. ha acquistato il controllo di TUA Assicurazioni S.p.A. e Tua Retail s.r.l.. Pertanto, tali società non fanno più parte del Gruppo Generali bensì appartengono al Gruppo Allianz.

Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano, Codice Fiscale e Partita IVA 02816710236 R.E.A. di Milano 1716504. Capitale Sociale Euro 23.160.630,00 (i.v.). Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Allianz S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 1041 del 20/11/1998, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 277 del 26/11/1998. Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00132 del 3/1/2008. Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi n. 018.

Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 158,1 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 23,2 milioni di euro – il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 141,3 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 94,4 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 42,5 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 181,1 milioni di euro (b)
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 176,3 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,92 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.tuaassicurazioni.it/chi-siamo/tua-assicurazioni

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti ulteriori informazioni relative alle diverse coperture previste.

L'Impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente e dei limiti di indennizzo indicati nella scheda di Polizza e/o nelle Condizioni di Assicurazione.

Esempio: la garanzia "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa" prevede un massimale pari a 1.000 euro per anno assicurativo.

Modulo PREVENZIONE:

L'Assicurato riceve una WELION CARD per effettuare, a tariffe agevolate presso tutte le strutture convenzionate, eventuali ulteriori esami a sua scelta con costi a suo carico, in aggiunta al programma di check-up indicato nel DIP.

Modulo DIAGNOSI:

Relativamente alla garanzia "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici", per le seguenti patologie:

- neoplasie maligne;
- infarto miocardico acuto;
- ictus cerebro vascolare;

le prestazioni e gli ulteriori controlli che dovessero essere effettuati entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto, possono essere effettuati anche senza la prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica.

Modulo CURA:

Per la garanzia "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery", sono coperte le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici sostenuti nei 120 giorni precedenti al ricovero o l'intervento chirurgico e le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, onorari dei medici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico. Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene elevato a 240 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

Sono inoltre in copertura le seguenti spese sostenute durante il ricovero: rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili), onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami.

Sono altresì sempre operanti le seguenti estensioni di garanzia:

- Diaria sostitutiva
- Spese per il trapianto d'organi
- Spese per apparecchi ed ausili
- Invio di un'ambulanza
- Spese per l'accompagnatore

Per la garanzia "Grandi interventi chirurgici" sono coperte le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche e onorari dei medici sostenuti nei 120 giorni precedenti al grande intervento chirurgico e le spese sostenute per accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, onorari dei medici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico. Per i trattamenti fisioterapici o rieducativi a seguito di ictus cerebrale, forme neurologiche degenerative e neuromiopatiche (quali ad esempio sclerosi multipla, sclerosi amiotrofica e morbo di Parkinson) il predetto termine viene elevato a 240 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico ambulatoriale.

Sono inoltre in copertura le seguenti spese sostenute durante il ricovero: rette di degenza, escluse le spese di comfort e/o relative a bisogni non essenziali e/o non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili), onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami.

Sono altresì sempre operanti le seguenti estensioni di garanzia:

- Diaria sostitutiva
- Spese per il trapianto d'organi
- Spese per apparecchi ed ausili
- Invio di un'ambulanza
- Spese per l'accompagnatore

Per la garanzia "Diaria da ricovero", si precisa che in caso di ricovero in terapia intensiva per almeno 3 giorni, con necessità di assistenza ventilatoria, in aggiunta alla diaria, sarà liquidata un'indennità forfettaria pari a 1.000 euro per testa assicurata.

Modulo CONVALESCENZA:

Per la garanzia "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa", la copertura è operante in caso di trattamenti terapeutici e riabilitativi eseguiti ambulatorialmente e non in regime di ricovero. Mentre i farmaci e pratiche non convenzionali in copertura sono le seguenti:

- agopuntura;
- osteopatia;
- chiropratica;
- medicina omeopatica;

purché prescritte da medico chirurgo abilitato all'esercizio della professione e riconosciuto dal SSN e praticate da

specializzato nella medicina alternativa interessata.

Sezione ASSISTENZA:

Per ciascuno Modulo, sono previste specifiche prestazioni di assistenza come di seguito indicato.

Modulo PREVENZIONE:

- Consulenza medica telefonica
- Consulenza medica specialistica telefonica
- Segnalazione di un medico specialista
- Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici
- Informazioni sanitarie e farmaceutiche

Modulo DIAGNOSI:

- Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici
- Medical second opinion
- Invio di un pediatra
- Informazioni utili a favore di partorienti
- Informazioni banca cellule staminali del cordone ombelicale
- Consulenza telefonica psicologica a seguito di diagnosi sfavorevole
- Segnalazione psicologo per sospetto mobbing

Modulo CURA:

- Invio di un medico generico
- Organizzazione visita pediatrica a domicilio
- Invio di un'ambulanza
- Trasporto in ambulanza dopo il ricovero di primo soccorso
- Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- Accompagnatore in caso di trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
- Monitoraggio del ricovero ospedaliero
- Assistenza presso istituto di cura (veglie)
- Assistenza per familiari non autosufficienti
- Invio di un autista
- Invio baby sitter
- Accompagnamento a scuola
- Accompagnamento attività extra-scolastiche
- Custodia animali domestici
- Segnalazione insegnante on-line
- Custodia del veicolo a seguito ricovero
- Protezione abitazione a seguito ricovero
- Organizzazione, trasferimento e soggiorno per grandi interventi o terapie
- Organizzazione, trasferimento e soggiorno in caso di ricovero del figlio nascituro
- Prolungamento del soggiorno
- Viaggio di un familiare
- Assistenza ai minori di anni 14
- Rientro anticipato
- Rientro sanitario
- Rientro sanitario con un familiare
- Rientro dell'Assicurato convalescente
- Rientro dei familiari
- Rientro familiari viaggiatori
- Telefarmacologia
- Interprete all'estero
- Invio medicinali, protesi e occhiali
- Anticipo spese di prima necessità

Modulo CONVALESCENZA:

- Assistenza Domiciliare Integrata
- Rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- Accompagnatore in caso di rientro dal centro ospedaliero attrezzato
- Invio infermiere a domicilio
- Ricerca fisioterapista convenzionato
- Servizio di fisioterapia a domicilio
- Servizi sanitari a domicilio
- Consegna farmaci
- Fornitura di attrezzature mediche
- Conciergerie per visite mediche o cicli di terapie
- Consulenza per adeguamento abitazione a seguito di invalidità permanente
- Trasporto della salma
- Autista a disposizione

- Invio baby sitter
- Invio dog sitter
- Accompagnamento a scuola
- Accompagnamento attività extra-scolastiche
- Segnalazione insegnante on-line
- Collaboratrice familiare
- Spesa a casa
- Pagamento utenze domiciliari
- Consulenza telefonica con nutrizionista
- Segnalazione personal trainer
- Pulizia e riassetto dell'abitazione

Sezione TUTELA LEGALE:

Sono in copertura le spese legali, peritali, di giustizia, processuali e di indagine che non possono essere pretese nei confronti della controparte, che servano agli Assicurati, nell'ambito dei casi assicurati indicati nelle Condizioni di Polizza.

Si garantiscono:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza;
- compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da D.A.S.;
- spese di soccombenza poste a carico dell'Assicurato;
- spese di esecuzione forzata fino a due tentativi per sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria;
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- compensi dei periti;
- spese di giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale;
- spese legali per l'intervento di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<p>Alta Diagnostica (Modulo DIAGNOSI)</p>	<p>La garanzia prevede il pagamento diretto, o il rimborso, delle spese sanitarie sostenute per le prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, elencate in Polizza, indipendenti da ricovero o intervento chirurgico, per malattia o infortunio.</p> <p>Per le seguenti patologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neoplasie maligne; • infarto miocardico acuto; • ictus cerebro vascolare; <p>le prestazioni e gli ulteriori controlli che dovessero essere effettuati entro 5 anni dal primo intervento, o dall'intervento di recidiva, effettuato durante la validità del contratto, possono essere effettuati anche senza la prescrizione medica relativa alla prestazione diagnostica.</p>
<p>Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare (Modulo CURA)</p>	<p>Nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ictus; • infarto; • malattia oncologica; • malattie rare; • oppure versi in uno stato di coma; <p>è previsto il rimborso delle spese sostenute e certificate dall'Assicurato, non strettamente di natura sanitaria; l'organizzazione di trasferimenti e soggiorni per cicli di terapie; la copertura del test "FoundationOne CDx e FoundationOne Liquid CDx" per la profilazione genomica delle malattie oncologiche.</p>
<p>Coma, ictus, infarto, malattie oncologiche, malattie rare (Modulo CONVALESCENZA)</p>	<p>Nel caso in cui all'Assicurato venga diagnosticata una delle seguenti patologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ictus; • infarto; • malattia oncologica; • malattie rare; • oppure versi in uno stato di coma; <p>è previsto il rimborso delle spese sostenute e certificate dall'Assicurato, non strettamente di natura sanitaria; l'organizzazione di trasferimenti e soggiorni per cicli di terapie.</p>

Prestazioni organizzative di servizio (Modulo CONVALESCENZA)	<p>Sono in copertura le seguenti prestazioni organizzative di servizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infermiere a domicilio; • Servizio di fisioterapia a domicilio; • Autista a disposizione; • Accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia.
--	---



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<p>Sezione SALUTE: Oltre a quanto indicato nel DIP, l'assicurazione non è operante per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la diagnosi e la cura della sterilità e dell'impotenza (salvo la cura dell'idrocele e del varicocele con un limite di 800 euro per sinistro, e per tutta la durata della copertura assicurativa, comprese eventuali sostituzioni), e le procedure per la fecondazione assistita; • i vaccini e/o i medicinali correlati a prestazioni di routine; • i trattamenti medici o chirurgici non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali), quelli non effettuati da medici o parametrici abilitati all'esercizio dell'attività professionale; • i farmaci non compresi nella categoria "<i>medicinali</i>" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici; • le spese relative a prestazioni di logopedia, salvo il caso in cui siano rese necessarie da ictus e/o, siano conseguenza di traumi o interventi chirurgici all'encefalo e nervi cranici • le prestazioni aventi finalità estetica, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze, salvo i casi di: <ul style="list-style-type: none"> - interventi di chirurgia bariatrica, nei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea superiore a 40) insorti in vigenza di Polizza; - interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio (è esclusa in ogni caso la manutenzione delle protesi); <p>ferme le esclusioni indicate al secondo punto nel DIP circa le prestazioni sanitarie, le cure, gli interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni o difetti fisici;</p> <ul style="list-style-type: none"> • check-up di medicina preventiva, salvo quanto previsto all'art. SPR3 "Check-up"; • terapie e cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché del paradonto, con o senza intervento chirurgico, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio, effettuate in regime di ricovero, day hospital, intervento ambulatoriale; • i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio; • le patologie e le intossicazioni causate da intossicazione cronico alcolica, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; • gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi, legati ai disturbi d'identità sessuale; • le prestazioni finalizzate alla prevenzione delle patologie familiari; • ricoveri in case di terapie termali, centri idroterapici, centri del benessere, dietologici, ricoveri in case di riposo, case di soggiorno e di convalescenza; restano compresi i ricoveri nelle case di convalescenza, salvo quanto indicato all'art. SP2 "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa" se acquistato; • le spese non direttamente inerenti alla cura o l'intervento, quali ad esempio per televisione, bar, e simili; • le protesi in genere nonché l'acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici, salvo quanto espressamente indicato agli artt. SC2 e SC5 "Estensioni sempre operanti - base" (rispettivamente per la garanzia "a) Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" e per la garanzia "b) Grandi interventi chirurgici") alla voce "Spese per apparecchi ed ausili"; • day hospital a finalità diagnostica, non direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, salvo se acquistate le garanzie di cui agli artt. SD1 "Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici" e art. SD2 "Alta diagnostica"; • le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; <p>Sono inoltre esclusi gli infortuni causati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanza allucinogene; • da azioni o comportamenti direttamente correlati a: epilessia e sintomi epilettoidi, AIDS, sieropositività da HIV, Parkinson, Alzheimer; • guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
-----------------------	--

- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- pratica di sport pericolosi come: arti marziali, rugby, pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano; sport con autoveicoli, motoveicoli, natanti a motore o motonautici, a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura; sport aerei compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo compreso lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece se effettuati ai margini delle piste da sci battute), motoslitta, guidoslitta, bob (salvo piccole slitte carenate con fondo piatto per bambini), arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo; uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti con cascate, rafting (eccetto quando sia presente un istruttore); gli sport cosiddetti "estremi" (ad esempio: canyoning, bungee jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed); body bulding/culturismo, intesi come ginnastica associata all'uso di integratori alimentari e farmacologici (non rientra in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche).
L'indicazione degli sport è esemplificativa e non limitativa.
L'esclusione ne comprende anche altri non qui elencati, ma riconosciuti come altamente pericolosi.
- pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, e/o relativi allenamenti, o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;

e gli infortuni:

- subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- accaduti ad assicurati soggetti a malattie mentali, disturbi psichici in genere e comportamenti nevrotici;
- accaduti durante lo svolgimento del servizio militare volontario per mobilitazione.

L'assicurazione infine non è operante per:

- le prestazioni successive alla data di scadenza, o di anticipata cessazione della Polizza, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante il periodo di validità della garanzia
- le conseguenze di guerra o di guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale, qualsiasi atto di terrorismo, se l'Assicurato ne ha preso parte attiva, l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
- inondazioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocata dall'accelerazione artificiale delle particelle atomiche;
- le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- le malattie e gli infortuni conseguenti ad azioni delittuose o comunque dolose compiute o tentate dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti, nonché le imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana.

Sezione ASSISTENZA:

Sono esclusi dalle prestazioni i sinistri causati o dipendenti dai casi sotto indicati:

- dolo dell'Assicurato;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della Polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;
- le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- espianto e/o trapianto di organi;
- ricerca o soccorso in mare, montagna, deserto;
- guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di

	<p>particelle atomiche;</p> <ul style="list-style-type: none"> • scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo; • nei paesi in cui sia in vigore lo stato di guerra, dichiarata o di fatto. <p>Sezione TUTELA LEGALE: Sono esclusi i rischi relativi a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • materia fiscale o amministrativa; • attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dagli Assicurati, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici; • fatti dolosi commessi dalle persone assicurate; • esercizio da parte degli Assicurati della professione o attività medica o di operatore sanitario; • prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva; <p>È escluso il rimborso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite; • compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale; • compensi dell'avvocato domiciliatario se non indicato da D.A.S.; • spese per l'indennità di trasferta; • spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro; • spese dell'organismo di mediazione quando la mediazione non è obbligatoria; • imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia; • multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere; • spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali; • spese non concordate con D.A.S.; • in caso di domiciliazione ogni duplicazione di onorari. <p>Sono escluse le vertenze relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive; • fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme; • proprietà, guida o circolazione di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche; • fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente; • adesione ad azioni di classe (class action).
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si indicano di seguito le limitazioni di garanzia delle sezioni/moduli presenti in Polizza.

Si precisa che per le prestazioni SALUTE valide all'estero, è prevista l'applicazione dello scoperto indicato nelle Condizioni di Polizza.

Modulo PREVENZIONE:

Check up: se non presente una struttura convenzionata nel raggio di 25 km dalla residenza dell'Assicurato, le prestazioni potranno essere effettuate presso qualsiasi struttura con richiesta di rimborso della spesa sostenuta fino ad un massimo di 100 euro.

Modulo DIAGNOSI:

Per le garanzie del presente modulo, prevista applicazione dello scoperto e minimo indicati in Polizza in caso di rimborso delle spese sostenute presso istituti di cura non convenzionati (si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia).

Modulo CURA:

Per le garanzie "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" e "Grandi interventi chirurgici", prevista applicazione dello scoperto e del minimo indicati in Polizza in caso di rimborso delle spese sostenute presso istituti di cura non convenzionati. Tali presidi sono operanti anche per le estensioni di garanzia come indicato nelle Condizioni di Polizza (si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia).

Per le garanzie "Ricoveri, interventi chirurgici, day hospital e day surgery" e "Grandi interventi chirurgici", prevista applicazione dell'eventuale franchigia scelta ed indicata in Polizza. Tale franchigia è operante anche per le estensioni di garanzia come indicato nelle Condizioni di Polizza;

Per l'estensione sempre operante "Diaria sostitutiva" sono esclusi gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, la lungodegenza (RSA) per le cure di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Per l'estensione sempre operante "Spese per l'accompagnatore", la garanzia è prestata solamente se l'Assicurato è minore di 18 anni per i seguenti interventi chirurgici:

- interventi su tonsille e adenoidi, appendici, emorroidi, varici, ernie, cataratta;
- parto cesareo;
- parto naturale.

Modulo CONVALESCENZA:

La garanzia "Diaria da convalescenza" non opera per interventi a tonsille, vegetazioni adenoidi, parto non cesareo e malattie dipendenti da gravidanza. La garanzia non è operante qualora la degenza sia avvenuta in regime di day hospital.

Per la garanzia "Trattamenti fisioterapici, riabilitativi e medicina alternativa", è prevista l'applicazione dello scoperto indicato in Polizza in caso di rimborso delle spese sostenute presso istituti di cura non convenzionati (si precisa che lo scoperto non viene applicato nei casi in cui la prestazione venga erogata in regime di intramoenia).

Sezione ASSISTENZA:

Per le prestazioni di Assistenza, previsto limite massimo di erogabilità indicato nelle Condizioni di Polizza.

Le prestazioni di Assistenza sono organizzate dalla Struttura Organizzativa con costi a carico della Società entro i massimali indicati nelle Condizioni di Polizza. Qualora parte o tutto il costo della prestazione rimanga a carico dell'Assicurato, è esplicitato all'interno di ogni singolo articolo.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

Sezione SALUTE:

- Per effettuare le prestazioni di Check-up, l'Assicurato potrà prenotare direttamente presso la struttura prescelta, comunicando il pacchetto prescelto ed il relativo codice, e contattando successivamente la Centrale Operativa Benessere che dovrà autorizzare la prestazione inviando conferma di presa in carico diretta.
- Per beneficiare delle garanzie che prevedono il pagamento diretto presso gli istituti di cura convenzionati, l'Assicurato, o i suoi familiari, dovranno preventivamente contattare telefonicamente la Centrale Operativa Benessere indicando la prestazione di cui intende usufruire o accedere al Portale Gestione Sinistri ed inserire la richiesta di prestazione.
- Per beneficiare delle garanzie che prevedono il rimborso delle spese sostenute o per richiedere le indennità e diarie previste in Polizza, l'Assicurato dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla Centrale Operativa Benessere o accedendo al Portale Benessere per inserire la richiesta di rimborso spese e caricare la documentazione richiesta.

Recapiti Centrale Operativa Benessere: dall'Italia al numero verde 800.833.800, dall'estero al numero 02 24 128 693.

Link Portale Benessere: <https://benessere.gruppocattolica.it/tua>

Sezione ASSISTENZA e Prestazioni organizzative all'interno della sezione SALUTE:

L'Assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, che interviene direttamente o ne deve autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Recapiti Struttura Organizzativa: dall'Italia al numero verde 800.833.800, dall'estero al numero 02 24 128 693.

Sezione TUTELA LEGALE:

L'Assicurato deve:

- denunciare immediatamente alla Società e/o D.A.S. qualsiasi sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza. La denuncia del sinistro deve pervenire alla Società e/o D.A.S. nel termine massimo di 24 mesi dalla data di cessazione del contratto e, in ogni caso, nel rispetto del termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.
- Nel caso in cui la presente Polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una Polizza precedente della Società, il termine di denuncia dei sinistri decorre per tutte le polizze dalla data di scadenza della Polizza più recente;
- informare immediatamente la Società e/o D.A.S. in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro;
- fornire le prove e argomentazioni per permettere ad D.A.S. di valutare la copertura assicurativa delle spese della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni.
- restituire le spese che sono state anticipate da D.A.S. quando ha diritto di recuperarle dalla

	<p>controparte.</p> <p>L'ASSICURATO PUO' DENUNCIARE I NUOVI SINISTRI UTILIZZANDO: Numero verde: 800 833 800 Numero dall'estero: +39 02 24 12 86 93; Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00. Oppure scrivendo all'indirizzo E-mail: sinistri@das.it.</p> <p>I medesimi contatti possono essere utilizzati per la successiva gestione del sinistro.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato può scegliere di avvalersi di istituti di cura convenzionati con la Società:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sul territorio nazionale: circuito "Generali Welion S.c.a.r.l."; • all'estero: Rete internazionale; <p>gli elenchi sono visibili sul sito istituzionale della Società.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione delle prestazioni di ASSISTENZA e delle prestazioni organizzative della sezione SALUTE è affidata a IMA Servizi Scarl, Società di servizi, Piazza Indro Montanelli, 20 – 20099 Sesto San Giovanni (MI.)</p> <p>La gestione dei sinistri TUTELA LEGALE è affidata dalla Società a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. - Via Enrico Fermi 9/B – 37135 Verona (VR)</p> <p>Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non ci sono indicazioni aggiuntive rispetto a quanto indicato nel DIP.
Obblighi dell'impresa	<p>Sezione SALUTE: Per le garanzie che prevedono il rimborso delle spese sostenute o il riconoscimento di una indennità o diaria, la Società, ricevuta tutta la documentazione richiesta, verifica l'indennizzabilità entro 30 giorni lavorativi dalla data di ricevimento della denuncia, nel caso la documentazione medica presentata risulti esaustiva. In caso contrario, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato e il termine di 30 giorni lavorativi decorrerà nuovamente dal ricevimento della documentazione completa. Una volta accertata l'indennizzabilità, la Società provvederà al pagamento entro 10 giorni lavorativi. Nel caso in cui la Società non ritenga indennizzabile il sinistro, ne darà comunicazione all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dall'accertamento.</p> <p>Sezione TUTELA LEGALE: La Società, tramite D.A.S., può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e senza che la Società/ D.A.S. assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista. Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, D.A.S. rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento. Il pagamento delle spese garantite avviene entro il termine di 30 giorni dalla ricezione della documentazione prevista in Polizza, previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>E' possibile il frazionamento del premio. Il frazionamento comporta un aumento del premio imponibile come di seguito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rateazione semestrale, quadrimestrale o trimestrale: aumento del 3% <p>Presso gli intermediari abilitati è disponibile anche la rateazione mensile con addebito su carta di credito con un aumento del premio imponibile fino al 3%.</p>
Rimborso	Nelle circostanze previste da contratto, potrebbe verificarsi il caso che la Società debba restituire al Contraente o all'Assicurato una parte del premio, quando esso risulti pagato ma non goduto per la durata totale della copertura.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>In aggiunta alle indicazioni fornite nel DIP Danni, si precisa che la copertura assicurativa decorre:</p> <ul style="list-style-type: none"> dalle ore 24 del giorno del pagamento per gli Infortuni verificatisi dopo la data di sottoscrizione del contratto; dal 30° giorno successivo a quello del pagamento per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto; per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza; dal 30° giorno successivo a quello del pagamento per la Malattia COVID 19 insorta dopo la sottoscrizione del contratto; dal 180° giorno successivo a quello del pagamento per le conseguenze di malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla sottoscrizione del contratto; dal 300° giorno successivo a quello del pagamento per il parto e l'aborto terapeutico.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni, per i contratti poliennali di durata superiore a 5 anni, per i quali è stato applicato lo sconto così come previsto dall'art. 1899 c.c., il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto alla scadenza annuale, purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.



A chi è rivolto questo prodotto?

Alle persone giuridiche o enti (in qualità di Contraente) che vogliono tutelare la salute dei lavoratori, dirigenti, collaboratori, soci e associati della propria azienda o ente (in qualità di Assicurati trattati di persone fisiche) in caso di malattia o infortunio o fornire la possibilità di beneficiare di un sostegno economico nel caso in cui venisse a mancare lo stato di benessere fisico e mentale per un periodo tale da comprometterne l'autosufficienza economica.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	23,0 %
----------------	--------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto a TUA al seguente indirizzo:</p> <p>Tua Assicurazioni S.p.A. Servizio Clienti Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano ; E-mail: reclami@tuaassicurazioni.it</p> <p>Indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente, numero di Polizza e nominativo del Contraente, numero e data del sinistro, indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. La Società invierà risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
----------------------------------	---

All'IVASS	<i>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</i>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.</i>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Sezione SALUTE: Se tra la Società e l'Assicurato insorgono eventuali controversie di natura medica, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici. L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali. Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato. Il collegio medico può, se lo ritiene opportuno, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta, anche solo a maggioranza, dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte il cui perito, anche dissenziente, non l'abbia sottoscritta. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo medico. Resta fermo il diritto dell'Assicurato di rivolgersi all'autorità giudiziaria per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo senza sottoporre le stesse ad alcun arbitrato.</p> <p>Sezione TUTELA LEGALE: In caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Assicurato e D.A.S., la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</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.