

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

Se è assicurato un soggetto diverso dal Contraente, tutte le informazioni presenti in questo documento sono riferite a tale soggetto.

Che tipo di assicurazione è?

Polizza Salute Fideuram prevede il rimborso o il pagamento diretto delle spese mediche sostenute a seguito di malattia o infortunio. Può essere sottoscritta esclusivamente da chi è titolare di un conto corrente presso Fideuram S.p.A.

Le garanzie vengono prestate a tuo favore (Contraente) e delle persone del tuo nucleo familiare che hai indicato come "persona assicurata" sul modulo di polizza.



Che cosa è assicurato?

Coperture assicurative base:

SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

- ✓ Spese sanitarie che hai sostenuto nei 90 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi al ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura purché legati alla malattia o all'infortunio che ha determinato il grande intervento chirurgico
- ✓ spese sanitarie che hai sostenuto durante il ricovero per:
 - ✓ onorari dell'equipe medica
 - ✓ diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi
 - ✓ rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici
 - ✓ vitto e pernottamento dell'accompagnatore in istituto di cura o in struttura alberghiera, se non disponibile una struttura ospedaliera.

Le prestazioni previste dalla copertura assicurativa Grandi Interventi Chirurgici ti saranno pagate fino ad una somma massima di € 750.000.

SEZIONE GARANZIE STANDARD:

- ✓ Spese sostenute prima di un ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale purché ad essi inerenti, per:
 - ✓ visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti specialistici effettuati nei 60 giorni precedenti
 - ✓ trasporto con ambulanza all'istituto di cura
- ✓ spese sostenute durante un ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale, per:
 - ✓ rette di degenza
 - ✓ onorari dell'equipe medica che effettua l'intervento chirurgico, diritti di sala operatoria e materiale d'intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi applicati durante l'intervento o da applicarsi, per necessità medica, in un momento successivo all'intervento stesso
 - ✓ assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali e accertamenti diagnostici
 - ✓ trasporto, in caso di urgenza certificata, con qualsiasi mezzo da un luogo di cura all'altro
 - ✓ vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura
 - ✓ cure e protesi dentarie



Che cosa non è assicurato?

La polizza non ti copre per:

- ✗ conseguenze di infortuni avvenuti prima della sottoscrizione della polizza e conseguenze, ricadute o recidive di malattie in atto o preesistenti alla stipula del contratto
- ✗ malformazioni congenite, malattie genetiche o difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto
- ✗ infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla tua partecipazione a gare motoristiche e alle relative prove, dalla pratica di sport in genere a titolo professionale
- ✗ infortuni subiti a causa della tua partecipazione ad atti di terrorismo o atti di guerra
- ✗ infortuni derivanti da stato di ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci
- ✗ le prestazioni sanitarie e la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e loro conseguenze e complicanze
- ✗ le prestazioni sanitarie e le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere
- ✗ le prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità, impotenza, fecondazione assistita
- ✗ paradontopatie, cure e protesi dentarie non conseguenti a neoplasia maligna o infortunio comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico
- ✗ prestazioni aventi finalità estetiche, dietologiche e fitoterapiche o malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti, dietetiche, chirurgia bariatrica, cure termali
- ✗ aborto volontario non terapeutico
- ✗ occhiali e lenti a contatto, interventi o cure per correggere o eliminare vizi di rifrazione (miopia, ipermetropia, astigmatismo)
- ✗ conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati da parte tua, guerre ed insurrezioni, contaminazione biologica o chimica connessa ad atti di terrorismo o atti di guerra, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo e accelerazioni di particelle atomiche (salvo quelle subite come paziente durante applicazioni radioterapiche), partecipazione ad imprese di carattere eccezionale
- ✗ accertamenti diagnostici, psicoterapia, terapie mediche e chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale
- ✗ prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle effettuate da medici o paramedici non abilitati all'esercizio dell'attività professionale.

Non sei assicurabile se, quando comincia la copertura assicurativa:

- ✗ hai già compiuto 70 anni
- ✗ sei alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o sindromi correlate.

- ✓ spese sostenute nei 120 giorni successivi al ricovero, day hospital, day surgery o intervento chirurgico ambulatoriale purché ad essi inerenti, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti specialistici.

Le prestazioni previste dalla copertura assicurativa Garanzia Standard ti saranno pagate fino ad una somma massima di € 750.000 per anno assicurativo e per persona assicurata.

Coperture assicurative opzionali, a condizione di aver acquistato la copertura assicurativa Garanzia Standard:

SEZIONE GARANZIE PLUS:

Visite specialistiche
Accertamenti diagnostici
Esami da laboratorio
Trattamenti riabilitativi prescritti dal medico dopo un infortunio

SEZIONE GARANZIE ACCESSORIE:

Tutela legale
Prestazioni di tele salute
Assistenza viaggi
Assistenza domiciliare

Inoltre, non sei più assicurabile se le medesime condizioni si verificano successivamente all'inizio delle coperture.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Se per le prestazioni coperte dalla polizza utilizzi strutture e/o medici non convenzionati, ti viene rimborsato il 70% delle spese sostenute
- ! in caso di trasporto dell'Assicurato con ambulanza all'istituto di cura, riceverai un rimborso spese massimo di € 3.000 per anno assicurativo.
- ! in caso di trasporto urgente dell'Assicurato da un luogo di cura all'altro, con qualsiasi mezzo, riceverai un rimborso spese massimo di € 3.000 per anno assicurativo
- ! la copertura Rette di degenza non comprende le spese per telefono, tv e generi di conforto
- ! la copertura Vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura è valida fino a un massimo di 30 giorni per anno assicurativo e fino a un massimo a € 100 al giorno
- ! è previsto un rimborso spese massimo di € 1.500 per il parto cesareo o non cesareo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le coperture sono valide in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportino un aggravamento del rischio assicurato. Se non lo fai, puoi compromettere il tuo diritto alla prestazione assicurativa
- In caso di evento dannoso coperto dall'Assicurazione (sinistro), devi presentare la denuncia entro 10 giorni da quando ne sei venuto a conoscenza con comunicazione scritta completa della documentazione richiesta.



Quando e come devo pagare?

Il premio, comprensivo di imposte, è addebitato annualmente o mensilmente su un tuo conto corrente presso Fideuram S.p.A. Se scegli l'addebito mensile non paghi interessi di frazionamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le coperture iniziano dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo di Adesione quale *data di decorrenza*, se il premio è stato pagato; se invece paghi il premio dopo la *data di decorrenza*, le coperture iniziano dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Le coperture hanno durata triennale (o più breve solo nel caso in cui la polizza emessa in sostituzione di un'altra stipulata con Intesa Sanpaolo Assicura). In mancanza di disdetta, la durata delle coperture è prorogata per un ulteriore anno e così successivamente ad ogni ricorrenza annuale (tacito rinnovo) fino al terzo anno, al termine del quale cessano senza che tu debba darne disdetta, con possibilità di rinnovo della polizza per un ulteriore anno.

Se alle successive ricorrenze non paghi il premio, la polizza resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo alla ricorrenza. Se successivamente paghi il premio, la polizza viene riattivata dalle ore 24 del giorno di pagamento. Trascorsi sei mesi dalla ricorrenza, se non hai pagato il premio, la polizza termina.



Come posso disdire la polizza?

Se hai acquistato la polizza con una delle modalità di vendita a distanza (Internet Banking) e ci ripensi, puoi recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data in cui cominciano le coperture, senza penali e senza indicare il motivo, e ottenere la restituzione del premio al netto delle imposte.

Puoi recedere dalla polizza dandone disdetta entro 30 giorni dalla ricorrenza annuale, inviando una richiesta scritta tramite lettera raccomandata A/R alla Compagnia oppure rivolgendoti alla filiale con la quale intrattieni il tuo rapporto bancario.