



W SALUTE

di Alleanza

**Contratto di assicurazione per la copertura
del bisogno di protezione e cura della persona**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aggiornamento al 13 febbraio 2023

Le presenti condizioni di assicurazione, unitamente al Documento informativo precontrattuale (DIP) e al Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni) devono essere consegnate al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

**Un contratto semplice e chiaro:
Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico
“Contratti Semplici e Chiari” coordinato dall’ANIA.**

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano - Tel. +39 02 40824111
www.alleanza.it

Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi n. 10908160012 - Partita IVA n. 01333550323
Pec: alleanza@pec.alleanza.it - Società iscritta all’Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all’attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell’Albo dei gruppi assicurativi.



Gentile Cliente,

WSalute di Alleanza è una polizza assicurativa pensata per aiutarti a prendere cura della tua salute e della salute dei tuoi cari.

WSalute di Alleanza prevede la **Soluzione 1 – Cure Mediche** e, facoltativamente per ciascun Assicurato, la **Soluzione 2 – Cure Dentarie**.

Al momento della sottoscrizione, ciascun Assicurato riceve la **WSalute di Alleanza Card**, la card personale messa a disposizione tramite Generali Welion e che permette di accedere alle prestazioni e ai servizi previsti dalla polizza.

WSalute di Alleanza prevede la possibilità di accedere a cure mediche mediante la presa in carico diretta dei costi. Ciò significa che Alleanza provvede al pagamento, direttamente alla struttura del Network Sanitario Welion, delle spese del ricovero, della prestazione diagnostica ad alta specializzazione o della visita odontoiatrica con contestuale pulizia dei denti (se prevista dalla soluzione sottoscritta).

Per tutte le prestazioni che non prevedono la presa in carico diretta da parte di Alleanza, l'Assicurato può usufruire di tariffe agevolate recandosi presso le strutture convenzionate nel Network Sanitario Welion (→ DEFINIZIONI) e del Network Odontoiatrico Welion (→ DEFINIZIONI), se la soluzione acquistata lo prevede.

L'Assicurato può infine usufruire di una serie di ulteriori servizi: Consulenza medica telefonica (Teleconsulto), Second Opinion e un Mini Check up di prevenzione gratuito all'anno.

Le presenti Condizioni di assicurazione contengono l'insieme delle norme che disciplinano il contratto di assicurazione e sono composte da cinque differenti parti:

- DEFINIZIONI
- SEZIONE 1 - NORME COMUNI
- SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI
- SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
- SEZIONE 4 - ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI

Per facilitarti la lettura del documento, abbiamo utilizzato i seguenti strumenti grafici:

- **AVVERTENZE:** per richiamare la tua attenzione a prendere consapevolezza di particolari regole;
- **Carattere grassetto:** per dare maggior risalto al testo che devi leggere con particolare attenzione;
- Box con esempi:



Per aiutarti a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento della prestazione o del servizio.

- (→ DEFINIZIONI): per ricordarti che il termine ha il significato descritto nelle Definizioni.

Ti ricordiamo che per l'attivazione di tutte le prestazioni e i servizi, tu o l'Assicurato, potete contattare la Centrale Operativa di Welion o la Struttura Organizzativa di Europ Assistance ai seguenti recapiti:

Numero Verde **800 387 590** per chiamate **dall'Italia**
Numero **02 82954678** per chiamate **dall'estero**

In alternativa, tu o l'Assicurato, potete accedere alla Sezione "Apri un sinistro" dell'Area Clienti presente sul sito **www.alleanza.it**.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Ed. 223 - Aggiornamento al 13/02/2023)

DEFINIZIONI

Alcolismo -Tossicodipendenza

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;



Sostanza: si intendono farmaci, alcol, droghe.

- 2) Desiderio persistente o tentativi senza successo di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 3) Viene dedicata una grande quantità di tempo in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti;
- 4) Forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo in ambito lavorativo, scolastico, familiare;
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o aggravati dagli effetti della sostanza;
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;
- 8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- 9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o aggravato dalla sostanza;
- 10) Tolleranza alla sostanza, definita come:
 - a. il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
 - b. un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza.
- 11) Astinenza alla sostanza definita come:
 - a. un malessere psico-fisico quando si tenta di ridurre l'uso della sostanza stessa; e/o
 - b. quando si è costretti ad una prolungata astinenza (per esempio assenza della sostanza per motivi economici).

Anamnesi prossima

Documenti sanitari inerenti alla patologia oggetto della prestazione. L'anamnesi deve essere datata e dettagliata.

Anamnesi remota

Storia cronologica delle malattie, traumi e interventi sofferti nel passato. L'anamnesi deve essere datata e dettagliata.

Annualità assicurativa

La prima annualità assicurativa coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale.

Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra due consecutive ricorrenze annuali del contratto.

In caso di frazionamento, per ciascuna annualità è previsto il versamento di dodici premi ricorrenti mensili.

Aspettativa

Periodo di tempo, trascorso il quale, la garanzia diviene operante.

Assicurato

Persona fisica residente in Italia o nella Repubblica di San Marino, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del versamento di un premio, si obbliga a rivalere l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana (articolo 1882 del Codice Civile).

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Insieme di trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi integrati con servizi socio-assistenziali e di supporto familiare.

Atto terroristico

Atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.

Care Manager

Infermiere professionista che provvede in particolare all'individuazione e al coordinamento dei servizi di ADI per l'Assicurato.

Cartella Clinica

Documento ufficiale ed atto pubblico compilato durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa

Struttura di GENERALI WELION S.C.A.R.L. che, in virtù di specifica convenzione, gestisce, per conto e con costi a carico di Alleanza, il contatto con l'Assicurato per l'organizzazione e l'accesso alle prestazioni sanitarie e ai servizi garantiti dal contratto, nei casi, con le modalità ed entro i diversi limiti nello stesso previsti.

Contraente

Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Day Hospital

Il Day Hospital o ricovero diurno è una forma di assistenza, che permette al paziente di usufruire di cure ospedaliere nell'arco di uno o più ricoveri programmati (tutti di durata inferiore a un giorno e senza pernottamento).

Day Surgery

Intervento chirurgico effettuato in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.

Generali Welion S.C.A.R.L

Società del Gruppo Assicurativo Generali, definita all'interno delle presenti Condizioni di assicurazione come Welion.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Intervento ambulatoriale

Intervento di chirurgia effettuato senza degenza da medico chirurgo e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post intervento.

Intervento chirurgico

Intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con l'Assistenza Sanitaria Sociale e/o private, regolarmente autorizzate al ricovero dei malati, esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, i Centri Benessere in genere e le Beauty Farm o istituti assimilabili.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale

Importo massimo pagato da Alleanza per Assicurato e per annualità assicurativa.

Medico Convenzionato

Medico a capo di un'équipe, che ha sottoscritto l'accordo di convenzionamento con Welion. Se il primo medico/operatore non è convenzionato, di conseguenza l'intera équipe è ritenuta non convenzionata. Se il capo équipe è convenzionato deve provvedere affinché tutti i componenti dell'équipe rispettino le norme e le tariffe di convenzione. In caso contrario l'intera équipe sarà considerata non convenzionata.

Network Odontoiatrico Welion

L'insieme degli studi dentistici e degli studi odontoiatrici convenzionati con, o per il tramite di Welion, ai quali l'Assicurato deve rivolgersi per poter usufruire delle prestazioni odontoiatriche previste dalla polizza.

Network Sanitario Welion

L'insieme delle strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura e Centri Diagnostici) e dei medici convenzionati con Welion, esclusi studi dentistici e studi odontoiatrici (Network Odontoiatrico Welion), ai quali l'Assicurato può rivolgersi per usufruire delle prestazioni sanitarie previste dalla polizza.

Pagamento diretto

È il servizio che prevede il pagamento delle spese mediche da parte di Alleanza direttamente alla struttura del Network Sanitario Welion o del Network Odontoiatrico Welion, scelta dall'Assicurato.

Sono escluse dal pagamento diretto eventuali richieste di rimborso per pagamenti effettuati direttamente dall'Assicurato, spese espressamente escluse (vedi sezione **esclusioni contrattuali**) e spese NON espressamente indicate negli **Artt. S1.1 e S1.2 e S2.1 della SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI**.

Il pagamento diretto deve essere obbligatoriamente autorizzato dalla Centrale Operativa e confermato all'Assicurato via e-mail e sms.

Polizza

Documento che prova e disciplina il contratto di assicurazione.

Premio

Importo che il Soggetto Pagante versa ad Alleanza.

Primo premio/Prima rata di premio

Premio annuale o Premio mensile di perfezionamento versato al momento della sottoscrizione del contratto.

Proposta

Modulo sottoscritto dal Contraente in qualità di proponente, con il quale manifesta ad Alleanza la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche, alle dichiarazioni, informazioni ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario Sanitario

Elenco di domande sullo stato di salute dell'Assicurato che Alleanza utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione. Il documento è parte integrante della proposta e deve essere compilato e sottoscritto solamente dai soggetti di età pari o superiore a 18 anni.

Recesso

Diritto del Contraente e di Alleanza di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Ricovero

Ai fini del seguente contratto, per Ricovero si intende il Ricovero con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e Day Surgery.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Soggetto Pagante

Soggetto che si impegna al pagamento del premio dovuto a Alleanza. Può coincidere o meno con il Contraente.

Struttura Organizzativa

Struttura di Europ Assistance Vai S.p.A. - Via Crema n. 34 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non), in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno entro i diversi limiti previsti dal contratto, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza.

Visita specialistica

Visita effettuata da un medico Specialista a scopo di diagnosi o per la prescrizione di terapie. La Specializzazione del medico deve essere inerente alla malattia o all'infortunio denunciati.

SEZIONE 1 - NORME COMUNI



Che cosa è assicurato?

Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

WSalute di Alleanza è una polizza assicurativa che risponde ai bisogni di protezione della persona e che tutela il Contraente/Assicurato (→ DEFINIZIONI) dal rischio di dover sostenere delle spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da Infortunio (→ DEFINIZIONI), Malattia (→ DEFINIZIONI) o Parto Cesareo dell'Assicurato.

Le garanzie per le spese mediche sono prestate esclusivamente mediante la presa in carico diretta dei costi cioè **con pagamento da parte di Alleanza direttamente alla struttura convenzionata**, delle spese del ricovero, della prestazione diagnostica ad alta specializzazione o della visita odontoiatrica con contestuale pulizia dei denti (**se prevista dalla soluzione sottoscritta**). Per tutte le prestazioni che non prevedono la presa in carico diretta da parte di Alleanza, ciascun Assicurato può usufruire di **tariffe agevolate** recandosi presso le strutture convenzionate del Network Sanitario Welion e/o del Network Odontoiatrico Welion con le modalità di seguito descritte.

WSalute di Alleanza prevede la Soluzione 1 - Cure Mediche, **obbligatoria** per tutti gli Assicurati e la Soluzione 2 - Cure Dentarie, **facoltativa** per ciascun Assicurato.

Per ciascun Assicurato, la Soluzione 2 - Cure Dentarie è operante soltanto se selezionata nella proposta e indicata nella polizza.

Le garanzie e i servizi contenuti in ciascuna Soluzione sono dettagliati nella **SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI**.



Quando comincia la copertura

Art. 2 - DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO

Se il pagamento del premio (→ DEFINIZIONI) è andato a buon fine, il contratto entra in vigore dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata in polizza, fermi i periodi di carenza indicati al successivo **Art. 2.1 (DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA)**.

Art. 2.1 - Decorrenza e termini di aspettativa

In relazione alle prestazioni in presa in carico diretta, la copertura assicurativa è valida a partire dalle ore 24:00:

- **della data di effetto del contratto** per gli eventi conseguenti a infortunio (→ DEFINIZIONI) e ad aborto post-traumatico;
- **del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto** per gli eventi conseguenti a malattia insorta dopo la decorrenza del contratto e ad aborto spontaneo e terapeutico;
- **del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto** per eventi conseguenti a malattia che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche o malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione;
- **del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto** per il parto cesareo.

AVVERTENZA: se la polizza è stata emessa in sostituzione di un'altra polizza WSalute stipulata con Alleanza, si precisa che, con riferimento esclusivamente ai nuovi assicurati e alle nuove soluzioni inclusi al momento della sostituzione, i termini di aspettativa sopra indicati decorrono dalle ore 24:00 della data di effetto della sostituzione.

Art. 2.2 - Durata e sostituzione del contratto

Il contratto ha una durata fissa pari a 5 anni. Non è previsto il tacito rinnovo.

Il Contraente può sostituire la polizza nel corso della sopra menzionata durata contrattuale ed in questo caso **Alleanza effettua una valutazione del rischio esclusivamente per i nuovi soggetti Assicurati mentre rimangono ferme tutte le dichiarazioni assuntive già svolte in precedenza che restano valide ed efficaci.**



Quando e come devo pagare

Art. 3 - VERSAMENTO DEL PREMIO

Il premio (→ DEFINIZIONI) è annuale e può essere versato anche in rate mensili, senza il pagamento di costi aggiuntivi. Sono consentiti i seguenti metodi di pagamento.

	Primo premio/ Prima rata di premio (deposito cauzionale)	Premi/Rate di premio successive
Premio annuale	<ul style="list-style-type: none"> - bonifico bancario; - assegno bancario o circolare non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.; - P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili; - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD). Consentito solo nel caso di pagamento con SDD anche delle rate successive. 	<ul style="list-style-type: none"> - assegno bancario o circolare non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.; - P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili; - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD).
Frazionamento mensile	<ul style="list-style-type: none"> - bonifico bancario; - assegno bancario o circolare non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.; - P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili; - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD). 	<ul style="list-style-type: none"> - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD).

Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

In caso di chiusura del conto corrente sul quale è attivo l'addebito SDD, il Soggetto Pagante si impegna a darne immediata comunicazione a Alleanza per concordare una diversa modalità di versamento.

L'uso da parte di Alleanza di incassare il premio al domicilio del Soggetto Pagante, oppure il mancato invio dell'avviso di scadenza, non può giustificare il mancato versamento del premio.

AVVERTENZA: il pagamento del primo premio, della prima rata di premio o delle rate successive in scadenza è condizione necessaria affinché l'assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Se non viene pagato il premio, il contratto non è operante, anche se sottoscritto.

Ferma la data di effetto indicata in Polizza, il premio o le rate di premio possono essere pagati:

- tramite **POS o**, se disponibili, **altri mezzi di pagamento elettronico: in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;**
- con **bonifico bancario** su conto corrente intestato ad Alleanza Assicurazioni S.p.A.: in questo caso **il premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico, o del giorno di valuta di addebito del conto se successivo, salvo il buon fine** del pagamento stesso con l'effettivo accredito sul conto corrente intestato ad Alleanza;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (**SDD**); **salvo buon fine degli addebiti, per la prima rata il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA; per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza.**



Cosa si intende per salvo buon fine?

La garanzia opera dalla data di decorrenza o dalle scadenze successive indicate in Polizza anche se gli importi di premio non sono stati ancora ricevuti da Alleanza Assicurazioni; ciò a condizione che il pagamento del premio venga successivamente accreditato. In caso contrario la garanzia non opera o rimane sospesa.

Il Soggetto Pagante può verificare le date di scadenza delle singole rate di premio e i pagamenti effettuati nella sezione "Pagamenti" dell'Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

Art. 3.1 - Mancato pagamento del premio

Primo premio/Prima rata di premio (deposito cauzionale)

Se il Soggetto Pagante non paga il primo premio annuale o la prima rata di premio mensile, le garanzie e i servizi previsti dalle Soluzioni sottoscritte rimangono sospesi fino alle ore 24 del giorno in cui il Soggetto Pagante paga il premio dovuto.

Il contratto ha effetto dalle ore 24 della data di decorrenza della polizza, se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Rate di premio successive

Se il Soggetto Pagante non paga i premi o le rate di premio successive alla prima, la copertura rimane sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza **della prima rata di premio non pagata** e produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento di tutte le rate scadute e non pagate e la parte del premio residuo a completamento dell'annualità, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia. Le scadenze successive rimangono invariate.

AVVERTENZA: Durante il periodo di sospensione della garanzia, le prestazioni e i servizi non sono attivi e pertanto Alleanza non indennizza il sinistro.

Alleanza non indennizza il sinistro anche per le prestazioni effettuate successivamente alla riattivazione della polizza se la malattia si è manifestata, o l'infortunio (→ DEFINIZIONI) è avvenuto durante il periodo di sospensione della garanzia.



Come posso disdire la polizza

Art. 4 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Trascorso il periodo di irrevocabilità di 15 giorni dalla data di sottoscrizione della proposta¹, il Contraente (→ DEFINIZIONI), **se il contratto non è ancora concluso**, può revocare la proposta stessa inviando una **comunicazione scritta**, secondo le modalità descritte **nell'Art. 11 della presente Sezione**, indicando "Revoca" nell'oggetto.

Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

A seguito della denuncia di ogni sinistro, effettuata a termini di polizza nell'ambito della durata del contratto, il Contraente e Alleanza possono recedere dal contratto entro il 60° giorno successivo al rifiuto della presa in carico diretta.

Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta** secondo le modalità descritte nell'**Art. 11 della presente Sezione**.

Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto dalla data di ricevimento della comunicazione da parte di Alleanza.

Il recesso esercitato da Alleanza ha effetto dopo 30 giorni dalla data riportata sulla comunicazione.

In tutti i casi, entro il 45° giorno successivo alla data del recesso, Alleanza rimborsa al Soggetto Pagante il rateo di premio imponibile pagato e non goduto.

Il versamento o la riscossione dei premi scaduti dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle Parti non possono essere interpretati come loro rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso.

Salvo quanto previsto dal successivo Art. 7, le Parti, se non hanno esercitato la facoltà di recesso **entro il compimento del secondo anno di assicurazione**, si impegnano a mantenere in vigore l'assicurazione sino alla naturale scadenza pattuita, rinunciando a tale facoltà di recesso.

Art. 6 - DIRITTO DEL CONTRAENTE AL RIPENSAMENTO - RECESSO

Se il contratto è stato collocato mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente (→ DEFINIZIONI) può recedere **entro 14 giorni** dalla conclusione del contratto, inviando una **comunicazione scritta** secondo le modalità descritte **nell'Art. 11 della presente Sezione**.

¹ Articoli 1329 e 1887 del Codice Civile

A seguito della comunicazione di recesso, il contratto si considera privo di qualsiasi effetto fin dall'origine e quindi il Contraente e Alleanza sono liberi da ogni obbligo contrattuale.

Di conseguenza Alleanza rimborsa al Soggetto Pagante il premio (→ DEFINIZIONI) versato al netto delle spese di emissione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

L'esercizio del diritto di recesso rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.

Art. 7 - DURATA DEL CONTRATTO - RECESSO

Il Contraente (→ DEFINIZIONI) può recedere dal contratto a ogni scadenza annuale, senza costi e **con preavviso di 30 giorni**.

Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta** secondo le modalità descritte **nell'Art. 11 della presente Sezione**.



Che obblighi ho. Quali obblighi ha Alleanza

Art. 8 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO - VARIAZIONE DEL RISCHIO

Alleanza consente l'assicurazione e determina il premio (→ DEFINIZIONI) in base alle dichiarazioni del Contraente (→ DEFINIZIONI) e dell'Assicurato (→ DEFINIZIONI). Le inesattezze e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale del diritto alle prestazioni o ai servizi e la cessazione dell'assicurazione².

AVVERTENZA: Per i soli Assicurati maggiorenni, l'assunzione avviene sulla base delle risposte fornite al Questionario Sanitario. In fase di sottoscrizione del Questionario Sanitario, l'Assicurato deve verificare la corretta compilazione.

Art. 9 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente (→ DEFINIZIONI) o l'Assicurato (→ DEFINIZIONI)³ **deve comunicare per iscritto ad Alleanza l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni aventi per lo stesso rischio**, eccetto quelle stipulate per suo conto da terzi per obblighi di legge o di contratto e di quelle per cui è in possesso in quanto garanzie accessorie ad altri servizi (es. abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutuo fondiario o ipotecario).

Art. 10 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente (→ DEFINIZIONI), salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato (→ DEFINIZIONI)⁴.

Art. 11 - MODALITÀ DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni del Contraente (→ DEFINIZIONI) devono essere fatte **per iscritto**, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano mediante:

- lettera raccomandata A. R.;
- PEC: alleanza@pec.alleanza.it.

Art. 12 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere **provate per iscritto**.

Art. 13 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente (→ DEFINIZIONI).

² Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

³ Articolo 1910 del Codice Civile

⁴ Articolo 1891 del Codice Civile

Art. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Fermo ciò, all'interno del presente contratto alcuni articoli possono essere disciplinati in maniera più favorevole al Contraente (→ DEFINIZIONI).

Art. 15 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI INTERNAZIONALI

Alleanza non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare un sinistro o a fornire una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare il sinistro o fornire la prestazione, espone Alleanza a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.



Dove vale la copertura

Art. 16 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo, fermo quanto disposto dalla SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE.

Le prestazioni vengono erogate esclusivamente nel Network Sanitario e Odontoiatrico Welion sul territorio italiano.

Art. 17 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA

Alleanza rinuncia al proprio diritto di surroga verso gli eventuali responsabili dell'evento dannoso indennizzato, a favore dell'Assicurato (→ DEFINIZIONI) e dei suoi aventi causa, lasciando agli stessi la facoltà di far valere eventuali pretese nei confronti dei responsabili. Lascia così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI

Il contratto è operante, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie e per i servizi compresi nelle Soluzioni selezionate nella apposita Sezione della proposta.

SOLUZIONE 1 - Cure Mediche



Che cosa è assicurato?

La **Soluzione 1 - Cure Mediche** prevede il **pagamento diretto** (→ DEFINIZIONI), da parte di **Alleanza**, delle spese per le seguenti prestazioni, rese necessarie da infortunio (→ DEFINIZIONI), malattia (→ DEFINIZIONI) o parto cesareo:

- Ricovero con o senza intervento chirurgico, Day Hospital (→ DEFINIZIONI), Day Surgery (→ DEFINIZIONI);
- Trasporto;
- Care Manager;
- Prestazioni diagnostiche ad Alta Specializzazione.

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI), per poter usufruire delle prestazioni, deve scegliere **obbligatoriamente** una struttura convenzionata con il Network Sanitario Welion.

In caso di ricovero con intervento chirurgico, Day Surgery e Parto Cesareo nella struttura convenzionata, l'Assicurato può scegliere sia un medico convenzionato sia un medico non convenzionato con il Network Sanitario Welion.

La **Soluzione 1 - Cure Mediche** prevede, inoltre, i seguenti servizi:

- Consulenza medica telefonica (Teleconsulto);
- Second Opinion;
- Mini Check up di prevenzione;
- Prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche - WSalute di Alleanza Card.

Art. S1.1 - RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY E PARTO CESAREO

Alleanza assicura, sino alla concorrenza del massimale (→ DEFINIZIONI) annuo di **€ 500.000**, il pagamento diretto delle seguenti spese:

a) **Cure pre ricovero:**

- Accertamenti diagnostici;
- Visite specialistiche;
- Esami di laboratorio,

nei **90 giorni** che precedono il ricovero, **purché direttamente inerenti alla malattia** (→ DEFINIZIONI) **o all'infortunio** (→ DEFINIZIONI) **che ha determinato il ricorso all'intervento chirurgico o il ricovero nella struttura del Network Sanitario Welion.**

Alleanza prende in carico i costi solamente se il ricovero è stato autorizzato dalla Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI).

b) **Durante il ricovero con intervento chirurgico:**

- Retta di degenza;
- Onorari dell'équipe chirurgica convenzionata;
- Diritti di sala operatoria;
- Materiali di intervento;
- Medicinali;
- Strumenti ad alto costo;
- Utilizzo di tecniche robotiche comprensivo di kit materiale monouso;
- Protesi anatomiche fisse e non rimuovibili di articolazioni maggiori;
- Cure, assistenza medica, ostetrica e infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami, accertamenti diagnostici;
- In caso di parto cesareo, sono comprese le spese per patologie inerenti alla nascita, entro le dimissioni del neonato, per un massimo di € 10.000.

In caso di Ricovero con intervento chirurgico, Day Surgery o Parto Cesareo, se l'Assicurato, all'interno della struttura convenzionata, sceglie un medico non convenzionato, rimangono a suo carico i costi per gli Onorari dell'equipe chirurgica non convenzionata.

Successivamente al Ricovero e dopo aver pagato la fattura del medico non convenzionato, l'Assicurato può richiedere un indennizzo di importo forfettario presentando la fattura del medico non convenzionato.

L'importo dell'indennizzo varia in funzione della classe nella quale rientra la tipologia di intervento chirurgico subito. Gli interventi chirurgici sono identificati in base alla tipologia e alla tecnica operatoria e sono classificati, a seconda dell'importanza e della complessità, in 4 CLASSI, ciascuna delle quali prevede un indennizzo, pari all'importo riportato nella tabella seguente:

CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
€ 2.000	€ 6.000	€ 20.000	€ 50.000

L'elenco degli interventi e la relativa classe di indennizzo è riportato nell'Allegato 1 "Interventi Chirurgici" delle presenti condizioni di assicurazione.

AVVERTENZA: Se l'Assicurato si sottopone a più di un intervento chirurgico nel corso del ricovero, viene indennizzato esclusivamente l'intervento appartenente alla CLASSE più elevata. L'importo complessivo degli indennizzi pagati nel corso di ciascuna annualità assicurativa non può superare, per persona assicurata, l'importo di € 100.000.

Esempio di indennizzo

Intervento in Artrosopia eseguito il 01/12/2021: Classe 1 (€ 2.000).

Nella stessa seduta viene eseguito un intervento di Sutura Tendini: Classe 2 (€ 6.000)

Importo pagato: € 6.000 (ossia l'indennizzo per l'intervento rientrante nella classe più elevata)

Il 03/02/2022 viene eseguito un intervento di Craniotomia per patologia tumorale maligna: Classe 4 (€ 50.000)

Importo pagato: € 50.000

L'importo totale degli indennizzi corrisposti per la prima annualità assicurativa è pari a € 56.000.

Massimale annuo disponibile prima degli interventi: € 100.000

Massimale annuo residuo disponibile: € 44.000 (€ 100.000 - € 56.000)

c) **Durante il ricovero senza intervento chirurgico:**

- Retta di degenza;
- Medicinali;
- Cure, assistenza medica, infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e accertamenti diagnostici.

d) **Cure post ricovero:**

- Accertamenti diagnostici;
- Visite specialistiche;
- Esami di laboratorio.

nei **120 giorni** dopo il ricovero, **purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso all'intervento chirurgico o il ricovero nella struttura del Network Sanitario Welion.**

A parziale deroga di quanto previsto **all'Art. 2.i della SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE**, in caso di ricovero presso una struttura del Network Sanitario Welion per parto naturale che diventa parto cesareo di urgenza, Alleanza rimborsa tutte le spese documentate di cui ai punti b) e d) per un massimo di € 10.000.

Art. S1.1.1 - Prestazioni di assistenza fornite dalla Struttura Organizzativa

a) **Trasporto** da e verso la struttura del Network Sanitario Welion,

In caso di:

- Cure pre ricovero;
- Cure post ricovero;
- Ricovero con o senza intervento chirurgico;
- Parto Cesareo,

l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può richiedere fino a 3 trasporti dal proprio domicilio verso la struttura del Network Sanitario Welion e 3 trasporti dalla struttura del Network Sanitario Welion al proprio domicilio, per annualità assicurativa (→ DEFINIZIONI) e senza limiti di chilometraggio.

Il trasporto può avvenire con taxi, treno, aereo, automedica o ambulanza con assistenza medico/infermieristica. Il mezzo da utilizzare è scelto dalla Struttura Organizzativa, a seconda delle condizioni dell'Assicurato.

b) **Care Manager**

Dopo le dimissioni a seguito di un ricovero con o senza intervento chirurgico o parto cesareo con almeno una notte di degenza, l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può richiedere la consulenza di un Care Manager (→ DEFINIZIONI), ossia un professionista che valuta l'esigenza di attivare un piano di assistenza (Report) personalizzato post dimissioni.

Il percorso di consulenza del Care Manager prevede:

- valutazione delle condizioni sanitarie da remoto o a domicilio (nei casi più complessi) in base alla documentazione medica fornita dall'Assicurato;
- valutazione della condizione familiare da remoto o a domicilio (nei casi più complessi);
- eventuale orientamento sui servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dagli enti pubblici;
- definizione del piano di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** (→ DEFINIZIONI).

Il piano di Assistenza Domiciliare Integrata, prevede uno o più servizi tra quelli sotto riportati.

AVVERTENZA: Ciascun servizio viene attivato esclusivamente se il Care Manager ne accerta la necessità a seguito della valutazione della documentazione medica fornita dall'Assicurato e della sua condizione familiare.

Ciascun servizio nel Piano di Assistenza domiciliare Integrata viene organizzato e può essere utilizzato entro e non oltre i 60 giorni successivi al rilascio dello stesso.

Per quanto concerne la fisioterapia è necessaria la prescrizione del medico curante o di un medico specialista con l'indicazione del numero di sedute necessarie.

Se il cliente è autosufficiente (non rientra quindi nell'ADI) il numero di sedute di fisioterapia viene ricalcolato in base alla classe dell'intervento subito (vedi allegato 1), secondo la seguente tabella:

CLASSE 1 e 2	CLASSE 3 e 4
3 sedute	6 sedute

Ospedalizzazione Domiciliare

La Struttura Organizzativa, su indicazione del Care Manager, organizza e gestisce il ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico.



Personale medico: Medici generici e Specialisti

Personale paramedico: Infermieri e Fisioterapisti

Servizi Sanitari presso l'abitazione

- esami del sangue: prelievo, consegna dei campioni al laboratorio e ritiro degli esiti;
- ecografie: esame e consegna dell'esito a domicilio;
- elettrocardiogrammi non urgenti: esame e consegna dell'esito a domicilio;
- invio di farmaci urgenti con consegna presso il domicilio dell'Assicurato. Il pagamento è a carico dell'Assicurato e deve essere effettuato al momento della consegna.

Servizi Non Sanitari

Se l'Assicurato non può lasciare la propria abitazione, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare personale di servizio (ad esempio, baby sitter, colf, pet sitter, fattorino), presso l'abitazione dell'Assicurato, per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti (ad esempio, pagamento bollette e bollo auto), acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, gestione di figli minori.

Servizi Socio-Assistenziali

La Struttura Organizzativa, sulla base delle necessità di assistenza dell'Assicurato, individua il personale più idoneo, Socio-Sanitario e/o socioassistenziale, da inviare presso l'abitazione dell'Assicurato.



Personale Socio-Sanitario e/o Socio-Assistenziale: operatore che a seguito di formazione professionale fornisce supporto nell'assistenza di base come, a titolo esemplificativo, igiene personale, alimentazione e movimento per favorire benessere e autonomia del paziente.

Art. S1.2 - PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alleanza assicura, sino alla concorrenza del massimale (→ DEFINIZIONI) annuo di **€ 500.000**, il pagamento diretto del costo delle seguenti **prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione**.

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può effettuare le prestazioni diagnostiche esclusivamente presso una struttura del Network Sanitario Welion.

Elenco Prestazioni:	
1. Agoaspirato (inclusi esami istologici)	19. PH - impedenzometria esofagea
2. Angiografia	20. Retinografia
3. Angioscopia del segmento anteriore dell'occhio	21. Retinoscopia
4. Arteriografia	22. Faringo-laringoscopia diagnostica a fibre ottiche
5. Biopsia (inclusi esami istologici)	23. Rinolaringoscopia
6. Cavografia inferiore o superiore	24. Rinomanometria
7. Colposcopia	25. Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
8. Esame urodinamico	26. Scintigrafia SPET
9. Elettronistagmografia	27. Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo
10. Elettroretinogramma	28. Teletermografia
11. Endoscopie	29. Test di diffusione
12. Flebografia	30. Tomografia a coerenza ottica - Angio OCT
13. Fluorangiografia	31. Tonografia e test di provocazione
14. Fluorangioscopia	32. Tonometria
15. Linfografia	33. Topografia corneale
16. Manometria	34. Uroflussometria
17. Orbitotonometria	35. MOC - più segmenti
18. PET - Tomografia ad emissione di positroni	

Art. S1.2.1 - Prestazioni di assistenza fornite dalla Struttura Organizzativa

In caso di prestazione diagnostica ad alta specializzazione, l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può richiedere fino a 3 trasporti verso la struttura del Network Sanitario Welion e **3 trasporti** dalla struttura del Network Sanitario Welion per annualità assicurativa (→ DEFINIZIONI) con un limite di 150 km per l'andata e 150 km per il ritorno.

Il trasporto può avvenire con taxi, treno, automedica o ambulanza con assistenza medico/infermieristica. Il mezzo da utilizzare è scelto dalla Struttura Organizzativa, a seconda delle condizioni dell'Assicurato.

Art. S1.3 - SERVIZI

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può usufruire dei servizi riportati nei successivi articoli.

Art. S1.3.1 - Consulenza medica telefonica (Teleconsulto)

L'Assicurato può usufruire, tramite la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI), di un servizio di consulenza medica telefonico che fornisce:

- a) Consulenza medica di Medicina Generale e Pediatria;
Se il medico, secondo la sua valutazione professionale, lo ritiene necessario, al termine del consulto può anche prescrivere approfondimenti specialistici e/o diagnostici (ad esempio: viste, esami, accertamenti). Per l'attivazione delle prestazioni e dei servizi, qualora ammissibili, si rimanda alla sezione SEZIONE 4 - ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI.
- b) Informazioni su farmaci:
 - Composizione e controindicazioni;
 - Consigli su farmaci da assumere;
 - Tele prescrizione di farmaci.
- c) Informazioni medico sanitarie su vaccinazioni:
 - Vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge italiana;
 - Vaccinazioni consigliate in caso di viaggi o trasferte all'estero.
- d) Informazioni sanitarie in merito a:
 - Strutture sanitarie pubbliche e private (ubicazione e specializzazioni);
 - Aspetti di carattere amministrativo e burocratico dell'attività sanitaria (es. esenzione dal ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero);
 - Centri medici specializzati in particolari patologie in Italia.

L'Assicurato può usufruire del servizio **in misura illimitata**, per ciascun anno assicurativo.

Art. S1.3.2 - Second Opinion

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può richiedere, tramite la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI), un secondo parere medico di qualità a seguito di una diagnosi, o test diagnostici.

La Second Opinion viene erogata, tramite le strutture convenzionate, nei seguenti ambiti:

- Generalista;
- Cardiologico;
- Oncologico.

Per ciascun ambito, l'Assicurato può usufruire di **una Second Opinion** per anno assicurativo.

Art. S1.3.3 - Mini Check up di prevenzione

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI) di età superiore ai 18 anni può usufruire di un Mini Check-up di prevenzione a scelta tra quelli previsti nelle sezioni Per Lei, Per Lui e Per Tutti.

Mini Check up di prevenzione Per Lei	Mini Check up di prevenzione Per Lui
Prevenzione ginecologica Visita specialistica ginecologica Pap test	Prevenzione urologica Visita Specialistica urologica con ecografia prostatica
Prevenzione senologica 1 Mammografia bilaterale	Prevenzione andrologica Visita Specialistica andrologica con ecografia scrotale
Prevenzione senologica 2 Ecografia mammaria	

Mini Check up di prevenzione Per Tutti	
Prevenzione patologie polmonari Visita specialistica pneumologica Spirometria	Prevenzione cardiologica Visita cardiologica Elettrocardiogramma
Prevenzione osteoporosi Visita specialistica fisiatrica o ortopedica o reumatologica MOC - un segmento	Prevenzione otorinolaringoiatrica Visita specialistica otorinolaringoiatrica Esame audiometrico
Prevenzione vascolare Visita angiologica o chirurgia vascolare Doppler venoso arti inferiori o superiori	Prevenzione oftalmica Visita specialistica oculistica Studio fundus oculi Tono oculare Misurazione del visus

Alleanza e la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI) non vengono a conoscenza degli esiti degli esami. Per i Mini Check up che prevedono esami radiologici, l'Assicurato deve fornire la prescrizione del medico. L'Assicurato può usufruire del servizio, senza sostenere alcun costo, **una volta** per anno assicurativo.

Art. S1.3.3.1 - Prestazioni di assistenza fornite dalla Struttura Organizzativa

In caso di Mini Check up di prevenzione, l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può richiedere il **trasporto** verso la struttura del Network Sanitario Welion e dalla struttura del Network Sanitario Welion con un **limite di 150 km per l'andata e di 150 km per il ritorno**.

Il trasporto può avvenire con taxi, treno, automedica o ambulanza con assistenza medico/infermieristica. Il mezzo da utilizzare è scelto dalla Struttura Organizzativa, a seconda delle condizioni dell'Assicurato.

Art. S1.3.4 - Prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche - WSalute di Alleanza Card

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può prenotare presso il Network Sanitario Welion, ad un prezzo scontato, esami, visite specialistiche e/o tutte le prestazioni per le quali non è previsto il pagamento diretto da parte di Alleanza. L'Assicurato può usufruire del servizio **in misura illimitata**, per ciascun anno assicurativo.

SOLUZIONE 2 - Cure Dentarie



Che cosa è assicurato

La **Soluzione 2 - Cure Dentarie** prevede il **pagamento diretto** (→ DEFINIZIONI), **da parte di Alleanza**, delle spese per le prestazioni elencate al successivo **Art. S2.1 della presente Sezione**.

Art. S2.1 - VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO CON CONTESTUALE PULIZIA DEI DENTI

Alleanza assicura il pagamento diretto del costo delle seguenti prestazioni:

- Visita odontoiatrica di controllo con contestuale pulizia dei denti.

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI) **può effettuare le prestazioni esclusivamente presso gli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion**.

L'Assicurato può usufruire della prestazione **una volta** per anno assicurativo.

Art. S2.2 - SERVIZI

L'Assicurato (→ DEFINIZIONI) può usufruire dei servizi riportati al successivo **Art. S2.2.1 della presente Sezione**.

Art. S2.2.1 - Prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie - WSalute di Alleanza Card

L'Assicurato può effettuare prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate presso gli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion.

L'Assicurato può usufruire del servizio **in misura illimitata**, per ciascun anno assicurativo.

SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE



Che cosa non è assicurato

Art. 1 - PERSONE NON ASSICURABILI

Alleanza non assicura:

- a) persone residenti all'estero, con l'eccezione della Repubblica di San Marino;**
- b) persone affette da alcolismo e/o tossicodipendenza (→ DEFINIZIONI);**
- c) persone di età pari o superiore a 18 anni che presentano almeno una o più delle seguenti condizioni:**
 - hanno un indice di massa corporea (BMI) inferiore o uguale a 16,5 ovvero superiore o uguale a 40;
 - hanno un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 30 e 39 e assumono quotidianamente farmaci per il cuore;
 - hanno un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 30 e 39 e almeno due risposte positive (SI) alle domande del Questionario Sanitario;



BMI: Body Mass Index (Indice di Massa Corporea): è un indice per la valutazione generale del peso corporeo. Si ottiene dividendo il peso in kg con il quadrato dell'altezza espressa in metri. Esempio: un soggetto alto 1,70 m e pesa 120 kg. L'indice di massa corporea sarà pari a 41,52 (120/1,70²).

- **fumano o hanno fumato negli ultimi due anni più di 20 sigarette al giorno oppure sigarette elettroniche da meno di due anni e assumono quotidianamente:**
 - due o più farmaci per l'ipertensione; e/o
 - almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); e/o
 - almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia);
- **rispondono positivamente (SI) ad almeno tre domande del Questionario Sanitario;**
- **hanno un'esenzione per patologia cronica superiore al 46% e assumono quotidianamente:**
 - due o più farmaci per l'ipertensione; e/o
 - almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); e/o
 - almeno un farmaco per la cura del diabete; e/o
 - almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia);



Cosa si intende per esenzione per patologia cronica superiore al 46%?

Il Cliente deve rispondere positivamente alla relativa domanda del Questionario Sanitario se ha un'esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invalità civile superiore al 46%. L'elenco delle malattie croniche che consentono di usufruire dell'esenzione è pubblicato sul sito del Ministero della Salute.

- **hanno ricevuto una diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto nei 10 anni precedenti la sottoscrizione della polizza e assumono quotidianamente:**
 - due o più farmaci per l'ipertensione; e/o
 - almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); e/o
 - almeno un farmaco per la cura del diabete; e/o
 - almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia).

Art. 2 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER PRESTAZIONI CON PRESA IN CARICO DIRETTA

Alleanza non accoglie le richieste di presa in carico diretta per le prestazioni previste dagli Artt. S1.1, S1.2 e S2.1 della SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI nei casi di:

- a) conseguenze dirette di Infortuni, malattie, stati patologici preesistenti, conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della proposta;
- b) interventi per eliminare o correggere malformazioni o difetti fisici preesistenti, conosciuti e/o diagnosticati alla sottoscrizione della proposta. La deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi nella copertura solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso e di esame radiografico che attesta la frattura delle ossa nasali;
- c) prestazioni per malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;
- d) prestazioni per malattie neurodegenerative indicate nella classificazione ICD-10 (come ad esempio: malattia di Alzheimer, malattia di Parkinson, SLA);



ICD-10: è la classificazione internazionale delle malattie e dei problemi correlati stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

- e) ricoveri e Day Hospital (→ **DEFINIZIONI**) durante i quali sono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- f) interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale (→ **DEFINIZIONI**);
- g) interventi prescritti in regime di Day Surgery che per loro natura possono essere effettuati in regime ambulatoriale;
- h) interventi, compresi nell'elenco sottostante, indipendentemente dal regime di ricovero:
 1. facoemulsificazione ed asportazione di cataratta e di impianto di cristallino artificiale (IOL – neutra) in camera anteriore o posteriore (qualsiasi tecnica chirurgica);
 2. riparazione di ernia ombelicale o inguinale semplice, comprensiva di eventuale protesi (qualsiasi tecnica chirurgica);
 3. asportazione delle emorroidi (qualsiasi tecnica chirurgica);
 4. legatura delle emorroidi;
 5. sindromi canalicolari, trattamento completo (tunnel carpale, Sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitroclea-oleocranico, ecc);
 6. circoncisione per fimosi/parafimosi comprensiva di frenuloplastica;
 7. raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico; trattamento chirurgico del dito a martello;
 8. trattamento chirurgico del dito a scatto; laser ad eccimeri – Lasik, Lasek, PRK, Epilasik e consimili.
- i) parto naturale;
- j) prestazioni finalizzate al trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e comunque quelle relative alla fecondazione assistita e artificiale e alla contraccezione, interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- k) eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- l) prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie e/o testicolari si indennizza anche l'intervento di mantenimento della simmetria controlaterale solo ed esclusivamente nel corso della prima protesizzazione;



Endoprotesi: è un piccolo tubo flessibile chiamato stent, solitamente costituito da un materiale plastico e biocompatibile, utilizzato per riparare o prevenire la rottura di arterie, vene e condotti dell'organismo. L'endoprotesi è pensata per rinforzare la parete venosa e favorire il corretto flusso sanguigno dell'organismo.

- m) **protesi dentarie ed ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi protesici e di implantologia, salvo quelli causati da traumi e infortunio documentati da certificato di Pronto Soccorso;**
- n) **reimpianti di arti superiori o inferiori e/o sostituzione di articolazioni maggiori, successiva alla prima;**



Articolazioni maggiori: ad esempio; ginocchio, gomito, polso, spalla, anca e caviglia.

- o) **prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli riconosciuti e validati dalle Autorità Internazionali (c.d. protocolli sperimentali) e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;**
- p) **stati vegetativi o ricoveri per lunga degenza;**



Lunga degenza: ricoveri caratterizzati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che danno luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

- q) **prestazioni connesse a disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e/o di chirurgia bariatrica finalizzate alla cura dell'obesità;**
- r) **prestazioni mediche (compresa la psicoterapia), e chirurgiche legate ai disturbi dell'identità sessuale;**
- s) **prestazioni a scopo preventivo (esempio prevenzione delle patologie familiari) e di chirurgia preventiva, rimozione profilattica, comprese quelle a seguito di mutazione genetica;**
- t) **trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, riflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;**
- u) **ricoveri (con o senza intervento) e/o prestazioni diagnostiche successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della garanzia, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante la validità della garanzia;**
- v) **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, anche su se stesso, tentato suicidio;**
- w) **abuso di psicofarmaci o farmaci, uso di sostanze stupefacenti e allucinogene, stato di ebbrezza determinato dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore, 0,4 grammi/litro;**
- x) **Infortuni, malattie, stati patologici causati:**
 1. **da pratica di qualsiasi attività sportiva professionale ossia un'attività sportiva retribuita svolta nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato oppure autonomo, in via continuativa e/o prevalente rispetto ad ogni altra occupazione;**
 2. **dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è in possesso di regolare abilitazione a norma delle disposizioni vigenti. È tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente idonea, ma scaduta da non più di tre mesi;**
 3. **da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atti terroristici (→ DEFINIZIONI) o di guerra, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
 4. **da terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;**
 5. **da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;**
- y) **prestazioni per le quali l'assicurato non fornisce documentazione medica esaustiva ai fini della valutazione della copertura (vedi modalità attivazione della prestazione in pagamento diretto) come previsto dagli Artt. S1.1, S1.2 e S2.2 della SEZIONE 2 – PRESTAZIONI E SERVIZI. L'Assicurato, in nessun caso, deve inviare la documentazione alla Centrale Operativa oltre i 3 giorni che precedono la data del Ricovero ovvero oltre i 2 giorni che precedono la data della prestazione diagnostica ad Alta Specializzazione.**

SEZIONE 4 - ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI

SOLUZIONE 1 - Cure Mediche



Che obblighi ho. Quali obblighi ha Alleanza.

Art. 1 - RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY E PARTO CESAREO: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Per richiedere ad Alleanza un supporto o una richiesta di pagamento diretto (→ DEFINIZIONI) dei costi del Ricovero con o senza intervento chirurgico, (anche in regime di Day Hospital o Day Surgery) del Parto Cesareo, elencati all'**Art. S1.1 della SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI**, l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) deve contattare la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI) ai seguenti recapiti:

Numero Verde **800 387 590** per chiamate **dall'Italia**
 Numero **02 82954678** per chiamate **dall'estero**
 dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 22:00; sabato dalle 8:00 alle 14:00

In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche, l'Assicurato per **attivare** la Centrale Operativa deve comunicare, **almeno 5 giorni lavorativi prima della data della prestazione**:

- **Nome e cognome** del Contraente della polizza (→ DEFINIZIONI) e dell'Assicurato;
- **recapito telefonico mobile** dell'Assicurato;
- **struttura convenzionata Welion** presso cui sarà effettuata la prestazione;
- **nominativo del medico** (→ DEFINIZIONI) (in caso di intervento chirurgico);
- **data della prestazione** già concordata con la struttura del Network Sanitario Welion.

La Centrale Operativa, al momento del primo contatto con l'Assicurato, verifica la regolarità amministrativa e se la struttura e il medico scelti dall'Assicurato sono convenzionati al Network Sanitario Welion.

Se l'Assicurato non ha scelto la struttura e il medico convenzionati, la Centrale Operativa può supportarlo nella ricerca.

Resta inteso che, la scelta della struttura e del medico convenzionati spetta all'Assicurato.

AVVERTENZA: La scelta di una struttura non convenzionata comporta il rifiuto della presa in carico diretta da parte di Alleanza.

Se l'Assicurato sceglie un medico non convenzionato che opera all'interno della struttura convenzionata, deve sostenere direttamente i costi degli onorari dell'équipe chirurgica.

Ultimate le verifiche, l'Assicurato deve trasmettere via e-mail all'indirizzo wsalutedocumenti@generali.com **la certificazione medica completa almeno 3 giorni lavorativi prima della data della prestazione**:

- prestazione da effettuare:
 - in caso di ricovero senza intervento chirurgico, deve essere indicato l'iter diagnostico/terapeutico programmato;
 - in caso di intervento chirurgico, deve essere indicata la descrizione dell'atto operatorio;
- diagnosi di un medico specialista;
- documenti sanitari inerenti alla patologia oggetto della prestazione (**anamnesi prossima**) e storia cronologica delle malattie, traumi e interventi sofferti nel passato (**anamnesi remota**) datata e dettagliata. **L'anamnesi deve contenere la data della prima diagnosi della patologia oggetto del Ricovero**;
- referti ed esami strumentali;
- copia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale del Contraente e dell'Assicurato.

La Centrale Operativa può richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione che risulti necessaria all'erogazione della prestazione.

La Centrale Operativa, **solo dopo aver ricevuto** la documentazione completa, valuta **entro 3 giorni lavorativi**:

- la coerenza tra la diagnosi e la prestazione da effettuare;
- la coerenza tra il Questionario Sanitario e la certificazione medica presentata;
- che la diagnosi non sia in contrasto con le esclusioni di polizza previste agli **Artt. 1 e 2 della SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE**.

AVVERTENZA: L'invio di tutta la documentazione entro le tempistiche sopra riportate e la successiva conferma per iscritto da parte della Centrale Operativa sono condizioni indispensabili per l'autorizzazione del pagamento diretto.

In caso positivo, la Centrale Operativa autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed informa l'Assicurato tramite e-mail e/o tramite sms dell'esito positivo.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato deve sottoscrivere l'apposita "**Lettera di impegno**", **documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato**, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente sulla tutela dei dati personali.



Lettera di impegno: documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e struttura convenzionata in relazione al Ricovero. La Lettera di impegno contiene anche i riferimenti ad eventuali limitazioni previste dalle Condizioni di assicurazione.

La struttura convenzionata trasmette direttamente alla Centrale Operativa gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

In caso di scelta di un medico non convenzionato, la fattura inerente i costi degli **onorari dell'équipe chirurgica** viene trasmessa dal medico non convenzionato all'Assicurato, il quale deve provvedere direttamente al saldo.

Per richiedere l'indennizzo forfettario che gli spetta, l'Assicurato deve inviare all'indirizzo wsalutedocumenti@general.com, indicando nell'oggetto il numero della prestazione:

- una copia della fattura regolarmente pagata;
- le coordinate bancarie (IBAN) per l'accredito dell'indennizzo.

In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

AVVERTENZA: La Centrale Operativa può richiedere prova del pagamento degli onorari medici.

L'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non previste a termini di polizza.

In caso di esito negativo, la Centrale Operativa informa per iscritto l'Assicurato motivando il rifiuto.

Art. 2 - PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Per richiedere a Alleanza il supporto o una richiesta di pagamento diretto (→ DEFINIZIONI) dei costi di una prestazione diagnostica ad Alta Specializzazione tra quelle riportate all'**Art. S1.2 della SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI**, l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) deve contattare la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI), ai seguenti recapiti:

Numero Verde **800 387 590** per chiamate **dall'Italia**
 Numero **02 82954678** per chiamate **dall'estero**
 dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 22:00; sabato dalle 8:00 alle 14:00

In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche, l'Assicurato per **attivare** la Centrale Operativa deve comunicare, **almeno 3 giorni lavorativi prima della data della prestazione diagnostica**:

- **Nome e cognome** del Contraente della polizza (→ DEFINIZIONI) e dell'Assicurato;
- **recapito telefonico mobile** dell'Assicurato;
- **struttura convenzionata Welion** presso cui sarà effettuata la prestazione;
- **data della prestazione**.

La Centrale Operativa, al momento del primo contatto con l'Assicurato verifica la regolarità amministrativa, ossia se il Contraente è in regola con il pagamento dei premi e se la prestazione sanitaria richiesta rientra nelle garanzie presenti in polizza.

La Centrale Operativa verifica, inoltre, che la struttura sia convenzionata al Network Sanitario Welion.

Se l'Assicurato non ha scelto una struttura, la Centrale Operativa lo supporta nella ricerca.

La Centrale Operativa può richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione che risulti necessaria all'erogazione della prestazione.

Ultimate le verifiche, l'Assicurato deve trasmettere via e-mail all'indirizzo wsalutedocumenti@generali.com **la certificazione medica completa almeno 2 giorni lavorativi prima della data della prestazione** contenente:

- certificato medico con diagnosi presunta o accertata, necessaria per una valutazione completa della prestazione richiesta;
- documenti sanitari inerenti alla patologia oggetto della prestazione (**anamnesi prossima**) e storia cronologica delle malattie, traumi e interventi sofferti nel passato (**anamnesi remota**) datata e dettagliata. **L'anamnesi deve contenere la data della prima diagnosi della patologia oggetto della prestazione;**
- copia di un documento di riconoscimento e del codice fiscale del Contraente e dell'Assicurato.

La Centrale Operativa può richiedere all'Assicurato ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione.

La Centrale Operativa, **solo dopo aver ricevuto** la documentazione completa, valuta **entro 2 giorni lavorativi**:

- la coerenza tra la diagnosi e la prestazione da effettuare;
- la coerenza tra il Questionario Sanitario e la certificazione medica presentata;
- che la diagnosi non sia in contrasto con le esclusioni di polizza previste agli **Artt. 1 e 2 della SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE.**

AVVERTENZA: L'invio di tutta la documentazione entro le tempistiche sopra riportate e la successiva conferma per iscritto da parte della Centrale Operativa sono condizioni indispensabili per l'autorizzazione del pagamento diretto.

In caso positivo, la Centrale Operativa autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed informa l'Assicurato tramite e-mail e tramite sms dell'esito positivo.

All'atto della prestazione presso una struttura convenzionata, l'Assicurato deve sottoscrivere l'apposita "**Lettera di impegno**", documento che ribadisce gli obblighi reciproci tra struttura convenzionata e Assicurato, integrata con gli adempimenti relativi a quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e normativa vigente sulla tutela dei dati personali.



Lettera di impegno: documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e struttura convenzionata in relazione alla prestazione diagnostica ad alta specializzazione. La Lettera di impegno contiene anche i riferimenti a eventuali limitazioni previste dalle Condizioni di assicurazione.

La struttura convenzionata trasmette direttamente alla Centrale Operativa gli originali delle fatture e copia dei referti per il pagamento delle prestazioni nel rispetto delle convenzioni in essere con le strutture sanitarie.

L'Assicurato deve provvedere al pagamento delle spese o delle eccedenze di spesa a proprio carico per prestazioni non previste a termini di polizza.

In caso di esito negativo, la Centrale Operativa informa per iscritto l'Assicurato motivando il rifiuto.

In caso di urgenze, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa il primo giorno feriale disponibile. L'urgenza deve essere opportunamente documentata.

La Centrale Operativa, esamina la documentazione ricevuta e, in caso positivo, autorizza la struttura convenzionata ad effettuare la prestazione ed informa l'Assicurato tramite e-mail e tramite sms.

Art. 3 - TRASPORTO E CARE MANAGER: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Trasporto

Per richiedere la prestazione di trasporto in caso di Ricovero, Prestazione Diagnostica ad Alta Specializzazione o Mini Check up di Prevenzione, l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) deve contattare la Struttura Organizzativa, ai seguenti recapiti:

Numero Verde **800 387 590** per chiamate **dall'Italia**
Numero **02 82954678** per chiamate **dall'estero**

La Struttura Organizzativa è attiva 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

Per poter attivare la prestazione, l'Assicurato deve comunicare il numero di conferma della Presa in carico Diretta e inviare copia della e-mail ricevuta dalla Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI) alla Struttura Organizzativa (→ DEFINIZIONI).



Dove può trovare l'Assicurato il numero di presa in carico diretta?

L'Assicurato può trovare il numero di presa in carico diretta all'interno della e-mail e dell'SMS che gli è stato inviato dalla Centrale Operativa al momento dell'autorizzazione della prestazione di Ricovero, Prestazione Diagnostica ad Alta Specializzazione ovvero Mini Check up di prevenzione.

Care Manager

Per richiedere la prestazione "Care Manager" a seguito di Ricovero con almeno un pernottamento, opportunamente documentato, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, ai seguenti recapiti:

Numero Verde **800 387 590** per chiamate dall'Italia
Numero **02 82954678** per chiamate dall'estero

Se l'Assicurato necessita di prestazioni sanitarie, deve fornire la documentazione medica completa in suo possesso, comprese eventuali prescrizioni del medico specialista.

La Struttura Organizzativa è attiva 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

Art. 4 - COME ATTIVARE I SERVIZI

Per richiedere l'attivazione dei servizi previsti dall'art S1.2, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI) ai seguenti recapiti telefonici:

Numero Verde **800 387 590** - per chiamate **dall'Italia**
Numero **02 82954678** - per chiamate **dall'estero**

In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

Di seguito si riportano gli orari e le modalità di attivazione di ciascun servizio previsto dalla Soluzione 1 - Cure Mediche:

a) Consulenza medica telefonica (Teleconsulto)

Orari: Il servizio è attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7.

Al momento del contatto, la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI):

- verifica il diritto dell'Assicurato ad usufruire del servizio e, in caso positivo,
- mette in contatto l'Assicurato con un medico della Centrale Operativa.

b) Second Opinion

Orari: Il servizio è attivo dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 22:00 e il sabato dalle 08:00 alle 14:00.

Al momento del contatto, la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI):

- verifica il diritto dell'Assicurato ad usufruire del servizio e, in caso positivo,
- chiede all'Assicurato di fornire tutta la documentazione medica in suo possesso per una corretta erogazione del servizio.

c) Mini Check up di prevenzione

Orari: dal lunedì al venerdì dalle 08:00 alle 22:00 e il sabato dalle 08:00 alle 14:00.

Al momento della ricezione della telefonata, la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI):

- verifica il diritto dell'Assicurato ad usufruire del servizio;
- individua la struttura convenzionata in accordo con l'Assicurato;
- conferma, tramite e-mail ed sms, che la prenotazione del Mini Check up di prevenzione è avvenuta e che il pagamento diretto è operativo.

L'elenco dei centri del Network Sanitario Welion (→ DEFINIZIONI) è disponibile al link:

www.alleanza.it/strutture-convenzionate/

La struttura del Network Sanitario Welion scelto, per alcune prestazioni, potrebbe richiedere all'Assicurato un certificato medico.

d) Prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche - WSalute di Alleanza Card

Per poter usufruire delle prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche l'Assicurato, quando si reca nella struttura, deve esibire la WSalute di Alleanza Card e un documento di riconoscimento in corso di validità.

L'elenco dei centri del Network Sanitario Welion (→ DEFINIZIONI) è disponibile al link:

www.alleanza.it/strutture-convenzionate/

Welion è a disposizione per l'eventuale servizio di prenotazione.

SOLUZIONE 2 - Cure Dentarie



Che obblighi ho. Quali obblighi ha Alleanza.

Art. 5 - VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO CON CONTESTUALE PULIZIA DEI DENTI: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI

Per richiedere a Alleanza il pagamento diretto dei costi della Visita odontoiatrica di controllo con contestuale pulizia dei denti, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa (→ DEFINIZIONI), entro 3 giorni lavorativi dalla data della visita, ai seguenti recapiti:

Numero Verde **800 387 590** per chiamate **dall'Italia**
Numero **02 82954678** per chiamate **dall'estero**
dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 22:00; sabato dalle 8:00 alle 14:00

In alternativa, può accedere alla Sezione "Apri un sinistro" della propria Area Clienti sul sito **www.alleanza.it**.

Al fine di garantire la copertura diretta delle spese ed espletare le relative pratiche, l'Assicurato deve comunicare, almeno 3 giorni lavorativi prima della data della prestazione:

- nome e cognome del contraente della polizza (→ DEFINIZIONI);
- nome e cognome della persona che effettua il ricovero con o senza intervento chirurgico;
- recapito telefonico mobile della persona che effettua la prestazione;
- studio dentistico del Network Odontoiatrico Welion presso cui sarà effettuata la prestazione;
- data della prestazione.

L'elenco degli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion (→ DEFINIZIONI) è disponibile al link:

www.alleanza.it/strutture-convenzionate/

Art. 6 - COME ATTIVARE I SERVIZI

Prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie - WSalute di Alleanza Card

Per poter usufruire delle prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie, l'Assicurato (→ DEFINIZIONI) quando si reca nella struttura, deve esibire la WSalute di Alleanza Card e un documento di riconoscimento in corso di validità.

L'elenco degli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion (→ DEFINIZIONI) è disponibile al link:

www.alleanza.it/strutture-convenzionate/

Welion è a disposizione per l'eventuale servizio di prenotazione.

ALLEGATO 1

INTERVENTI CHIRURGICI

AVVERTENZA: se l'intervento chirurgico al quale si sottopone il cliente non è compreso nel presente elenco, la Centrale Operativa ricondurrà tale intervento ad una delle 4 classi di indennizzo sulla base del criterio di importanza e complessità più simile alla tipologia e alla tecnica operatoria di seguito descritte.

INTERVENTO CHIRURGICO	CLASSE
Adenoidectomia	1
Amputazione estremità prossimali arti	3
Amputazioni estremità distali	2
Angiografie	1
Artrodesi medie e grandi articolazioni	2
Artrodesi piccole articolazioni	1
Artrodesi vertebrale (fino a 3 vertebre)	2
Artrodesi vertebrale (oltre 3 vertebre)	3
Artroscopie	1
Artrotomie medie e grandi articolazioni	2
Artrotomie piccole articolazioni	1
Aspirazione liquido infiammatorio	1
Cervicotomie	2
Chirurgia demolitiva e/o ricostruttiva oro-faringea post-tumorali	2
Craniotomia	3
Craniotomia per impianto cocleare	2
Craniotomia per patologie tumorali maligne	4
Endoscopie operative	1
Exeresi parziale organi genitali per patologie tumorali (inclusa mastoplastica)	2
Exeresi totale organi genitali per patologie tumorali (inclusa mastoplastica)	3
Interventi addominali di robotica	1
Interventi distretto arterioso	2
Interventi distretto venoso	1
Interventi laser della retina solo per patologie degenerative e/o oncologiche	1
Interventi percutanei (PCTA e TAVI)	2
Interventi toracici di robotica	2
Laparoscopie	1
Laparoscopie per patologie tumorali maligne	2
Laparotomie	2
Laparotomie per patologie tumorali maligne	3
Linfo-adenectomia per patologie tumorali	3
Neurolisi	1
Osteosintesi medi e grandi segmenti	2
Osteosintesi piccoli segmenti	1
Primo trapianto di cornea (escluse recidive)	2
Protesi ortopediche	2
Settoplastica funzionale	1
Sutura tendini	2
Taglio cesareo	1
Timpano-plastica	1
Tonsillectomia	1
Toracoscopie	2
Toracotomie	3
Trapianti di cute in seguito a ustioni > 25% della superficie corporea	2

SOMMARIO

DEFINIZIONI	1
SEZIONE 1 - NORME COMUNI	
Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	4
Art. 2 - DECORRENZA E DURATA DEL CONTRATTO	4
Art. 3 - VERSAMENTO DEL PREMIO	5
Art. 4 - REVOCA DELLA PROPOSTA	6
Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO	6
Art. 6 - DIRITTO DEL CONTRAENTE AL RIPENSAMENTO - RECESSO	6
Art. 7 - DURATA DEL CONTRATTO - RECESSO	7
Art. 8 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO - VARIAZIONE DEL RISCHIO	7
Art. 9 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	7
Art. 10 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	7
Art. 11 - MODALITÀ DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI	7
Art. 12 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	7
Art. 13 - ONERI FISCALI	7
Art. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	8
Art. 15 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI INTERNAZIONALI	8
Art. 16 - VALIDITÀ TERRITORIALE	8
Art. 17 - RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGA	8
SEZIONE 2 - PRESTAZIONI E SERVIZI	
SOLUZIONE 1 - Cure Mediche	
Art. S1.1 - RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY E PARTO CESAREO	9
Art. S1.2 - PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE	12
Art. S1.3 - SERVIZI	13
SOLUZIONE 2 - Cure Dentarie	
Art. S2.1 - VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO CON CONTESTUALE PULIZIA DEI DENTI	14
Art. S2.2 - SERVIZI	14
SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	
Art. 1 - PERSONE NON ASSICURABILI	15
Art. 2 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER PRESTAZIONI CON PRESA IN CARICO DIRETTA	16
SEZIONE 4 - ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI	
SOLUZIONE 1 - Cure Mediche	
Art. 1 - RICOVERO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY E PARTO CESAREO: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI	18
Art. 2 - PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI	19
Art. 3 - TRASPORTO E CARE MANAGER: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI	21
Art. 4 - COME ATTIVARE I SERVIZI	21
SOLUZIONE 2 - Cure Dentarie	
Art. 5 - VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO CON CONTESTUALE PULIZIA DEI DENTI: COME ATTIVARE LE PRESTAZIONI	22
Art. 6 - COME ATTIVARE I SERVIZI	22
ALLEGATO 1 INTERVENTI CHIRURGICI	23