

Pramerica Life S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia ed iscritta all'albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00086 e all'Albo Gruppi Assicurativi al n. 017.

Il presente documento contiene informazioni per aiutare il potenziale contraente a capire le caratteristiche principali relative al prodotto assicurativo danni.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza prevede una copertura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali e contro l'invalidità permanente da malattia, qualora richiamate in polizza. Sono previste inoltre, qualora richiamate in polizza, prestazioni di assistenza.



Che cosa è assicurato?

RIMBORSO SPESE MEDICHE

1. Prestazioni ospedaliere (RICOVERI)

✓ Prestazioni connesse a ricoveri presso ospedali o altri istituti di cura (ricovero con/senza intervento chirurgico, day hospital con/senza intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale, parto cesareo/fisiologico ed aborto terapeutico, intervento chirurgico odontoiatrico, correzione difetti visivi, interventi plafonati se effettuati in regime di assistenza indiretta)

- ✓ Indennità sostitutiva
- ✓ Spese per Accompagnatore
- ✓ Spese per Trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura
- ✓ Spese per Rimpatrio Salma
- ✓ Spese sanitarie relative al Neonato
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (ospedaliere)

2. Prestazioni extraospedaliere

- ✓ Alta Diagnostica (Cure e diagnostica di Alta Specializzazione)
- ✓ Cure Domiciliari ed Ambulatoriali
- ✓ Trattamenti fisioterapici e riabilitativi da infortunio
- ✓ Cure odontoiatriche da infortunio
- ✓ Spese per l'acquisto di lenti / occhiali
- ✓ Ticket SSN sulle prestazioni coperte (extraospedaliere)

ASSISTENZA (solo se richiamata in polizza)

- Collaboratore familiare
- Consegna esiti al domicilio
- Consegna medicinali
- Consegna spesa a domicilio
- Consulenza medica di alta specializzazione
- Consulenza medica telefonica
- Guardia medica permanente ed assistenza domiciliare d'urgenza
- Invio di un fisioterapista
- Invio di un infermiere a domicilio
- Invio di un medico generico a domicilio
- Rimpatrio salma
- Second opinion
- Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario
- Tutoring

L'impegno della Compagnia è in ogni caso rapportato a massimali, franchigie, periodi di carenza, limitazioni ed esclusioni indicate nei documenti contrattuali riguardanti il prodotto oltre che alle somme assicurate concordate con il contraente in base all'Opzione Assicurativa scelta.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ al momento della sottoscrizione della polizza siano affette da alcolismo, insulino-dipendenza, tossicodipendenza, sieropositività HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita;
- ✗ non rispettino i limiti minimi e massimi di età al momento della sottoscrizione (18 anni) e in corso di validità del contratto (70 anni per morte e invalidità permanente o 65 anni per Inabilità Temporanea e Malattia).

Le garanzie non sono operanti per:

- ✗ le conseguenze, complicanze dirette o indirette di malattie e stati patologici dichiarati nel Questionario Sanitario (se non comprese mediante specifico atto contrattuale), nonché quelle sottaciute alla Società all'atto della sottoscrizione però già conosciute e/o diagnosticate; qualora la copertura sia garantita "senza soluzione di continuità":
 - in caso di sottoscrizione CON QUESTIONARIO SANITARIO per la precedente copertura sanitaria, resta comunque valido il questionario sanitario già compilato e sottoscritto dagli Assicurati (che formerà parte integrante della polizza), nonché le esclusioni specifiche da esso scaturite ed applicate dal precedente assicuratore. Restano comunque escluse le patologie preesistenti conosciute e diagnosticate alla data della prima sottoscrizione, anche se non dichiarate nel questionario sanitario sopra indicato.
- ✗ Restano invece incluse le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipula della polizza;
- ✗ le conseguenze dirette ed indirette di infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura;
- ✗ le prestazioni determinate da sieropositività diagnosticata, da sindrome da immunodeficienza acquisita H.I.V. e sindromi ad esse correlate;
- ✗ gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- ✗ gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- ✗ le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- ✗ i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali e i disturbi psichici in genere. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
- ✗ l'interruzione volontaria della gravidanza;
- ✗ le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di malformazioni congenite o difetti fisici preesistenti alla data di decorrenza della copertura, nonché le patologie ad esse correlate, salvo malformazioni congenite e difetti fisici relativi ai bambini di età inferiore ai 3 anni;
- ✗ i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (ricoveri impropri).



Ci sono limiti di copertura?

Nel contratto trovano applicazione i seguenti periodi di carenza:

- ! per gli infortuni: momento in cui ha effetto l'assicurazione.
- ! per le malattie: 30 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per il parto: 300 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per le conseguenze di stati patologici insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipula qualora in tal momento non conosciuti e/o diagnosticati: 180 giorni successivi a quello di effetto dell'assicurazione.
- ! per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e per l'aborto terapeutico la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello dell'assicurazione.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione ti copre in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- L'accertamento dello stato di salute dell'Assicurato è un presupposto per la sottoscrizione del contratto ed è pertanto necessaria la compilazione del questionario sanitario da parte dell'Assicurato stesso in maniera precisa e veritiera. Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare, infatti, la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto lo stesso rischio o rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa. Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.
- Devi denunciare il sinistro dandone avviso scritto a Previmedical (che gestisce per conto della Compagnia i sinistri), oppure alla Compagnia stessa, quando ne hai avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui ne hai avuto la possibilità. Sei sollevato da tale obbligo se ti sei avvalso di istituti di cura e/o di medici convenzionati e sei stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di sinistro. In questo caso, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.
- Devi consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Compagnia, sottoporli agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da nostri incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che ti hanno visitato o curato e gli enti presso i quali sei stato ricoverato o curato ambulatorialmente.



Quando e come devo pagare?

Il premio di polizza ha cadenza annuale con possibile frazionamento mensile, trimestrale e semestrale. In tal caso il premio annuo viene aumentato del 3,5% per rateizzazione mensile, del 2,5% per rateizzazione trimestrale e del 2% per rateizzazione semestrale.

Puoi pagare il premio tramite assegno bancario non trasferibile o POS (bancomat, carta di credito).

Il premio può prevedere degli sconti per numero di teste assicurate appartenenti allo stesso nucleo familiare:

- sconto del 5% in caso di 2 persone assicurate;
- sconto del 10% in caso di 3 persone assicurate;
- sconto del 20% in caso di 4 o più persone assicurate.

Ad ogni rinnovo annuale il premio può essere soggetto ad adeguamento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati regolarmente pagati.

Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione rimane sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo a quello di scadenza e ritorna in vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

La copertura dura un anno dalla data della sottoscrizione della polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e prevede il tacito rinnovo a scadenza.



Come posso disdire la polizza?

Per disdire il contratto devi inviare comunicazione a Pramerica a mezzo lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza annuale. In tal caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.