Premier Health

Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Ultimo aggiornamento al 19/10/2026

Le presenti Condizioni di Assicurazione, con Documento informativo precontrattuale (DIP) e Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni) devono essere consegnate al Contraente prima della firma della Proposta di Assicurazione.

Il contratto è realizzato secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico "Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA, aggiornate in base alle "Linee Guida per contratti chiari e comprensibili 2024".

Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano - Tel. +39 02 40824111
www.alleanza.it

GENERALI

ALLEANZA ASSICURAZIONI

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO 5

Premier Health di Alleanza 5

Funzionamento 5

Avvertenze 5

Area clienti e contatti utili 5

ELENCO DELLE GARANZIE 7

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 8

DEFINIZIONI 8

NORME COMUNI 12

Che cosa è assicurato? 12

Art. 1 - Oggetto del contratto 11

Art. 1.1 - Requisiti di assicurabilità 11

Quando comincia la copertura e quando finisce? 11

Art. 2 - Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia 11

Art. 2.1 - Decorrenza e termini di Aspettativa 11

Art. 2.2 - Durata del contratto - Recesso 12

Quando e come devo pagare? 13

Art. 2.3 - Pagamento del Premio 13

Art. 2.3.1 - Mancato pagamento del Premio 13

Come posso disdire la polizza? 14

Art. 3 - Revoca della Proposta 14

Art. 4 - Diritto del Contraente al ripensamento - Recesso 14

Art. 5 - Recesso in caso di sinistro 14

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA. 14

Art. 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Variazione del rischio 14

Art. 7 - Assicurazione presso diversi assicuratori 15

Art. 8 - Assicurazione per conto altrui 15

Art. 9 - Modifiche dell'Assicurazione 15

Art. 10 - Modifica in corso di contratto delle Condizioni di Assicurazione da parte di Alleanza 15

Art. 11 - Modalità di invio delle comunicazioni 16

Art. 12 - Oneri fiscali 16

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge 16

Art. 14 - Clausola di inoperatività della copertura per sanzioni internazionali 16

Dove vale la copertura? 16
Art. 15 - Validità territoriale 16
Art. 16 - Rinuncia al diritto di surroga 16

PRESTAZIONI E SERVIZI 17
SOLUZIONE 1 - CURE MEDICHE (GARANZIA BASE) 17
CHE COSA È ASSICURATO? 17
Art. S1.1 - Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgey, parto (naturale e cesareo), percorso gravidanza e Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio 17
Art. S1.1.1 - Prestazioni di assistenza fornite dalla struttura organizzativa 19
Art. S1.2.1 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione 22
Art S1.3 - Servizi 23
Art. S1.3.1 - Consulenza medica telefonica (teleconsulto) 23
Art. S1.3.2 - Second opinion 23
Art. S1.3.3 - Mini check-up di prevenzione 23
Art. S1.3.3.1 - Prestazioni di assistenza fornite dalla struttura organizzativa 25
Art. S1.3.4 - Prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche - Network Card 25

SOLUZIONE 2 - CURE DENTARIE (GARANZIA FACOLTATIVA) 26
CHE COSA È ASSICURATO? 26
Art. S2.1 - Visita odontoiatrica di controllo con contestuale pulizia dei denti 26
Art. S2.2 - Servizi 26
Art. S2.2.1 - Prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie - Network Card 26

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE 26
CHE COSA NON È ASSICURATO? 26
Art. 1 - Persone non assicurabili 26
Art. 2 - Esclusioni specifiche per prestazioni con presa in carico diretta 27
Art. 3 - Esclusioni specifiche per prestazioni di assistenza fornite dalla Struttura Organizzativa 29
Art. 4 - Esclusioni specifiche su Interventi chirurgici 29

ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI 29
SOLUZIONE 1 - CURE MEDICHE (GARANZIA BASE) 29
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA. 29
Art. 1 - Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, parto (naturale e cesareo), percorso gravidanza e Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio: come attivare le prestazioni 29
Art. 2 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione: come attivare le prestazioni 32
Art. 3 - Trasporto, Care Manager e assistenza alla persona e assistenza all'estero: come attivare le prestazioni 33
Art. 4 - Come attivare i servizi 34

SOLUZIONE 2 - CURE DENTARIE (GARANZIA FACOLTATIVA) 35
CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA. 35
Art. 5 - Visita odontoiatrica di controllo con contestuale pulizia dei denti: come attivare le prestazioni 35
Art. 6 - Come Attivare I Servizi 36

ALLEGATO 1 INTERVENTI CHIRURGICI 37
CHE COSA È ASSICURATO? 37

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

PREMIER HEALTH DI ALLEANZA

Premier Health di Alleanza è una soluzione assicurativa pensata per accompagnarti nella cura della tua salute e di quella dei tuoi cari. Prevede anche l'erogazione di servizi di assistenza in situazioni di difficoltà determinate da imprevisti. Premier Health di Alleanza può essere sottoscritta sia da persone fisiche che da imprese, e può coprire fino ad un massimo di 10 Assicurati, di cui 5 maggiorenni e 5 minorenni.

FUNZIONAMENTO

Premier Health di Alleanza prevede:

- **la Soluzione 1** - **Cure Mediche** - **garanzia base** per ciascun Assicurato;
- **la Soluzione 2** - **Cure Dentarie** - **garanzia facoltativa** per ciascun Assicurato.

A seguito della firma, ciascun Assicurato riceve la Network Card, la card personale messa a disposizione tramite Generali Welion che permette di accedere alle prestazioni e ai servizi previsti dalla Polizza.
Con Premier Health di Alleanza, l'Assicurato accede alle prestazioni mediante la presa in carico diretta dei costi, ciò significa che Alleanza provvede al pagamento direttamente alla struttura del Network Sanitario Welion delle spese per le Cure Mediche (Soluzione 1) o delle Cure Dentarie (visite odontoiatriche con contestuale pulizia dei denti se è stata attivata anche la Soluzione 2). **Non sono quindi previsti rimborsi** a seguito di spese mediche sostenute direttamente dall'Assicurato.
Per tutte le prestazioni che non prevedono la presa in carico diretta da parte di Alleanza, l'Assicurato può usufruire, **a proprie spese**, di tariffe agevolate presso le strutture convenzionate nel Network Sanitario Welion e del Network Odontoiatrico Welion (se è stata attivata anche la Soluzione 2).
L'Assicurato può inoltre usufruire di una serie di ulteriori servizi inclusi: consulenza medica telefonica (teleconsulto), second opinion e mini check-up di prevenzione.
Le presenti Condizioni di Assicurazione contengono l'insieme delle norme che disciplinano il contratto di Assicurazione e sono composte da cinque differenti parti:

- DEFINIZIONI
- NORME COMUNI
- PRESTAZIONI E SERVIZI
- ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
- ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI

AVVERTENZE

Per facilitare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, sono utilizzati i seguenti strumenti grafici:

- AVVERTENZA**:** 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;
- Lettera Iniziale Maiuscola**:** per indicare che la parola è presente e ha il significato descritto nelle definizioni;
- box con esempi**:**

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

AREA CLIENTI E CONTATTI UTILI

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 Redion Italy Insurance S.p.A. ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

In alternativa tu o l'Assicurato potete accedere all'Area Clienti attraverso il sito **www.alleanza.it** o scaricando l'App Alleanza.

Per qualsiasi chiarimento sul prodotto o per ulteriori informazioni è possibile contattare Alleanza Assicurazioni ai seguenti contatti:

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano
Sito internet: www.alleanza.it
Email: servizioassistenzaclientibancari@alleanza.it
Pec: alleanza@pec.alleanza.it

È POSSIBILE REGISTRARSI E ACCEDERE IN MODO GRATUITO ALL'AREA CLIENTI DALL'APP ALLEANZA O DAL SITO INTERNET www.alleanza.it

Tramite l'Area Clienti è possibile, ad esempio:

- visualizzare e scaricare la documentazione contrattuale;
- accedere alle garanzie e ai servizi dedicati alla Polizza;
- verificare lo stato dei versamenti dei Premi e le relative scadenze;
- consultare e aggiornare i dati personali e i consensi privacy;
- verificare i contratti attivi e la documentazione dei contratti non attivi;
- segnalare un Sinistro.

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione Alleanza Assicurazioni S.p.A. è indicata come Alleanza.

ELENCO DELLE GARANZIE

CARATTERISCHE E VANTAGGI	FRANCHIGIE E SCOPERTI	GARANZIA COMPRESA?
PRESTAZIONI: Prevede il **Pagamento Diretto da parte di Alleanza** delle spese per le prestazioni di **alta diagnostica** previste dalle condizioni, delle spese per il **Ricovero** con o senza Intervento chirurgico, **Day Hospital** e **Day Surgery**, parto (naturale e cesareo) ed il relativo percorso gravidanza. Le prestazioni sono garantite esclusivamente in caso di scelta di una struttura convenzionata con il **Network Sanitario Welion**. In caso di Ricovero in Italia, l'Assicurato può scegliere sia un Medico Convenzionato sia un medico non convenzionato con il Network Sanitario Welion. In quest'ultimo caso, rimangono a suo carico i costi per gli onorari dell'équipe chirurgica non convenzionata. Dopo il Ricovero, l'Assicurato può richiedere un indennizzo di importo forfettario prestabilito. La soluzione prevede inoltre il **Pagamento Diretto** delle prestazioni in caso di **Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio** e delle prestazioni di assistenza: **trasporto, Care Manager, assistenza alla persona e assistenza all'estero**. In questi casi l'Assicurato deve contattare la **Struttura Organizzativa.**	**Non previsti**	√ **Garanzia Base**
SERVIZI: L'Assicurato può usufruire di una serie di servizi: **consulenza medica telefonica 24/7** (teleconsulto), **second opinion, mini check-up** di prevenzione e **tariffe agevolate** presso le strutture convenzionate nel **Network Sanitario Welion**.		
PRESTAZIONI: Prevede il **Pagamento Diretto da parte di Alleanza** delle spese per 2 visite odontoiatriche con contestuale pulizia dei denti. La prestazione è garantita esclusivamente in caso di scelta di una struttura convenzionata con il **Network Odontoiatrico Welion**.	**Non previsti**	**Garanzia Facoltativa** *consulta il documento di Polizza*
SERVIZI: **Tariffe agevolate** presso le strutture convenzionate nel **Network Sanitario Welion**.		

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Ed. O26 - Aggiornamento al 19 ottobre 2026)

DEFINIZIONI

I termini di seguito indicati hanno il significato qui precisato e sono sempre riportati nel testo delle Condizioni di Assicurazione con la lettera iniziale maiuscola.

Alcolismo - Tossicodipendenza

Una condizione patologica cronica caratterizzata dal consumo continuativo o di abuso di quantità, di alcool o sostanze o farmaci psicotropi, in misura tale da determinare nell'organismo la comparsa di una vera e propria dipendenza attestata da documentazione medica.

Anamnesi prossima

Documenti sanitari che riguardano la 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

È il periodo che intercorre, per il primo anno, tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale e per le annualità successive è il periodo che intercorre tra due ricorrenze annuali consecutive.

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 pagamento 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 socioassistenziali 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 agiscono da sole, 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 e atto pubblico compilato durante il ricovero, diurno o con pernottamento, che contiene le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa

Struttura di Welion.

Contraente

Persona fisica, impresa o altro ente 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.

Difetti fisici
Mancanza o imperfezione (genetica e non) non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.

Età anagrafica
Età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di firma.

Età assicurativa
Età calcolata da Alleanza per determinare il premio e le soluzioni che possono essere selezionate. Si considerano gli anni interi arrotondando per eccesso le eventuali frazioni di anno superiori o uguali a 6 mesi. Può non coincidere con l'età anagrafica.

Fisioterapia
Le sedute di fisioterapia erogate esclusivamente dal personale qualificato della Struttura Organizzativa, presso il domicilio dell'assicurato e senza l'utilizzo di apparecchiature o macchinari. Non rientrano nelle prestazioni coperte dal presente contratto le sedute di tecarterapia, magnetoterapia o trattamenti similari, anche se prescritti da un medico specialista.

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

Intermediario
Il soggetto che svolge l'attività di distribuzione assicurativa in relazione al presente contratto, ivi comprese eventuali attività di post-vendita.

Intervento in Regime Ambulatoriale
Intervento chirurgico 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 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.

Lettera di impegno
Documento che riporta gli obblighi reciproci tra Assicurato e struttura convenzionata in relazione alla prestazione medica di riferimento (prestazioni di alta diagnostica, Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, parto (naturale e cesareo) e relativo percorso gravidanza, Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio, trasporto, Care Manager, assistenza alla persona e assistenza all'estero). La Lettera di impegno contiene anche i riferimenti a eventuali limitazioni previste dalle Condizioni di Assicurazione, integrata con gli adempimenti in materia di tutela dei dati personali previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dalla normativa vigente nazionale. Tale documento deve essere sottoscritto dall'Assicurato all'accettazione presso la struttura convenzionata.

Malattia
Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Malattie Mentali

Qualsiasi alterazione mentale e del comportamento sia di tipo cosiddetto nevrotico (ansia e depressione) sia psicotico (schizofrenia, paranoia, disturbi di personalità); tali alterazioni trovano menzione precisa all'interno del documento internazionale di nosografia psichiatrica DSM V.

Malformazioni

Ogni alterazione fisica e psichica (genetica e non) sviluppatasi durante la vita intrauterina.

Massimale

Importo massimo indicato in Polizza che può essere indennizzato da Alleanza per Assicurato e per Annualità assicurativa.

Medico Convenzionato

Medico a capo di un'équipe, che ha firmato 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 per far rispettare a tutti i componenti dell'équipe le norme e le tariffe di convenzione. In caso contrario l'intera équipe è 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 dall'Assicurazione.

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 dall'Assicurazione.

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;
- le spese espressamente escluse (vedi sezione ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE),
- le spese NON espressamente indicate negli Artt. S1.1 e S1.2 e S2.1 della sezione PRESTAZIONI E SERVIZI.

Il Pagamento Diretto deve essere autorizzato dalla centrale operativa e confermato all'Assicurato via e-mail e sms.

Stati preesistenti

Per la validità delle coperture assicurative, sono considerati stati preesistenti le patologie e gli Infortuni che, alla data di decorrenza della copertura, non risultano clinicamente guariti, ovvero con postumi, necessità di cure o terapie, oppure con recidive o complicanze in atto. Lo stato di salute deve essere certificato da un medico abilitato; Alleanza si riserva la facoltà di richiedere idonea documentazione attestante la guarigione clinica pregressa.

Polizza

Documento che prova e disciplina il contratto di Assicurazione.

Premio

Importo che il Contraente è tenuto a pagare ad Alleanza.

Premio di Perfezionamento

Premio pagato al momento della firma del contratto.

Proposta

Modulo firmato 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 e 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 del contratto e deve essere compilato e firmato solo dai soggetti di età pari o superiore a 18 anni

Ricovero
Ai fini del seguente contratto, per ricovero si intende il ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e parto (naturale e cesareo).

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 Redion Italy Insurance S.p.A. - Via del Mulino n. 4 - 20057 Assago (MI), 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.

Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio
Situazione che consegue a Infortunio accaduto durante il viaggio all'estero e che richiede un Ricovero o un Intervento chirurgico immediato e non differibile. La presa in carico delle spese è garantita nell'ambito del Massimale indicato in Polizza. Non costituiscono urgenza sanitaria: il Ricovero o Intervento chirurgico che consegue a Malattia acuta o preesistente; il parto e altre prestazioni connesse allo stato di gravidanza (ad esclusione dell'aborto spontaneo), il Ricovero o Intervento chirurgico programmato.

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.

Welion
Generali Welion S.C.A.R.L. con sede legale in Trieste, Via Machiavelli 4, CAP 34132, capitale sociale Euro 10.000,00, interamente versato, iscritta al registro delle imprese di Venezia Giulia con partita IVA di Gruppo n. 01333550323, appartenente al Gruppo Generali e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Generali Italia S.p.A., che in virtù di specifico accordo, provvede, per conto e con costi a carico di Alleanza, tramite la propria Centrale Operativa, al contatto con l'Assicurato per l'organizzazione e l'accesso alle prestazioni sanitarie, con le modalità ed entro i diversi limiti previsti nel contratto, nonché agli ulteriori servizi di prevenzione e consulenza presso le strutture convenzionate.

NORME COMUNI

CHE COSA È ASSICURATO?

Art. 1 - Oggetto del contratto

Premier Health di Alleanza è una Assicurazione che tutela il Contraente/Assicurato dal Rischio di dover sostenere delle spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da Infortunio, Malattia o parto (naturale e cesareo) dell'Assicurato. Le garanzie per le spese mediche sono prestate solo con la presa in carico diretta dei costi, cioè con il 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 è attivata la copertura facoltativa). Per tutte le prestazioni che non prevedono la presa in carico diretta da parte di Alleanza, ciascun Assicurato può usufruire di tariffe agevolate presso le strutture convenzionate del Network Sanitario Welion o del Network Odontoiatrico Welion con le modalità di seguito descritte.
Premier Health di Alleanza prevede:
la Soluzione 1 - Cure Mediche, **garanzia base** per tutti gli Assicurati, e
la Soluzione 2 - Cure Dentarie, **garanzia facoltativa** per ciascun Assicurato.

Per ciascun Assicurato, la Soluzione 2 - Cure Dentarie opera solo se indicata nella Polizza.
Le garanzie e i servizi contenuti in ciascuna soluzione sono dettagliati nella sezione **PRESTAZIONI E SERVIZI.**

Art. 1.1 - Requisiti di assicurabilità

Sono assicurabili le persone fisiche **residenti in Italia o nella Repubblica di San Marino che al momento della firma hanno un'Età assicurativa non superiore ai 70 anni**.
I soggetti con un'Età anagrafica pari o superiore a 18 anni devono, inoltre, ricevere esito positivo dalla compilazione del **Questionario Sanitario**.
In caso di sostituzione della Polizza, la compilazione del Questionario Sanitario è prevista solo per i **nuovi Assicurati**. Rimangono invece ferme tutte le dichiarazioni assuntive già svolte in precedenza dagli altri Assicurati, che restano valide ed efficaci.
Per maggiori dettagli si richiama **l'Art. 1 (Persone non assicurabili)** della sezione ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

Se il pagamento del Premio di Perfezionamento è andato a buon fine, il contratto è in vigore **dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata in Polizza**, fermi i termini di Aspettativa indicati al successivo **Art. 2.1 (Decorrenza e termini di Aspettativa)**.

Art. 2.1 - Decorrenza e termini di Aspettativa

La copertura assicurativa è valida a partire dalle ore 24:00:
- della data di effetto del contratto per gli eventi che conseguono a Infortunio e ad aborto post-traumatico;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto del contratto per gli eventi che conseguono a Malattia insorta dopo la data di decorrenza del contratto e ad aborto spontaneo e terapeutico;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto del contratto per gli eventi che conseguono a Malattia che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche o Malformazioni insorte prima della stipula del contratto, non conosciute o non diagnosticate al momento della stipula stessa;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto (naturale e cesareo) e per il percorso gravidanza. Il termine di Aspettativa si applica alla data dell'ultima mestruazione, indicata nel certificato di gravidanza, e non dalla data del parto

AVVERTENZA:

Se la Polizza è stata emessa in sostituzione di un'altra Polizza stipulata con Alleanza con riferimento solo 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 del contratto - Recesso

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

Recesso
Il Contraente può comunque recedere dal contratto, nel corso dei 5 anni, ad ogni Annualità assicurativa, senza costi e **con preavviso di 30 giorni**. Il Contraente può rivolgersi all'Intermediario oppure deve inviare una comunicazione scritta secondo le modalità previste all'**Art. 11 (Modalità di invio delle comunicazioni)** con l'indicazione di "Recesso" sulla busta o, in caso di utilizzo dell'e-mail o PEC, nell'oggetto della comunicazione.

QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 2.3 - Pagamento del Premio

Il Premio è annuale e può essere pagato anche in rate mensili, senza costi aggiuntivi.

AVVERTENZA:
Il pagamento del Premio di Perfezionamento può avvenire solo con addebito diretto sul conto corrente bancario intestato al Soggetto Pagante, oppure cointestato (solo se uno degli intestatari è il Contraente stesso) mentre le rate di Premio successive devono essere corrisposte mediante autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit - SDD). Salvo buon fine degli addebiti, per il Premio di Perfezionamento il Premio si intende pagato nel giorno della firma del contratto mentre, per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza (annuali o mensili).

Il Premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intera annualità assicurativa.

Cosa si intende per salvo buon fine?
La garanzia opera anche se gli importi di Premio non sono stati ancora ricevuti da Alleanza solo se il pagamento del Premio è successivamente accreditato. In caso di mancato accredito le garanzie non operano o rimangono sospese. Resta comunque fermo quanto previsto dall'**Art. 2.3.1 (Mancato pagamento del Premio)**.

In caso di chiusura del conto corrente sul quale è attivo l'addebito SDD, il Soggetto Pagante si impegna a darne immediata comunicazione ad Alleanza indicando i nuovi estremi del conto corrente con le modalità di cui all'**Art.11 (Modalità di invio delle comunicazioni).**
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** o scaricando l'App Alleanza.

Art. 2.3.1 - Mancato pagamento del Premio

Premio di Perfezionamento
In caso di mancato pagamento del primo Premio annuale o della prima rata di Premio mensile, le garanzie e i servizi previsti dalle soluzioni selezionate rimangono sospesi fino alle ore 24 del giorno in cui il Soggetto Pagante versa il Premio dovuto.
Il contratto ha effetto dalle ore 24 della data di decorrenza della Polizza, se a tale data è stato pagato il Premio di Perfezionamento 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. Le scadenze successive rimangono invariate. Per riattivare la Polizza il Soggetto Pagante deve contattare l'Intermediario o Alleanza con le modalità di cui all'**Art. 11 (Modalità di invio delle comunicazioni)**.

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 è avvenuto durante il periodo di sospensione della garanzia.

COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 3 - Revoca della proposta

Trascorso il periodo di irrevocabilità della proposta di 15 giorni dalla data di firma[1], il Contraente, se il contratto non è ancora concluso, può revocare la Proposta stessa. Il Contraente deve inviare una comunicazione scritta, secondo le modalità descritte nell'**Art. 11 (Modalità di invio delle comunicazioni)**, con l'indicazione di "Revoca" sulla busta o, in caso di utilizzo dell'e-mail o PEC, nell'oggetto della comunicazione.

Art. 4 - Diritto del Contraente al ripensamento - Recesso

Se il contratto è stato collocato per intero mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere **entro 14 giorni dalla conclusione del contratto.** Il Contraente deve inviare una comunicazione scritta alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano.
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 pagato, 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. 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 pagamento o al rifiuto dell'indennizzo.** Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta** secondo le modalità descritte all'**Art. 11 (Modalità di invio delle comunicazioni)**.
Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto alla data di ricevimento della comunicazione da parte di Alleanza. Il recesso esercitato da Alleanza ha effetto dopo 30 giorni dalla data riportata sulla comunicazione inviata al Contraente.
In tutti i casi, entro il 45° giorno successivo alla data di effetto del recesso, Alleanza rimborsa al Soggetto Pagante il rateo di Premio imponibile pagato e non goduto.
Il pagamento 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 all'**Art. 2.2 (Durata del Contratto - Recesso)**, il Contraente e Alleanza, 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.

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA.

Art. 6 - Dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato - Variazione del rischio

Alleanza consente l'Assicurazione e determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente/Assicurato sui dati e le circostanze richiesti. **Il Contraente/Assicurato deve fornire ad Alleanza informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del Rischio.** Se il Contraente/Assicurato fornisce dati inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, può:
- perdere del tutto o in parte l'Indennizzo, e
- determinare la cessazione dell'Assicurazione[2].

Alleanza può trattenere i Premi già incassati e il Premio per il periodo di Assicurazione in corso.
Il Contraente/Assicurato **deve subito comunicare** ad Alleanza se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (**aggravamento del Rischio**). Se non rispetta questo obbligo, può perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo[3].
Il Contraente/Assicurato può inoltre comunicare ad Alleanza se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da diminuire la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (**diminuzione del Rischio**). In tal caso, per la scadenza di Premio successiva alla comunicazione, Alleanza può richiedere il minor Premio o recedere dal contratto[4].

Cosa si intende aggravamento del Rischio:
Ai fini dell'operatività delle garanzie del presente contratto, non sono considerate causa di aggravamento o di diminuzione del Rischio le variazioni dello stato di salute dell'Assicurato rispetto alle dichiarazioni fornite al momento della firma.

1 Artt. 1329 e 1887 del Codice Civile
2 Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile
3 Art. 1898 del Codice Civile
4 Art. 1897 del Codice Civile

AVVERTENZA:

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

Art. 7 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato[5] **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. 8 - Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente Assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso gli obblighi che derivano dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato[6].

Art. 9 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 10 - Modifica in corso di contratto delle Condizioni di Assicurazione da parte di Alleanza

Se il contratto è stipulato con durata poliennale, nel periodo di validità dell'Assicurazione, Alleanza si riserva la facoltà di modificare unilateralmente le clausole e le condizioni che disciplinano l'Assicurazione, con le modalità ed entro i limiti di legge, se la modifica è giustificata, rispetto alla generalità dei contratti dello stesso tipo della presente Assicurazione da:

- leggi, regolamenti o provvedimenti di Autorità, anche estere, a cui Alleanza è tenuta ad adeguarsi anche in funzione del Gruppo di appartenenza;
- esigenze tecniche determinate da modifiche obiettive alle condizioni praticate sui mercati dai Riassicuratori e che hanno un'incidenza sull'Assicurazione;
- evoluzioni inerenti alle tecnologie e gli strumenti informatici utilizzati, direttamente o indirettamente, per l'esecuzione dell'Assicurazione e le relative misure di sicurezza;
- aggiornamenti delle modalità operative di erogazione di eventuali servizi accessori non assicurativi o dei relativi fornitori, salvaguardando il valore dei servizi stessi.

Le relative comunicazioni di modifica sono effettuate da Alleanza secondo le modalità pattuite nel presente contratto (**Art. 11 - Modalità di invio delle comunicazioni**), con indicazione del motivo e della data di decorrenza della modifica, con preavviso minimo di 60 giorni rispetto alla data di decorrenza comunicata. **In ogni caso di esercizio del potere di modifica unilaterale delle clausole e delle condizioni, Alleanza informa il Contraente del suo diritto di recedere dall'Assicurazione**.

Il Contraente esercita il diritto di recesso con comunicazione effettuata secondo le modalità pattuite nel presente contratto (Art. 11 - Modalità di invio delle comunicazioni), entro la data di decorrenza della modifica.

In tal caso, l'Assicurazione si intende risolta con effetto da tale data e Alleanza rimborsa al Contraente la parte di Premio relativa al periodo di rischio eventualmente non corso.

Se il Contraente non manifesta la volontà di recedere dall'Assicurazione entro il termine previsto, le modifiche comunicategli si intendono approvate.

Le parti riconoscono che nell'Assicurazione sono automaticamente recepite, anche senza preavviso, tutte le modifiche imposte da:

- disposizioni normative di carattere legislativo o regolamentare
- provvedimenti delle Autorità competenti, che dovessero intervenire tempo per tempo.

Le clausole contrattuali interessate da tali modifiche si intendono automaticamente abrogate o sostituite, con la stessa data di decorrenza dell'entrata in vigore, dalle disposizioni che hanno provocato tale modifica.

Esempi:

Alleanza può modificare unilateralmente le clausole e le condizioni che disciplinano l'Assicurazione se la modifica è giustificata, ad esempio:

- da limitazioni della copertura dovute all'applicazione di sanzioni internazionali;
- dall'introduzione di una nuova esclusione contrattuale;
- dallo sviluppo di un'APP per la gestione Sinistri;
- dalla modifica del numero verde da utilizzare per contattare la Struttura Organizzativa.

5 Artt. 1910 del Codice Civile
6 Art. 1891 del Codice Civile

Art. 11 - Modalità di invio delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni del Contraente devono essere fatte per iscritto mediante:

- **e-mail:** servizioassistenzaclientibancari@alleanza.it
- **lettera raccomandata A.R.** alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano
- **PEC: alleanza@pec.alleanza.it.**

Alleanza invia le comunicazioni al Contraente per iscritto:

- all'indirizzo di posta elettronica del Contraente, se quest'ultimo ha fornito il consenso all'invio delle comunicazioni
- in formato elettronico o, in alternativa all'indirizzo indicato dal Contraente stesso per l'invio delle comunicazioni in formato cartaceo.

Art. 12 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono **a carico del Contraente**.

Art. 13 - 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.

Art. 14 - 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 o beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare un Sinistro o fornire una prestazione o riconoscere un beneficio espone Alleanza a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni che derivano da risoluzioni delle Nazioni Unite, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti o dell'Italia. Se nelle Condizioni di Assicurazione è presente una norma contrattuale difforme, questa disposizione prevale su ogni altra.

DOVE VALE LA COPERTURA?

Art. 15 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, fermo quanto disposto dalla sezione ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE.

Le prestazioni e i servizi forniti da Welion sono erogati solo nel Network Sanitario e Odontoiatrico Welion sul territorio italiano.

Le prestazioni di Urgenza Sanitaria all'Estero a seguito di Infortunio e di assistenza all'estero sono erogate solo dalla Struttura Organizzativa su territorio diverso da quello italiano.

Non sono compresi nell'oggetto del rischio assicurato i seguenti Paesi/Territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Regioni Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson e Zaporizhzhia, Bielorussia, Federazione Russa, Cuba, Venezuela, Afghanistan, Myanmar (Burma).

Per le prestazioni di assistenza all'estero sono previste ulteriori limitazioni territoriali indicate al punto d) Assistenza all'estero dell'Art. S1.1.1 – Prestazioni di assistenza fornite dalla Struttura Organizzativa.

Art. 16 - Rinuncia al diritto di surroga

Alleanza rinuncia al proprio diritto di surroga verso gli eventuali responsabili dell'evento dannoso indennizzato, a favore dell'Assicurato 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.

PRESTAZIONI E SERVIZI

Il contratto opera, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie e per i servizi compresi nelle soluzioni selezionate nella apposita sezione della Proposta.

SOLUZIONE 1 - Cure Mediche (Garanzia Base)

CHE COSA È ASSICURATO?

La Soluzione 1 – Cure Mediche prevede il Pagamento Diretto, da parte di Alleanza, delle spese per le seguenti prestazioni, rese necessarie da Infortunio, Malattia o parto (naturale e cesareo):

- Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, parto (naturale e cesareo);
- percorso gravidanza;
- prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione;
- Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio;

Prestazioni di assistenza:

- trasporto;
- Care Manager;
- assistenza alla persona;
- assistenza all'estero.

L'Assicurato, per poter usufruire delle prestazioni:
in Italia deve scegliere una struttura convenzionata con il Network Sanitario Welion e contattare la Centrale Operativa; **all'estero deve contattare la Struttura Organizzativa**.
Per attivare le prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve sempre rivolgersi alla Struttura Organizzativa. 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 mediante la Network Card.

Art. S1.1 - Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, parto (naturale e cesareo), percorso gravidanza e Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio

Alleanza assicura, sino alla concorrenza del Massimale annuo di **€ 500.000** per ciascun Assicurato, 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 o all'Infortunio che ha determinato il ricorso all'Intervento chirurgico o il Ricovero nella struttura del Network Sanitario Welion**.
Alleanza prende in carico i costi solo se il Ricovero è stato autorizzato dalla Centrale Operativa.
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'équipe chirurgica non convenzionata.

Dopo il 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 sono riportati nell'ALLEGATO 1 - INTERVENTI CHIRURGICI delle presenti Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA:

Se l'Assicurato si sottopone a più di un Intervento chirurgico nel corso della stessa seduta operatoria, viene indennizzato esclusivamente l'Intervento che appartiene alla CLASSE più elevata. L'importo complessivo degli indennizzi pagati nel corso di ciascuna Annualità assicurativa non può superare, per Assicurato, l'importo di € 100.000.

Esempio di indennizzo con medico non convenzionato:
Intervento in Artroscopia eseguito il 01/12/2025: 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 03/02/2026 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, ostetrica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e accertamenti diagnostici.
- in caso di parto naturale sono comprese le spese per patologie inerenti alla nascita, entro le dimissioni del neonato, per un massimo di € 10.000.

d) **Cure post Ricovero:**
- accertamenti diagnostici;
- visite specialistiche;
- esami di laboratorio,

nei **120 giorni** dopo il Ricovero, **solo se inerenti alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato il ricorso all'Intervento chirurgico o il Ricovero nella struttura del Network Sanitario Welion**.

e) **Percorso gravidanza**:
Fatto salvo il termine periodo di Aspettativa, durante lo stato di gravidanza certificato, Alleanza assicura fino alla concorrenza del Massimale pari a € 1.000 il Pagamento Diretto delle seguenti prestazioni da eseguire presso il Network Sanitario Welion:
- visite di controllo ostetrico-ginecologico;
- ecografie (compresa la morfologica);
- analisi clinico chimiche;
- test prenatale e, se indicata dallo specialista, amniocentesi o villocentesi.

il Massimale pari a € 1.000 si intende per l'intero periodo di gravidanza, anche se questa si protrae su 2 Annualità assicurative.

f) **Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio**:
Se l'Assicurato si trova all'estero e necessita di un Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital o Day Surgery, a causa di un'Urgenza Sanitaria per Infortunio, deve contattare la Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24.

Durante il Ricovero con Intervento chirurgico:
- retta di degenza;
- onorari dell'équipe chirurgica;
- 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.

Durante il Ricovero senza Intervento chirurgico:
- retta di degenza;
- medicinali;
- cure, assistenza medica, infermieristica, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e accertamenti diagnostici.
- La garanzia copre anche le seguenti prestazioni pre e post Ricovero, eseguite rispettivamente nei 90 giorni precedenti e nei 120 giorni successivi al Ricovero, purché direttamente collegate all'Infortunio avvenuto all'estero che ha determinato la necessità del Ricovero con o senza Intervento chirurgico.

Cure pre Ricovero:
- assistenza medica e infermieristica;
- medicinali;
- accertamenti diagnostici;
- Visite specialistiche;
- esami di laboratorio;
- eventuali costi per il trasporto di primo soccorso dal luogo dell'evento al primo centro medico, con ambulanza o mezzo equivalente.

Cure post Ricovero:
- accertamenti diagnostici;
- Visite specialistiche;
- esami di laboratorio.

AVVERTENZA:

L'Assicurato non deve prendere nessuna iniziativa senza avere prima contattato la Struttura Organizzativa.
Cure post Ricovero: sono coperte anche se l'Assicurato deve eseguirle in Italia al rientro dal viaggio.
Per attivarle, l'Assicurato, al rientro in Italia, deve rivolgersi alla Centrale Operativa.

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 (naturale e cesareo),**

l'Assicurato 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 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.

AVVERTENZA:

In caso di parto naturale la Struttura Organizzativa rimborsa, dietro presentazione di valido giustificativo, le spese eventualmente sostenute dall'Assicurato per l'utilizzo di un taxi, o di un altro mezzo equivalente, verso la struttura del Network Sanitario Welion e viceversa.

b) **Care Manager**
Dopo le dimissioni a seguito di un Ricovero con o senza Intervento chirurgico o parto (naturale e cesareo) con almeno una notte di degenza, l'Assicurato può richiedere la consulenza di un Care Manager, 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)**.

Il piano di Assistenza Domiciliare Integrata prevede uno o più de seguenti servizi:

- **Ospedalizzazione Domiciliare**
  La Struttura Organizzativa, su indicazione del Care Manager, organizza e gestisce il Ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico (Medici generici e specialisti) e 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 socioassistenziali**
  La Struttura Organizzativa, sulla base delle necessità di assistenza dell'Assicurato, individua il personale più idoneo, sociosanitario o socioassistenziale, da inviare presso l'abitazione dell'Assicurato.

Personale sociosanitario o socioassistenziale: 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.

AVVERTENZA:

ciascun servizio viene attivato solo 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 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
Fino a 20 sedute	Fino a 40 sedute

c) **Assistenza alla persona:**
In caso di Ricovero ospedaliero che ha comportato almeno una notte di degenza sono previste le seguenti prestazioni:

- **Ricerca e noleggio attrezzature mediche**
  Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessita di una o più attrezzature mediche tra quelle di seguito elencate, deve contattare la Struttura Organizzativa che, accertata la necessità della prestazione, provvede a reperire le attrezzature necessarie. La Struttura Organizzativa tiene a carico i costi di noleggio fino ad un massimo di 90 giorni e **con il limite di € 300** per Sinistro per le seguenti attrezzature mediche:
  - stampelle o deambulatore;
  - sedia a rotelle o comoda;
  - letto elettrico completo di materasso e sponde;
  - cuscino antidecubito;
  - sollevatore elettrico;
- **Supporto psicologico per Infortunio**
  Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, necessita di supporto psicologico, deve contattare la Struttura Organizzativa che organizza la consulenza o rimborsa analoghe sedute eseguite da uno specialista di fiducia del paziente. Le spese per la Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di 10 sedute **con il limite di € 1.000** per Annualità assicurativa.

d) **Assistenza all'estereo:**
In caso di necessità di assistenza per eventi accaduti all'estero sono previsti i seguenti servizi:

- **Consulenza medica generica in viaggio**
  Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia necessita di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto 24 ore su 24, 7 giorni su 7, con i medici della Struttura Organizzativa.

AVVERTENZA:
La consulenza non ha valore di diagnosi ed è prestata sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato. Pertanto, ricordiamo che per una valutazione completa dello stato di salute è sempre necessario consultare il proprio medico di fiducia. L'Assicurato, inoltre, per le situazioni di emergenza deve sempre contattare il numero di emergenza del Paese dove si trova. La Prestazione non è soggetta a limiti per Annualità assicurativa.

- **Rientro con compagno di viaggio**
  In caso di rientro sanitario dell'Assicurato alla sua residenza o al luogo di Ricovero in Italia, in base alle condizioni della prestazione rientro sanitario e rientro della salma, se i medici della Struttura Organizzativa non ritengono necessaria l'assistenza sanitaria durante il trasporto, la Struttura Organizzativa organizza il viaggio di rientro anche per il compagno di viaggio che utilizza lo stesso mezzo di trasporto previsto per l'Assicurato.
  Le spese della prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa **con il limite di € 420** per sinistro.

- **Accompagnamento minori in viaggio**
  Se l'Assicurato in viaggio, a seguito di Infortunio o Malattia, non può occuparsi dei figli minori di 15 anni che viaggiano con lui, la Struttura Organizzativa fornisce, a sue spese un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia.

- **Viaggio di un familiare**
  Se l'Assicurato in viaggio è ricoverato in Istituto di cura a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa e i medici ritengono che non possa essere trasferito prima di 7 giorni, la Struttura Organizzativa fornisce a proprie spese, a un familiare residente in Italia, un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di Ricovero. La Struttura Organizzativa può anche prenotare un albergo sul posto per il familiare dell'Assicurato ricoverato.
  Le spese della Prestazione sono a carico della Struttura Organizzativa **con un limite di € 250**.

- **Rientro sanitario e rientro della salma**
  Se le condizioni dell'Assicurato in viaggio rendono necessario il rientro in Italia per il Ricovero in Istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa organizza a proprie spese il trasporto con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:
  - aereo sanitario;
  - aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
  - treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
  - autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato

L'accertamento dell'Infortunio o della Malattia deve avvenire con contatto diretto o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto.
Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica.
In caso di decesso dell'Assicurato la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Se è necessario riconoscere il corpo, o le disposizioni di legge del luogo ne impediscono il trasporto, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo del decesso.
Il rientro sanitario da Paesi diversi da Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, da tutti i paesi europei e dai paesi del Bacino del Mediterraneo (Algeria, Cipro, Egitto, Isole Canarie, Israele, Libano, Libia, Madera, Marocco, Siria, Tunisia, Turchia) si effettua **solo con aereo di linea in classe economica**.
La prestazione del trasporto della salma **non opera** inoltre in Bielorussia, Cocos, Corea del Nord, Crimea, Donetsk, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Iran, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kherson, Kiribati, Lugansk, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Russia, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Siria, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Zaporizhzhia.

- **Segnalazione di un medico specialista all'estero**
  Se a seguito di consulenza medica, si rende necessaria una Visita specialistica, è possibile contattare la Struttura Organizzativa per ricevere informazioni sulla presenza del medico specialista più vicino a cui rivolgersi; la Struttura Organizzativa indica il nominativo del medico, compatibilmente con le disponibilità locali.

Art. S1.2 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione

Alleanza assicura, sino alla concorrenza del Massimale annuo di **€ 500.000 per Assicurato**, il Pagamento Diretto del costo delle seguenti **prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione**.
L'Assicurato può effettuare le prestazioni diagnostiche esclusivamente presso una struttura del Network Sanitario Welion.

Elenco prestazioni:	
1. Agoaspirato (inclusi esami istologici)	22. Retinografia
2. Angiografia	23. Retinoscopia
3. Angioscopia del segmento anteriore dell'occhio	24. Faringo-laringoscopia diagnostica a fibre ottiche
4. Arteriografia	25. Rinolaringoscopia
5. Biopsia (inclusi esami istologici) (*)	26. Rinomanometria
6. Cavografia inferiore o superiore	27. Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
7. Colposcopia	28. Scintigrafia SPET
8. Esame urodinamico	29. Tomoscintigrafia ad emissione di fotone singolo
9. Elettronistagmografia	30. Teletermografia
10. Elettroretinogramma	31. Test di diffusione
11. Endoscopie	32. Tomografia a coerenza ottica - Angio OCT
12. Flebografia	33. Tonografia e test di provocazione
13. Fluorangiografia	34. Tonometria
14. Fluorangioscopia	35. Topografia corneale
15. Linfografia	36. Uroflussometria
16. Manometria	37. Elettromiografia
17. Orbitotonometria	38. Tomografia assiale computerizzata (TAC)
18. MOC - più segmenti	39. Fibroscan
19. Elettroneurografia	40. TSA (Doppler, EcoDoppler o EcoColorDoppler)
20. PET - Tomografia ad emissione di positroni	41. Ecografia dell'Addome
21. PH - Impedenzometria esofagea	42. Ecografia della Tiroide

(*) la Biopsia è inclusa anche se resa necessaria durante l'esecuzione dell'esame pre-autorizzato

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

In caso di prestazione diagnostica ad alta specializzazione, l'Assicurato 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 **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 può usufruire dei servizi riportati nei successivi articoli.

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

L'Assicurato può usufruire, tramite la Centrale Operativa, di un servizio di consulenza medica telefonica che fornisce: 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 o diagnostici (ad esempio: visite, esami, accertamenti). Per l'attivazione delle prestazioni e dei servizi, qualora ammissibili, si rimanda alla sezione ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI.

a) Informazioni su farmaci:
- composizione e controindicazioni;
- consigli su farmaci da assumere;
- tele-prescrizioni di farmaci.

b) Informazioni medico sanitarie su vaccinazioni:
- vaccinazioni obbligatorie previste dalla legge italiana;
- vaccinazioni consigliate in caso di viaggi o trasferte all'estero.

c) 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 può richiedere, tramite la Centrale Operativa, 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 di **età superiore ai 18 anni** ha la possibilità di eseguire fino a 4 mini check-up per Annualità assicurativa a seconda della fascia di età di appartenenza, come da tabella sottostante.

Età anagrafica	Numero mini check-up annui
18 - 40	2
41 - 55	2 + Esami ematici TOP
56 - 75	3 + Esami ematici TOP

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 • Valutazione Senologica	**Prevenzione andrologica** • Visita specialistica andrologica con ecografia scrotale
Prevenzione senologica 2 • Ecografia mammaria • Valutazione Senologica	

Mini check-up di prevenzione per tutti	
Prevenzione patologie polmonari • Visita specialistica pneumologica • Spirometria	**Prevenzione cardiologica** • Visita cardiologica • Elettrocardiogramma • Ecocardiogramma • Colesterolo Totale • Colesterolo HDL • Colesterolo LDL • Quadro Elettrolitico • Omocisteina • Trigliceridi • Glicemia • PCR
Prevenzione osteoporosi • Visita specialistica fisiatrica o ortopedica o reumatologica • MOC - un segmento	**Prevenzione osteoporosi** • 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
Esami ematici TOP • Emocromo con formula leucocitaria • Piastrine • VES • Creatinina • Proteine totali • Bilirubina frazionata • GOT • GPT • Gamma GT • Ferro • Glucosio • Colesterolo totale • Colesterolo HDL • Colesterolo LDL • Trigliceridi • PSA • Omocisteina • Proteina C ultrasensibile • TSH • Vitamina D • Emoglobina glicata • Esame urine completo • Sangue occulto nelle feci	**Prevenzione dermatologica** • Visita specialistica dermatologica con studio del biotipo e del fototipo cutaneo • Mappatura nevi manuale

L'Assicurato di **età inferiore ai 18 anni** ha diritto a 2 mini check-up di prevenzione per Annualità assicurativa, a scelta tra le seguenti opzioni:

<table>
<tr><th colspan="2">Mini check-up di prevenzione per tutti</th></tr>
<tr>
<td>Prevenzione cardiologica
Visita cardiologica
Elettrocardiogramma
Ecocardiogramma
Colesterolo Totale
Colesterolo HDL
Colesterolo LDL
Quadro Elettrolitico
Omocisteina
Trigliceridi
Glicemia
PCR</td>
<td>Prevenzione dermatologica
Visita specialistica dermatologica con studio del biotipo e del fototipo cutaneo
Mappatura nevi manuale</td>
</tr>
<tr>
<td>Prevenzione oftalmica
Visita specialistica oculistica
Studio fundus oculi
Tono oculare
Misurazione del visus</td>
<td>Prevenzione oftalmica
Emocromo con formula leucocitaria
Piastrine
VES
Creatinina
Proteine totali
Bilirubina frazionata
GOT
GPT
Gamma GT
Ferro
Glucosio
Colesterolo totale
Colesterolo HDL
Colesterolo LDL
Trigliceridi
PSA
Omocisteina
Proteina C ultrasensibile
TSH
Vitamina D
Emoglobina glicata
Esame urine completo
Sangue occulto nelle feci</td>
</tr>
</table>

Alleanza e la Centrale Operativa 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.

Art. S1.3.3.1 - Prestazioni di assistenza fornite dalla struttura organizzativa

In caso di mini check-up di prevenzione, l'Assicurato 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 - Network Card

L'Assicurato può prenotare presso il Network Sanitario Welion, ad un prezzo scontato, esami, visite specialistiche o tutte le prestazioni per le quali non è previsto il Pagamento Diretto da parte di Alleanza, i costi sostenuti per le prestazioni restano interamente a carico dell'Assicurato.
L'Assicurato può usufruire del servizio **in misura illimitata**, per ciascun anno assicurativo.

AVVERTENZA:

I costi sostenuti per le prestazioni a tariffa agevolata restano interamente a carico dell'Assicurato.

SOLUZIONE 2 - Cure Dentarie (Garanzia Facoltativa)

CHE COSA È ASSICURATO?

La Soluzione 2 - Cure Dentarie prevede il **Pagamento Diretto, 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 può effettuare le prestazioni esclusivamente presso gli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion.
L'Assicurato può usufruire della prestazione **2 volte** per anno assicurativo.

Art. S2.2 - Servizi

L'Assicurato può usufruire dei servizi riportati al successivo **Art. S2.2.1**

Art. S2.2.1 - Prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie - Network 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.

AVVERTENZA:

I costi sostenuti per le prestazioni a tariffa agevolata restano interamente a carico dell'Assicurato.

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 1 - Persone non assicurabili

Alleanza non assicura persone:
a) residenti all'estero, con l'eccezione della Repubblica di San Marino;
b) affette da Alcolismo o Tossicodipendenza;
c) con un'Età anagrafica 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;**

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).

- **hanno un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 30 e 39 e almeno due risposte positive (SI) alle domande del Questionario Sanitario;**
- **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; o**
  - **almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); o**
  - **almeno un farmaco per la cura del diabete; 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 che ha determinato un'invalidità civile superiore al 46% e assumono quotidianamente:**
  - **due o più farmaci per l'ipertensione; o**
  - **almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); o**
  - **almeno un farmaco per la cura del diabete; o**
  - **almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia)**;

Cosa si intende per presentazione 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'invadilità civile superiore al 46%. L'elenco delle malattie croniche che consentono di usufruire dell'esenzione è pubblicato sul sito del Ministero.

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

d) con Età assicurativa superiore a 70 anni.

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 e S1.2 della sezione PRESTAZIONI E SERVIZI nei casi di:

a) conseguenze dirette di Infortuni, Malattie, Stati preesistenti, conosciuti o diagnosticati anteriormente alla firma della proposta. Per la validità delle coperture assicurative, sono considerati Stati preesistenti le patologie pregresse gli stati patologici o e gli Infortuni che, alla data di decorrenza della copertura, non risultino clinicamente guariti, ovvero con postumi, necessità di cure o terapie, oppure con recidive o complicanze in atto. Lo stato di salute deve essere certificato da un medico abilitato; Allenza si riserva la facoltà di richiedere idonea documentazione attestante la guarigione clinica pregressa.
b) interventi per eliminare o correggere Malformazioni o Difetti fisici preesistenti, conosciuti o diagnosticati alla firma della proposta. La deviazione del setto o della piramide nasale è compresa nella copertura solo se resa necessaria da Infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal Pronto Soccorso o da una struttura privata equivalente 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 maniaco-depressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose 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 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 prescritti in regime di Day Surgery che per loro natura possono essere effettuati in Regime Ambulatoriale;
g) interventi, compresi nell'elenco sottostante, indipendentemente dal regime di Ricovero:
- **circoncisione per fimosi/parafimosi comprensiva di frenuloplastica;**
- **raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico;**
- **trattamento chirurgico del dito a martello;**
- **trattamento chirurgico del dito a scatto;**
- **laser ad eccimeri - Lasik, Lasek, PRK, Epilasik e consimili;**

h) 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;
i) eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
j) prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o Malattia oncologica. In riferimento all'applicazione di endoprotesi mammarie 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.

k) protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi protesici e di implantologia, salvo quelli causati da traumi e Infortunio documentati da certificato di Pronto Soccorso o da una struttura privata equivalente;
i) reimpianti di arti superiori o inferiori o sostituzione di articolazioni maggiori, successiva alla prima;

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

m) 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;
n) 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.

o) prestazioni connesse a disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) o di chirurgia bariatrica finalizzate alla cura dell'obesità;
p) prestazioni mediche (compresa la psicoterapia), e chirurgiche legate ai disturbi dell'identità sessuale;
q) prestazioni a scopo preventivo (esempio prevenzione delle patologie familiari) e di chirurgia preventiva, rimozione profilattica, comprese quelle a seguito di mutazione genetica;
r) trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali;
s) Ricoveri (con o senza Intervento) 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;
t) atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, anche su sé stesso, tentato suicidio;
u) intossicazioni per abuso di psicofarmaci o farmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psicofisiche alterate, stato di ebbrezza (per tale intendendosi il superamento del tasso alcolemico previsto dal Codice della strada ai fini dell'applicazione delle sanzioni ivi previste);
v) Infortuni, Malattie, stati patologici causati:
- **dalla pratica di qualsiasi attività sportiva che comporta remunerazione o contributi di qualunque tipo, in forma diretta o indiretta;**
- **dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è in possesso di regolare abilitazione a norma delle disposizioni in vigore. È tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente idonea, ma scaduta da non più di 3 mesi;**
- **da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atti terroristici o di guerra, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
- **da terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;**
- **da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;**

w) 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 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.

Art. 3 – Esclusioni specifiche per prestazioni di assistenza fornite dalla Struttura Organizzativa

Assistenza all'estero:

a) Rientro sanitario e rientro della salma

In caso di rientro sanitario, la prestazione non è prevista in caso di:

- **infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;**
- **malattie infettive se il trasporto comporta violazione di norme nazionali o internazionali.**

In caso di rientro della salma, la prestazione non comprende le spese per l'eventuale recupero della salma e per la cerimonia funebre.

b) Rientro con compagno di viaggio

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del compagno di viaggio.

c) Accompagnamento minori in viaggio

Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

d) Viaggio di un familiare

Sono escluse dalla prestazione le spese di albergo diverse da pernottamento e prima colazione.

Art. 4 - Esclusioni specifiche su Interventi chirurgici

Alleanza non accoglie le richieste di presa in carico diretta per le prestazioni previste dall'Art. S1.1 della sezione PRESTAZIONI E SERVIZI nei casi di Interventi chirurgici effettuati in Regime Ambulatoriale, ad eccezione di:

- **cataratta;**
- **tunnel carpale;**
- **ernia inguinale oppure ombelicale;**
- **asportazione o legatura delle emorroidi;**
- **polipectomia;**
- **meniscectomia.**

ATTIVAZIONE DELLE PRESTAZIONI E DEI SERVIZI

SOLUZIONE 1 - Cure Mediche (Garanzia Base)

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA.

Art. 1 - Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, parto (naturale e cesareo), percorso gravidanza e Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio: come attivare le prestazioni

a) Ricovero con e senza Intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e parto (naturale e cesareo) e percorso gravidanza

Per richiedere ad Alleanza un supporto o una richiesta di Pagamento Diretto dei costi del Ricovero con o senza Intervento chirurgico, (anche in regime di Day Hospital o Day Surgery) del parto (naturale e cesareo) e del percorso gravidanza elencati all'**Art. S1.1 della sezione PRESTAZIONI E SERVIZI**, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai seguenti recapiti

Per chiamate dall'Italia:

Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:

Numero +39 02 82951139

dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 22:00; sabato dalle 8:00 alle 14:00

In alternativa, può accedere alla Sezione "Prestazioni mediche" della propria Area Clienti attraverso il sito **www.alleanza.it** o scaricando l'App Alleanza.

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 e dell'Assicurato;
- **recapito telefonico mobile** dell'Assicurato;
- **struttura convenzionata Welion** presso cui sarà effettuata la prestazione;
- **nominativo del medico** (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 PremierHealthDocumenti@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;
- 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.
  In caso di parto (naturale e cesareo) e percorso gravidanza: certificato di gravidanza con esplicitazione della data presunta del parto

La Centrale Operativa può richiedere all'Assicurato ulteriore documentazione che risulta 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 ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE**.

AVVERTENZA:

L'invio di tutta la documentazione entro 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 firmare** l'apposita **Lettera di impegno**.

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 spettante, l'Assicurato **deve inviare all'indirizzo PremierHealthDocumenti@generali.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 "Prestazioni mediche" della propria Area Clienti attraverso il sito **www.alleanza.it** o scaricando l'App Alleanza.

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.

b) Urgenza Sanitaria all'Estero per Infortunio

Per richiedere la preventiva autorizzazione e la relativa attivazione dei servizi previsti dalla copertura, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

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

AVVERTENZA:

L'Assicurato non deve prendere nessuna iniziativa senza avere prima contattato la Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare tempestivamente all'operatore le seguenti informazioni:

- **tipo di evento occorso ed intervento richiesto;**
- **nome e cognome;**
- **indirizzo del luogo in cui l'Assicurato si trova;**
- **recapito telefonico.**

Per attivare le cure post Ricovero in Italia, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 22:00; sabato dalle 8:00 alle 14:00

L'Assicurato deve comunicare tempestivamente all'operatore le seguenti informazioni:

- **nome e cognome** del Contraente della Polizza e dell'Assicurato;
- **recapito telefonico mobile** dell'Assicurato;
- **documento medico di dimissioni fornito dalla struttura ospedaliera estera**, presso cui l'Assicurato è stato ricoverato a seguito di Infortunio, con l'indicazione della diagnosi e delle prestazioni relative al post ricovero.

In alternativa, può accedere alla Sezione "Prestazioni mediche" della propria Area Clienti attraverso il sito **www.alleanza.it** o scaricando l'App Alleanza.

Art. 2 - Prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione: come attivare le prestazioni

Per richiedere ad Alleanza il supporto o una richiesta di Pagamento Diretto dei costi di una prestazione diagnostica ad alta specializzazione tra quelle riportate all'**Art. S1.2 della sezione PRESTAZIONI E SERVIZI**, l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa**, ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 22:00; sabato dalle 8:00 alle 14:00

In alternativa, può accedere alla Sezione "Prestazioni mediche" della propria Area Clienti attraverso il sito **www.alleanza.it.** o scaricando l'App Alleanza.

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 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, se la struttura è convenzionata con il 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 risulta necessaria all'erogazione della prestazione.
Ultimate le verifiche, l'Assicurato deve trasmettere via e-mail all'indirizzo PremierHealthDocumenti@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 ulteriore documentazione che risulta 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;
- se la diagnosi non è in contrasto con le esclusioni di Polizza previste agli **Artt. 1 e 2 della sezione 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 firmare** l'apposita **Lettera di impegno**.

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, Care Manager e assistenza alla persona e assistenza all'estero: come attivare le prestazioni

a) Trasporto

Per richiedere la prestazione di trasporto in caso di Ricovero, prestazione diagnostica ad alta specializzazione o mini check-up di prevenzione, l'Assicurato **deve contattare la Struttura Organizzativa,** ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

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

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 alla Struttura Organizzativa.

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.

b) 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:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

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

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 alla Struttura Organizzativa.

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.

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

c) Assistenza alla persona

- ricerca e noleggio attrezzature mediche
- supporto psicologico

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

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

La Struttura Organizzativa è attiva dal lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00 - esclusi i festivi

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

d) Assistenza all'estero

Per richiedere la prestazione l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

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

Art. 4 - Come attivare i servizi

Per richiedere l'attivazione dei servizi previsti dall'Art S1 .2, l'Assicurato **deve contattare la Centrale Operativa** ai seguenti recapiti telefonici:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

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:

- 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:

- 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:

- verifica il diritto dell'Assicurato ad usufruire del servizio;
- individua la struttura convenzionata in accordo con l'Assicurato;
- conferma, tramite e-mail e sms, che la prenotazione del mini check-up di prevenzione è avvenuta e che il Pagamento Diretto è operativo.

In alternativa, può accedere alla Sezione "Servizi" della propria Area Clienti attraverso il sito **www.alleanza.it** o scaricando l'App Alleanza.

L'elenco dei centri del Network Sanitario Welion è disponibile al link: **www.alleanza.it/strutture-convenzionate/ La struttura del Network Sanitario Welion scelto, per alcune prestazioni, può richiedere all'Assicurato un certificato medico**.

d) Prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche - Network Card

Per poter usufruire delle prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche l'Assicurato, quando si reca nella struttura, deve **esibire la Network Card e un documento di riconoscimento in corso di validità**. L'elenco dei centri del Network Sanitario Welion è disponibile al link: **www.alleanza.it/strutture-convenzionate/** Welion è a disposizione per l'eventuale servizio di prenotazione.

SOLUZIONE 2 - Cure Dentarie (Garanzia Facoltativa)

CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA.

Art. 5 - Visita odontoiatrica di controllo con contestuale pulizia dei denti: come attivare le prestazioni

Per richiedere ad Alleanza il Pagamento Diretto dei costi della visita odontoiatrica di controllo con contestuale pulizia dei denti, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, entro 3 giorni lavorativi dalla data della visita, ai seguenti recapiti:

Per chiamate dall'Italia:
Numero Verde 800 801 083

Per chiamate dall'estero:
Numero +39 02 82951139

dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 22:00; sabato dalle 8:00 alle 14:00

In alternativa, può accedere alla Sezione "Prestazioni mediche" della propria Area Clienti attraverso il sito www.alleanza.it o scaricando l'App Alleanza.
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;
- **nome e cognome** della persona che effettua la prestazione;
- **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 è disponibile al link: **www.alleanza.it/strutture-convenzionate/** Welion è a disposizione per l'eventuale servizio di prenotazione.

Art. 6 - Come attivare i servizi

Prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie - Network Card
Per poter usufruire delle prestazioni a tariffe agevolate per cure dentarie, l'Assicurato quando si reca nella struttura, **deve esibire la Network Card e un documento di riconoscimento in corso di validità**.
L'elenco degli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion 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 riconduce 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
Exeresi neoformazioni tumorali maligne cutanee: • melanoma • carcinoma spinocellulare • carcinoma basocellulare • carcinoma squamocellulare • sarcoma di Kaposi • linfoma cutaneo • carcinoma a cellule di Merkel	1
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

INTERVENTO CHIRURGICO	CLASSE
Interventi toracici di robotica	2
Laparoscopie	1
Laparoscopie per patologie tumorali maligne	2
Laparotomie	2
Laparotomie per patologie tumorali maligne	3
Linfoadenectomia 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

Assicurazione Salute

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni
Compagnia: Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: Premier Health

Alleanza Assicurazioni S.p.A., iscritta in Italia all'Albo delle Imprese IVASS al n. 1.00178, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS prot. n. 51-13-000294 e 51-13-000295 dell'17/09/2013.

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

Che tipo di assicurazione è?

Premier Health di Alleanza è una polizza assicurativa che tutela l'Assicurato dal rischio di dover sostenere delle spese per prestazioni sanitarie rese necessarie da infortunio, malattia o parto. Premier Health di Alleanza consente di usufruire, inoltre, di tariffe agevolate presso le strutture convenzionate del Network Welion nonché di una serie di servizi connessi alle prestazioni previste dal prodotto.

Che cosa è assicurato?

Soluzione 1 Cure Mediche
Le prestazioni sono garantite solo in caso di scelta di una struttura convenzionata con il Network Sanitario Welion.

Sezione prestazioni: prevede il pagamento diretto delle spese per le cure prima e dopo il ricovero (accertamenti diagnostici, visite specialistiche ed esami di laboratorio), per il ricovero con o senza intervento chirurgico, per il day hospital, per il day surgery e per le prestazioni diagnostiche ad alta specializzazione, il parto, il percorso gravidanza e l'urgenza sanitaria all'estero per infortunio.

Sezione Assistenza: prevede il pagamento diretto delle spese per le prestazioni di trasporto da e verso la struttura convenzionata Welion in caso di cure pre e post ricovero, ricovero, prestazione diagnostica ad alta specializzazione e mini check up di prevenzione; per la consulenza di un care manager, dopo le dimissioni a seguito di un ricovero con almeno una notte di degenza, che valuta l'esigenza di attivare un piano di assistenza domiciliare integrata personalizzato, l'Assistenza alla persona e l'Assistenza all'estero.

Sezione servizi connessi: l'Assicurato può usufruire, tramite la centrale operativa, del servizio di consulenza medica telefonica h24 (teleconsulto), del servizio di second opinion (generalista, cardiologica, oncologica), fino a 4 mini-check up di prevenzione (secondo l'età dell'Assicurato) e di prestazioni a tariffe agevolate per cure mediche tramite l'utilizzo della Network Card di Alleanza.

La Soluzione 1 Cure Mediche è obbligatoria per tutti gli Assicurati.
Le garanzie sono prestate fino a concorrenza del massimale indicato nella specifica sezione di polizza.

È disponibile una garanzia opzionale per ampliare e personalizzare la copertura, indicata nel DIP Aggiuntivo.

Che cosa NON è assicurato?

Soluzione 1 Cure Mediche, le garanzie non vengono prestate in caso di: conseguenze dirette di infortuni, malattie, stati patologici preesistenti; interventi per eliminare o correggere malformazioni/difetti fisici preesistenti; prestazioni per malattie mentali e disturbi psichici compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose o depressive, malattie riferibili ad esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico; prestazioni per malattie neurodegenerative; ricoveri e day hospital durante i quali sono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche; interventi prescritti in regime di day surgery che possono essere effettuati in regime ambulatoriale; interventi per circoncisione per fimosi/parafimosi comprensiva di frenuloplastica, indipendenti dal ricovero; raschiamento endouterino diagnostico o terapeutico, prestazioni per il trattamento chirurgico del dito a martello e del dito a scatto, laser ad eccimeri; trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza, fecondazione assistita e artificiale, contraccezione, interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza; eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione; prestazioni con finalità esclusivamente dietologiche o estetiche; protesi dentarie e ortodontiche, cure dentarie e del parodonto, interventi protesici e di implantologia; reimpianti di arti superiori o inferiori o sostituzione di articolazioni maggiori, successiva alla prima; prestazioni e tecniche che non rientrano nei protocolli validati dalle Autorità Internazionali e quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale; stati vegetativi o ricoveri per lunga degenza; prestazioni connesse a disordini alimentari o di chirurgia bariatrica finalizzate alla cura dell'obesità; prestazioni mediche e chirurgiche legate ai disturbi dell'identità sessuale; prestazioni a scopo preventivo e di chirurgia preventiva, rimozione profilattica, comprese quelle a seguito di mutazione genetica; trattamenti osteopatici e di agopuntura non eseguiti da medico, trattamenti chiropratici, shiatsu, reflessologia, fitoterapia, rolfing, omeopatia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, omotossicologia e tutti quelli relativi a terapie non convenzionali; ricoveri o prestazioni diagnostiche successivi alla data di scadenza o di anticipata cessazione della garanzia, anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante la validità della garanzia; atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, anche su se stesso, tentato suicidio; intossicazioni per abuso di psicofarmaci o farmaci e per uso di sostanze stupefacenti o allucinogene o comunque condizioni psico-fisiche alterate, stato di ebbrezza; infortuni, malattie, stati patologici causati dalla pratica di qualsiasi attività sportiva che comporta remunerazione o contributi di qualunque tipo, in forma diretta o indiretta, dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è in possesso di regolare abilitazione, da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atti

terroristici o di guerra, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, da terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti; prestazioni per le quali l'Assicurato non fornisce documentazione medica esaustiva; interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale, ad eccezione di cataratta, tunnel carpale, ernia inguinale/ombelicale, asportazione/legatura delle emorroidi, polipectomia, meniscectomia.

Ci sono limiti di copertura?

Soluzione 1 Cure Mediche, in caso di ricovero con intervento chirurgico o day surgery, se l'Assicurato, all'interno della struttura convenzionata, sceglie un medico non convenzionato, rimangono a suo carico i costi per gli onorari dell'équipe chirurgica non convenzionata. Se l'Assicurato si sottopone a più di un intervento chirurgico nel corso del ricovero, viene indennizzato quello che appartiene alla classe più elevata.

Dove vale la copertura?

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Le prestazioni vengono erogate nei Network Sanitari e Odontoiatrici Welion, sul territorio italiano. Le prestazioni di Urgenza sanitaria all'estero vengono erogate nel Network di Europ Assistance. Non sono compresi nell'oggetto del rischio assicurato i seguenti Paesi/Territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Regioni Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson e Zaporizhzhia, Bielorussia, Federazione Russa, Cuba, Venezuela, Libia, Afghanistan, Myanmar (Bruma).

Che obblighi ho?

Al momento della firma della proposta, il Contraente e l'Assicurato hanno il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato. Le dichiarazioni inesatte e reticenti possono comportare la perdita totale del diritto alle prestazioni o ai servizi e la cessazione dell'assicurazione. Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute rispetto alle dichiarazioni fornite alla sottoscrizione. Per i soli Assicurati maggiorenni, l'assunzione avviene sulla base delle risposte fornite al questionario sanitario. In fase di firma del questionario sanitario, l'Assicurato deve verificare la corretta compilazione.

Quando e come devo pagare?

Il premio, comprensivo di imposta, è annuale e può essere pagato anche in rate mensili, senza il pagamento di costi aggiuntivi. Sono consentiti i seguenti metodi di pagamento: **Premio annuale**: a) premio di perfezionamento: addebito diretto su conto corrente; b) rate di premio successive: addebito diretto su conto corrente. **Frazionamento mensile**: a) premio di perfezionamento: addebito diretto su conto corrente; b) rate di premio successive: addebito diretto su conto corrente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Se il pagamento del premio è andato a buon fine, il contratto entra in vigore dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata in polizza. Il contratto ha una durata pari a 5 anni senza tacito rinnovo a scadenza.

Come posso disdire la polizza?

Recesso: il Contraente può recedere dal contratto a ogni annualità assicurativa, senza costi e con preavviso di 30 giorni. Diritto di **ripensamento**: il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto se il contratto è stato collocato per intero mediante tecniche di comunicazione a distanza, Alleanza rimborsa il premio pagato, al netto delle spese di emissione, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. Il Contraente deve inviare una comunicazione scritta al Soggetto incaricato o ad Alleanza tramite lettera A/R, alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano; tramite PEC alleanza@pec.alleanza.it

Assicurazione Salute

ALLEANZA ASSICURAZIONI

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)
Prodotto: Premier Health
Data di aggiornamento: 29/06/2026
Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Alleanza Assicurazioni S.p.A. è una società appartenente al Gruppo Generali con sede legale in Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano (MI) - ITALIA; recapito telefonico: +39 02 40824111; sito internet: www.alleanza.it; indirizzo di posta elettronica: tutelaclienti@alleanza.it; indirizzo PEC: alleanza@pec.alleanza.it ed è iscritta al n. 1.00178 dell'Albo delle imprese di assicurazione.
Patrimonio netto al 31/12/2025: € 4.351.771.516, di cui risultato economico di periodo € 450.359.696. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.
Indice di solvibilità (solvency ratio): 305% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa vigente). La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet https://www.alleanza.it/comunicazioni-e-avvisi/

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto

Che cosa è assicurato?

Le garanzie operano, se riportate in polizza e se è stato corrisposto il relativo premio, nei limiti indicati nella sezione "Ci sono limiti di copertura?" e in ogni caso nel limite dei massimali e delle somme assicurate indicati in polizza.

Il Contraente può aggiungere la seguente soluzione opzionale per ciascun Assicurato, con il pagamento di un premio aggiuntivo.

Soluzione 2 Cure Dentarie

Sezione prestazioni: prevede il pagamento diretto delle spese per due visite odontoiatriche di controllo all'anno con contestuale pulizia dei denti. La prestazione è garantita esclusivamente in caso di scelta di una struttura convenzionata con il Network Odontoiatrico Welion.

Sezione servizi connessi: l'Assicurato può effettuare prestazioni odontoiatriche a tariffe agevolate, a proprie spese, presso gli studi dentistici del Network Odontoiatrico Welion, tramite l'utilizzo della Network Card di Alleanza. L'Assicurato può usufruire del servizio in misura illimitata.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Per tutte le soluzioni non sono assicurate le persone: residenti all'estero, con l'eccezione della Repubblica di San Marino; affette da alcolismo o tossicodipendenza; con un'età anagrafica pari o superiore a 18 anni che presentano almeno una o più delle seguenti condizioni: i) hanno un indice di massa corporea inferiore o uguale a 16,5 ovvero superiore o uguale a 40, ii) hanno un indice di massa corporea compreso tra 30 e 39 e assumono quotidianamente farmaci per il cuore, iii) hanno un indice di massa corporea compreso tra 30 e 39 e almeno due risposte positive (SI) alle domande del questionario sanitario, iv) 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, o almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione), o almeno un farmaco per patologie respiratorie anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia), v) rispondono positivamente (SI) ad almeno tre domande del questionario sanitario, vi) hanno un'esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invalidità civile superiore al 46% e assumono quotidianamente due o più farmaci per l'ipertensione, o almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione), o almeno un farmaco per la cura del diabete, o almeno un farmaco per patologie respiratorie anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia), vii) 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, o almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione), o almeno un farmaco per la cura del diabete, o almeno un farmaco per patologie respiratorie anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia); con un'età assicurativa superiore a 70 anni.

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a:
• persone fisiche che hanno espresso il bisogno di "Cura della persona" e "Assistenza e soccorso";
• imprese ed altri enti che hanno espresso il bisogno di "Protezione da infortuni e malattie" e "Assistenza e soccorso" al fine di tutelare le persone fisiche dagli stessi identificate.

Quali costi devo sostenere?

Gli intermediari percepiscono in media il 23% del premio imponibile versato dal Contraente per remunerazioni di tipo provvigionale.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami possono essere presentati con le seguenti modalità: • con lettera inviata a Alleanza Assicurazioni S.p.A. - Tutela Clienti - Piazza Tre Torri, 1 – 20145 Milano; • tramite il sito internet della Compagnia www.alleanza.it, nella sezione Reclami; • via e-mail all'indirizzo tutelaclienti@alleanza.it La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Clienti. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o riposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it alla sezione "Per i consumatori - Reclami".

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):

Arbitro assicurativo	E' obbligatorio ricorrere all'Arbitro Assicurativo previsto dalla legge come condizione di procedibilità dell'eventuale azione giudiziaria, in alternativa alla Mediazione. Il ricorso va presentato tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	E' obbligatorio ricorrere alla Mediazione prevista dalla legge come condizione di procedibilità per le controversie sui contratti di assicurazione. L'istanza deve essere inoltrata all'indirizzo PEC alleanza@pec.alleanza.it o presso la Sede Legale di Alleanza. E' possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	E' possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato ad Alleanza Assicurazioni.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	E' inoltre possibile attivare la procedura FIN-NET per la risoluzione delle liti transfrontaliere. E' possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare la rete FIN-NET rivolgendosi al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di assicurazione (rintracciabile sul sito della Commissione Europea: Rete per la risoluzione delle controversie finanziarie: FIN-NET - Commissione Europea o http://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it)

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	L'imposta sulle assicurazioni dovuta sul premio imponibile è: 2,5% per i premi del ramo malattia, 10% per i premi del ramo assistenza. I premi non sono detraibili.

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il **cliente** è stato **precedentemente affetto da patologie oncologiche** - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - **non è tenuto** a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. **Il termine è ridotto da dieci a cinque anni**, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le **patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi**, sono previsti **termini inferiori, indicati nella Tabella**, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link alleanza.it/comunicazioni-e-avvisi/disposizioni-per-la-prevenzione-delle-discriminazioni/.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO CON LE SEGUENTI FUNZIONALITA': VERIFICARE I CONTRATTI ATTIVI E NON ATTIVI E LE GARANZIE ACQUISTATE; VERIFICARE LO STATO DI PAGAMENTO DEI PREMI E LE RELATIVE SCADENZE; VISUALIZZARE E SCARICARE LA DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE; CONSULTARE E AGGIORNARE I DATI PERSONALI E I CONSENSI PRIVACY; SEGNALARE UN SINISTRO.