

POLIZZA DI ASSICURAZIONE

POLIZZA SALUTE

Allwell
Executive

Polizza danni di durata annuale dedicata alla protezione della salute delle persone.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- IL FAC-SIMILE DELLA POLIZZA

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 03/2022

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplice e Chiari”.



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

Che tipo di Assicurazione è?

È una Polizza dedicata alla protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone.



Che cosa è assicurato?

La Polizza All Well Executive riconosce per prestazioni sanitarie rese necessarie da Malattia o Infortunio, accadute successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa:

- ✓ il Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'aborto terapeutico), Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale,
- ✓ un'indennità sostitutiva in caso di Ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale,
- ✓ il rimborso delle spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e rieducativi,
- ✓ il rimborso una volta all'anno a titolo di prevenzione, degli accertamenti diagnostici indicati in polizza,
- ✓ il rimborso per l'acquisto di lenti e occhiali o lenti a contatto correttive.

I massimali sono prestabiliti in polizza e sono applicati per Anno assicurativo e per persona.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ L'Assicurato che in fase di stipula presenti una o più risposte positive alle domande riportate nel Questionario sanitario.
- ✗ La persona affetta da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.
- ✗ La persona non stabilmente residente in Italia.
- ✗ L'Assicurato che al momento dell'adesione abbia già compiuto 65 anni.

Inoltre:

- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, l'età massima all'uscita non può essere superiore ai 74 anni compiuti.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le garanzie sono previste limitazioni ed esclusioni.

La Polizza prevede dei periodi di Carenza durante i quali, se avviene il Sinistro o il Ricovero inizia durante tali periodi e prosegue oltre gli stessi, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo / Rimborso.

Le prestazioni saranno operanti ed effettive, ferme le esclusioni previste in Polizza:

- ! per gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- ! per le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Eventuali Malattie diagnosticate nel periodo di Carenza e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami nel periodo di Carenza, saranno coperte dall'Assicurazione successivamente a tale periodo, ferme comunque le esclusioni previste in Polizza.



Dove vale la copertura

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione dell'assicurazione e/o il mancato pagamento del danno.

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del sinistro.



Quando e come devo pagare?

L'importo del Premio è indicato sul certificato di assicurazione e sull'area riservata del sito all-well.it o dell'applicazione allwell ed è sempre aggiornato.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo che può pagato in rata unica anticipata oppure frazionato semestralmente, trimestralmente o mensilmente senza oneri aggiuntivi.

Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti unico ed indivisibile.

Il pagamento del Premio avverrà in automatico tramite addebito ricorrente sulla carta di credito del Contraente.

Il Premio è soggetto ad adeguamento automatico al passaggio da un'età all'altra.

L'adeguamento automatico sarà applicato dalla prima ricorrenza annuale dell'Assicurazione successiva al compimento dell'età.

Per la fascia di età 0-20 non viene applicato l'adeguamento del premio per età.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo.

Il contratto di Assicurazione si considera concluso quando il Contraente:

- avrà accettato la proposta di Assicurazione tramite le apposite funzionalità dell'area riservata del sito internet all-well.it o dell'applicazione allwell;
- avrà pagato il Premio.

L'assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.



Come posso disdire la polizza?

Puoi impedire il rinnovo automatico della polizza inviando la richiesta di disdetta mediante app (allwell), sito (all-well.it), email all'indirizzo myallwell@all-well.it, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

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

Compagnia: Net Insurance S.p.A.

Prodotto: ALL WELL EXECUTIVE

Data ultimo aggiornamento: 08/03/2022

Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione del contratto.

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Net Insurance - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n.2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 77,9 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,5 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 60,4 milioni.
 Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 38,2 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 13,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 77,2 milioni.
 L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 203,88%.
 Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2020 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link:
<http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che Cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

ALL WELL EXECUTIVE è una Polizza dedicata alla protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone, che consente ai Clienti di ottenere un rimborso delle spese sanitarie sostenute al verificarsi di determinati eventi.

L'Assicuratore riconosce, fermi i Massimali per Anno assicurativo e per persona, fermi i periodi di Carenza previsti in Polizza e le Condizioni di Assicurazione, le seguenti prestazioni:

<p>Ricovero Rimborso spese mediche</p>	<p>SPESE PRE (precedenti) Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), effettuati precedentemente e inerenti la Malattia o l'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.</p> <p>SPESE DURANTE Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza.</p>
--	---

	<p>Gli interventi di chirurgia refrattiva sono inclusi in caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anisometropia superiore a 4 diottrie; o - difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie. <p>SPESE POST (successive)</p> <p>Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico, effettuati successivamente e inerenti la Malattia o l'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.</p>
Indennità Sostitutiva	<p>In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico l'Assicuratore riconosce all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva, se le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale. Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.</p> <p>In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.</p> <p>Qualora le spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.</p> <p>Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e SPESE POST come descritte al precedente punto "Ricovero – rimborso spese mediche".</p>
Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Trattamenti Fisioterapici	<p>L'Assicuratore riconosce, per Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici o Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, un Rimborso fino a concorrenza del Massimale previsto in polizza. Tra le Visite Specialistiche è inclusa una prima visita psicologica e le sedute di logopedia.</p>
Prevenzione – Check Up	<p>L'Assicuratore riconosce, a titolo di prevenzione, una volta all'anno, il Rimborso degli Accertamenti Diagnostici indicati in polizza, da eseguire in un'unica soluzione.</p>
Lenti / Occhiali	<p>L'Assicuratore riconosce, il Rimborso per l'acquisto di lenti e occhiali o lenti a contatto correttive, a seguito di modifica del visus o di prescrizione prime lenti.</p>
Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
Forma di Copertura	<p>Il Contraente può stipulare il presente contratto optando per la forma di copertura INDIVIDUALE, in tal caso il contratto prevederà un solo Assicurato (anche diverso dal Contraente purchè facente parte del suo Nucleo Familiare), oppure optando per la forma di copertura NUCLEO nella quale sono assicurabili da un minimo di 2 ad un massimo di 8 persone facenti parte del Nucleo Familiare del Contraente, per Polizza, in tal caso i premi di ciascun Assicurato beneficeranno di uno sconto automatico del 15%.</p> <p>Lo sconto rimane valido sempre che venga mantenuta la forma di copertura "NUCLEO".</p>



Che Cosa NON è assicurato?

Esclusioni	<p>L'Assicurazione non è operante per:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) le Patologie Preesistenti, fatta eccezione della Garanzia "Lenti / Occhiali" e degli interventi di chirurgia refrattiva per i quali non si applica l'esclusione; b) gli stati invalidanti, gli Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi; c) le prestazioni: <ul style="list-style-type: none"> - non incluse nelle Garanzie tra le "Prestazioni"; - senza l'indicazione della diagnosi accertata o sospetta (per la sola garanzia "Prevenzione - Check Up" non è richiesta alcuna diagnosi); - effettuate per familiarità o predisposizione genetica; - non effettuate presso Istituti di Cura, Centri Medici o da medici specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche; - sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi
-------------------	---

	<p>chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;</p> <ul style="list-style-type: none"> - necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; <p>d) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite, nonché le patologie ad esse correlate;</p> <p>e) le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;</p> <p>f) le spese per prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, oculistica, pediatrica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale. Le prestazioni di "Check Up" non sono intese come spese di routine e/o controllo;</p> <p>g) le spese sostenute presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; - a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti; <p>h) gli interventi di Chirurgia Bariatrica per curare l'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40), nonché le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;</p> <p>i) le prestazioni e gli interventi non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;</p> <p>j) i ricoveri e le spese per prestazioni in conseguenza di Malattie Mentali (disturbi psichici e nevrosi);</p> <p>k) i Ricoveri Impropri e i Ricoveri per Lungodegenza;</p> <p>l) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Sperimentale e Medicina Alternativa;</p> <p>m) l'interruzione volontaria della gravidanza, è comunque compreso l'Aborto Terapeutico;</p> <p>n) i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente, salvo che siano effettuati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati fino a tre anni di età compiuti; - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per neoplasia maligna; <p>o) gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;</p> <p>p) le conseguenze di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; - qualsiasi atto di terrorismo; - terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; <p>q) gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;</p> <p>r) gli Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose; - derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; - derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano,
--	---

hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill".

Inoltre:

in relazione alle Prestazioni per "Ricovero – Rimborso spese":

SPESE DURANTE

- tra le spese per Rette di Degenza sono escluse le spese voluttuarie,
- le spese per la Retta di Degenza sono escluse in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale,

SPESE POST

- tra le spese per cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico sono escluse le spese alberghiere.

L'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Sono esclusi gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per Covid-19, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: tampone molecolare/PCR real time, tampone antigenico, test sierologico".

Sono escluse le lenti "usa e getta" e lenti estetiche, dal Rimborso per l'acquisto di lenti e occhiali o lenti a contatto correttive. Sono escluse, anche se comprese sulla medesima fattura di spesa, le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono espresse di seguito maggiori informazioni.

Ferme le Carenze indicate nel DIP Danni, di seguito vengono espresse le tabelle riepilogative dei limiti di indennizzo, Franchigie e/o Scoperti:

ALL WELL Executive (i Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno assicurativo e per persona)

GARANZIA	SCOPERTI	FRANCHIGIE	SOMMA ASSICURATA	LIMITI DI INDENNIZZO
<ul style="list-style-type: none"> • Ricovero Rimborso Spese Mediche 	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture Convenzionate (Regime diretto): <u>Scoperto 10%</u> • Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale): <u>Scoperto 25%</u> 	Nessuno	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale per Anno assicurativo per persona: € 50.000,00 • Submassimale Parto/Aborto terapeutico (inclusa retta di degenza nel submassimale): € 2.500,00 • Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale): € 1.000,00 per occhio 	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture Convenzionate (Regime diretto): <u>Rimborso pari al 90% del costo sostenuto</u> • Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale): <u>Rimborso pari al 75% del costo sostenuto</u> • Limite temporale Spese PRE e POST: <u>90 giorni precedenti / 90 giorni successivi</u> • Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non Convenzionate): <u>€ 350,00 al giorno</u> • Chirurgia refrattiva: <u>Rimborso pari al 90% del costo sostenuto</u> • Rimborso Ticket SSN : 100%
<ul style="list-style-type: none"> • Indennità Sostitutiva 	Nessuno	Nessuna	<ul style="list-style-type: none"> • € 150,00 per ciascun giorno di ricovero 	<ul style="list-style-type: none"> • massimo di 100 giorni l'anno

			<ul style="list-style-type: none"> € 75,00 per Day Hospital/Day Surgery 	Indennità raddoppiata in casi di Ricovero in terapia intensiva <ul style="list-style-type: none"> Limite temporale Spese PRE e POST: <u>90 giorni precedenti / 90 giorni successivi</u>
<ul style="list-style-type: none"> Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici, Trattamenti Fisioterapici 	<ul style="list-style-type: none"> Strutture Convenzionate (Regime diretto): <u>Scoperto 10%</u> Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale): <u>Scoperto 25%</u> 	Nessuna	€ 1.000,00	<ul style="list-style-type: none"> Strutture Convenzionate (Regime diretto): <u>Rimborso pari al 90% del costo sostenuto</u> Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale): <u>Rimborso pari al 75% del costo sostenuto</u> Rimborso Ticket SSN : 100%
<ul style="list-style-type: none"> Prevenzione – Check Up 	Nessuno	Nessuna	€ 100,00	Prestazione riconosciuta una volta all'anno, da eseguire in un'unica soluzione
<ul style="list-style-type: none"> Lenti/Occhiali 	Scoperto del 10%	Nessuna	€ 200,00	Rimborso pari al 90% del costo sostenuto

Limiti di indennizzo - Tabella prestazioni incluse nella garanzia Prevenzione - Ccheck-up

ANALISI DEL SANGUE <ul style="list-style-type: none"> Azotemia Cloremia, Sodiemia, Potassiemia Colesterolo Totale (LDL e HDL) Creatinina Emocromo con formula Gamma GT Glicemia PCT T3 – T4 – TSH Transaminasi Trigliceridi Uricemia 	ESAME DELLE URINE COMPLETO
---	-----------------------------------

Condizioni di operatività per Indennità Sostitutiva

In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

DENUNCIA DI SINISTRO

Per denunciare il Sinistro l'Assicurato deve contattare l'Agenzia di assicurazioni All Well S.r.l.:

- Attraverso il sito all-well.it, accedendo alla propria area riservata;
- Inviando una e-mail all' indirizzo claim@all-well.it

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare All Well S.r.l. deve aver prestato il consenso al trattamento dei suoi dati.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve avvisare All Well S.r.l. entro 10 giorni dal verificarsi dell'evento. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Cosa fare in caso di sinistro?

Qualora l'Assicurato decida di utilizzare le Strutture Convenzionate (struttura sanitarie e medico/equipe medica devono essere entrambi convenzionati) deve richiedere preventivamente – almeno 2 giorni prima - l'autorizzazione al Regime Diretto ad All Well S.r.l.. In mancanza dell'autorizzazione il servizio non è operante.

Il preavviso di 2 giorni non è richiesto nei soli casi di comprovata urgenza.

Il pagamento che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà l'Assicuratore stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto l'Assicuratore abbia già corrisposto.

Il pagamento non pregiudica il diritto dell'Assicuratore a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

La richiesta di Rimborso o il pagamento dell'Indennità Sostitutiva viene invece gestita dalla Struttura Operativa entro 3 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il Rimborso / Indennizzo avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Per le spese sostenute all'estero i Rimborsi vengono sempre effettuati in Euro, applicando il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo o Tedesco dovrà essere accompagnata di traduzione in italiano, eventuali oneri di traduzione rimangono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici dell'Assicuratore e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Strutture Convenzionate (Regime Diretto)

Per richiedere l'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicurato deve inviare tramite la propria area web riservata, disponibile all'indirizzo all-well.it, o App riservata o all'indirizzo e-mail claim@all-well.it, la prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto) con le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o presunta e data d'insorgenza della stessa;
- in caso di regime ospedaliero: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico.

Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;

- in caso di regime extraospedaliero: tipo di prestazione da eseguire (es. visita ortopedica, ecografia addome completo etc.).
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: la richiesta dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Per eseguire il pacchetto di prevenzione - check up l'Assicurato deve contattare All Well S.r.l..

La Struttura Operativa in accordo con l'Assicurato provvederà a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire il check up.
Al fine della corretta valutazione del Sinistro, l'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).

Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti, l'eccedenza di Massimali, nonché le prestazioni e le spese non previste dalla presente Assicurazione.

Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non correlate alla diagnosi e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate.

Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza attivare il Regime Diretto, il Rimborso verrà riconosciuto applicando quanto previsto per il Regime Rimborsuale.

Strutture non Convenzionate (Regime Rimborsuale)

Per richiedere il Rimborso / Indennizzo, l'Assicurato – a cure ultimate - deve inviare tramite la propria area web riservata, disponibile all'indirizzo all-well.it, o App riservata o all'indirizzo e-mail claim@all-well.it, quanto di seguito specificato:

- per il Rimborso delle spese relativa a Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate;
 - cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.).
In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
- per l'Indennità Sostitutiva: cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.);
- per il Rimborso delle Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate.
La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare congrua con la patologia accertata o sospetta;
 - documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista con indicata la patologia accertata o sospetta e la data d'insorgenza della stessa,
Per i soli Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi la documentazione (prescrizione, o certificato o referto) dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
- per l'acquisto di lenti e occhiali e lenti a contatto, prescrizione prime lenti o modifica del visus compilata dal medico oculista o da ottico optometrista.
Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta entro la fine dell'Anno assicurativo;
- per il Rimborso del pacchetto Prevenzione - Check Up: fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate con elencati i singoli esami eseguiti;
- per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Ricevuta tutta la documentazione e se, a seguito della valutazione, il Sinistro è rimborsabile ai sensi dell'Assicurazione, l'Assicuratore riconosce all'Assicurato, l'Indennizzo/Rimborso entro 3 giorni dalla data di conclusione del Sinistro.

Al fine della corretta valutazione del Sinistro, l'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere:

- documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali);
- la produzione degli originali della documentazione inviata.

ASSISTENZA DIRETTA IN CONVENZIONE

Enti/strutture convenzionate con l'Assicuratore:

- **MyAssistance S.r.l.**, con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore al Pagamento

	<p>diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati.</p> <p>Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.</p>
	<p>PRESCRIZIONE</p> <p>I diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Eventuali dichiarazioni false o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.</p> <p>Con particolare riferimento alla compilazione del Questionario Sanitario, le risposte fornite dal Contraente, per conto dell'Assicurato, devono essere esatte e veritiere in quanto ritenute valide ai fini dell'Assicurazione. Qualsiasi dichiarazione fatta dal Contraente, in riferimento allo stato di salute, è come se venisse fatta dall'Assicurato stesso.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>L'Assicuratore in caso di Sinistro riconosce il pagamento dell'Indennizzo a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.</p> <p>Il Premio è comprensivo dell'imposta sulle assicurazioni.</p> <p>Fermo l'adeguamento automatico per età, l'Assicuratore in ogni caso si riserva il diritto di modificare la tariffa adeguando il Premio di tutti gli Assicurati al rinnovo annuale della Polizza e in tal caso lo comunica al Contraente con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla scadenza dell'Anno assicurativo in corso. Se il Contraente non accetta l'incremento del Premio ha diritto di disdire il contratto entro 30 giorni prima della data di scadenza annuale dell'Assicurazione.</p> <p>Le variazioni del Premio saranno applicate dalla prima ricorrenza annuale dell'Assicurazione successiva alla comunicazione di variazione trasmessa al Contraente.</p>
Rimborso	<p>In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso d'Anno assicurativo, ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
Sospensione	<p>Il contratto può incorrere nella sospensione dell'operatività della garanzia nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - qualora il Contraente non abbia pagato il Premio alle scadenze convenute, la copertura sarà sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza della rata di Premio. Di conseguenza, a decorrere da tale momento, l'Assicurazione non sarà operante e pertanto l'Assicurato perderà il diritto di ricevere le Prestazioni Assicurate. <p>L'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno in cui l'Assicurato provvederà al pagamento di tutti i Premi non pagati.</p> <p>L'Assicurazione terminerà automaticamente dopo 6 mesi dal mancato pagamento del Premio.</p>



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa entro i 14 giorni successivi alla data di Conclusione del contratto, senza dover indicare il motivo.
 A seguito del Recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta che, per legge, resta a suo carico.
 L'Assicurato può inviare la comunicazione di recesso mediante app ([allwell](#)), sito ([all-well.it](#)), email all'indirizzo myallwell@all-well.it.

Risoluzione

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



A chi è rivolto questo prodotto

La Polizza ALL WELL EXECUTIVE è dedicata a coloro che vogliono proteggere loro stessi e/o le persone facenti parte del proprio Nucleo Familiare, dai rischi attinenti alla salute e che siano persone fisiche:

- stabilmente residenti in Italia,
- con età massima all'ingresso pari a 64 anni ed in uscita pari a 74 anni,
- non affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.



Quali costi devo sostenere?

Sul Premio pagato, incidono i seguenti costi per l'intermediazione assicurativa, a carico del Contraente:

- quota parte del premio imponibile in valore percentuale, percepita in media per l'intermediazione assicurativa pari al 35,00%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:

PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it

Posta: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA

Fax: +39 06 89326.570

avendo cura di indicare:

- nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;
- numero della polizza e nominativo del Contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze.

Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.

Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.

	<p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it</p>
All'IVASS	<p>Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, tutela.consumatore@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "Per il Consumatore - come presentare un reclamo".</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it</p> <p>Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Laddove espressamente previsto dalle Condizioni di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.</p> <p>Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE - ATTRAVERSO IL SITO ALL-WELL.IT - DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE ED ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE). PERTANTO, DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Sommario

GLOSSARIO	2
PREMESSA	5
A. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	5
Art. 1 - Prestazioni.....	5
Art. 2 - Esclusioni.....	8
Art. 3 – Patologie Preesistenti	9
B. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	9
Art. 4 - Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	9
Art. 5 – Persone assicurabili - Limiti di età	9
Art. 6 - Persone non assicurabili	10
Art. 7 - Durata e rinnovo dell'Assicurazione.....	10
Art. 8 - Diritto di ripensamento (Recesso).....	10
Art. 9 – Decorrenza dell'Assicurazione e periodi di Carenza.....	10
Art. 10 - Determinazione e adeguamento del Premio	11
Art. 11 – Mancato pagamento del Premio	11
Art. 12 – Conclusione del contratto	11
Art. 13 – Variazioni del contratto	12
Art. 14 - Modifiche dell'Assicurazione	12
Art. 15 - Forma delle comunicazioni	12
Art. 16 - Validità territoriale	12
Art. 17- Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza.....	12
Art. 18 - Oneri fiscali	12
Art. 19 - Altre assicurazioni	12
Art. 20 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	12
Art. 21 - Rinvio alle norme di Legge.....	12
Art. 22 – Rinuncia alla rivalsa.....	13
Art. 23 - Limite massimo dell'Indennizzo	13
C. GESTIONE DEL SINISTRO	13
Art. 24 - Cosa fare in caso di Sinistro - Recapiti	13
Art. 25 - Responsabilità	13
Art. 26 - Denuncia di Sinistro	13
Art. 27 – Regime Diretto	14
Art. 28 – Regime Rimborsuale	14



GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

I termini che nel presente contratto sono indicati con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato.

I termini espressi al singolare valgono anche al plurale e viceversa.

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Aborto terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Accertamenti Diagnostici

Le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle Visite Specialistiche) che possono essere effettuate anche in ambulatorio/ Centro Medico volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia o Infortunio.

Anno assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24 della Data di Decorrenza.

All Well S.r.l.

L'Agenzia di assicurazioni di Net Insurance S.p.A., che gestisce tutti i rapporti inerenti il contratto assicurativo e fornisce assistenza all'Assicurato in caso necessiti di informazioni sul contratto.

Assicurato

La persona fisica il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A., Impresa di Assicurazioni.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione con il quale l'Assicuratore copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un Sinistro, nei limiti stabiliti nelle Condizioni di Assicurazione.

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma che abilita alla professione di infermiere.

Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'assicurazione durante il quale le coperture non hanno effetto.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione,

anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al Ricovero, Day Hospital/Day Surgery, non finalizzati al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". in interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Condizioni di Assicurazione

Le clausole contrattuali che regolano l'Assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

Data di Decorrenza

Data indicata sul Certificato di Assicurazione dalla quale l'Assicurazione è efficace, fatto salvo quanto previsto nel periodo di Carenza.

Day Hospital / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di Cartella Clinica.

Difetto Fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.



Evento / Data Evento

- Prestazioni Ospedaliere – il singolo Ricovero o Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero o Day Hospital / Day Surgery.
- Prestazioni Extraospedaliere – l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, l'Assicuratore procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo Premio.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di Ricovero o Day Hospital / Day Surgery che non comporti il Rimborso delle spese sanitarie.

Indennizzo o Indennità o Rimborso

La somma che la l'Assicuratore riconosce all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgico.

Istituto di Cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, terapeutiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malformazioni Congenite

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Sinistro e Anno assicurativo, l'Assicuratore presta la Garanzia.

Medicina Alternativa o Complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, chiropratica.

Medicina Sperimentale

Si intendono tutti i farmaci, trattamenti medici o chirurgici per i quali non sono terminate le fasi di sperimentazione e non hanno ancora ricevuto l'approvazione dall'Ente preposto. Ai sensi del presente contratto di Assicurazione si equiparano a Sperimentali anche i farmaci, trattamenti medici o chirurgici che, seppur approvati, avvengono al di fuori delle condizioni di autorizzazione rilasciate dagli enti preposti per patologia, combinazione di più farmaci, popolazione o posologia.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, a pagare le strutture sanitarie e i medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con le Strutture Convenzionate.

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone assicurate facenti parte del medesimo stato di famiglia del Contraente purchè siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli e genitori di ciascuno di essi, per un massimo di 8 (otto) persone all'interno dello stesso nucleo. Anche se non facenti parte del medesimo stato di famiglia, sono assicurabili i figli del Contraente non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Parte

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.



Patologie Preesistenti

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le relative complicanze, conseguenze dirette o indirette.

Polizza/Certificato di Assicurazione

Il documento firmato dal Contraente che prova l'Assicurazione e che riporta i dati anagrafici dell'Assicurato, le coperture assicurate, i Massimali, il Premio e la durata dell'Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Questionario Sanitario

Documento contrattuale che consente di valutare lo stato di salute dell'Assicurando, che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione. Le risposte e le informazioni previste nel questionario Sanitario vengono fornite dal Contraente per conto dell'Assicurato.

Recesso

Diritto di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

Regime Diretto

Accesso, tramite preventiva attivazione di MyAssistance, ad una Struttura Convenzionata (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati). Il costo delle spese viene sostenuto dall'Assicuratore, in nome e per conto dell'Assicurato medesimo, nei limiti ed in conformità a quanto previsto dall'Assicurazione.

Regime Rimborsuale

Accesso da parte dell'Assicurato a Strutture non Convenzionate, richiedendo a cura ultimata il Rimborsamento delle spese sostenute.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Lungodegenza

Le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari

prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario e Proposta di assicurazione) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sport Professionistici

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate

Rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Strutture non Convenzionate

Strutture non facenti parte della rete convenzionata MyAssistance.

Struttura Operativa

La struttura di MyAssistance incaricata per la gestione e liquidazione dei Sinistri, costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione delle prestazioni e alla definizione dei Sinistri.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni:

- finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica;

Condizioni di Assicurazione – All Well Executive

Polizza Salute di durata annuale



- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici).

Visite Specialistiche

La visita effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si

riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.



PREMESSA

All Well Executive:

- è una Polizza dedicata alla protezione dei Rischi attinenti alla salute delle persone;
- è un prodotto che consente ai Clienti di ottenere un Rimborso al verificarsi di determinati eventi.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione è prestata per i Massimali (per Anno assicurativo e per persona) ivi indicati nelle presenti Condizioni di Assicurazione per le singole Garanzie, fatti salvi altresì gli Scoperti, i limiti di Indennizzo che siano riportati in Polizza o all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le coperture assicurative indicate sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo Premio.

A. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - Prestazioni

“All Well Executive” riconosce nei limiti dei Massimali e delle Condizioni di Assicurazione, il Rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni sanitarie, rese necessarie da Malattia o Infortunio, accaduti successivamente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermi i periodi di Carenza (art. 9), come di seguito descritto.

I Massimali e i limiti si applicano per Anno assicurativo e per persona.

Garanzie Ospedaliere

a. Ricovero – rimborso spese mediche

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso il parto e l'Aborto terapeutico), Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, l'Assicuratore riconosce, entro il Massimale per Anno assicurativo e per persona e i limiti indicati nella tabella di cui al seguito le:

- **SPESE PRE** (precedenti)
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), effettuati precedentemente e inerenti la Malattia o l'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- **SPESE DURANTE**
Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica e ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (**non sono comprese le spese voluttuarie**).
Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.
Gli interventi di chirurgia refrattiva sono inclusi in caso di:
 - anisometropia superiore a 4 diottrie; o
 - difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie.
- **SPESE POST** (successive)
Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (**escluse le spese alberghiere**), effettuati successivamente e inerenti la Malattia o l'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale stesso.

b. Indennità Sostitutiva

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico l'Assicuratore riconosce all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva, se le spese sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

Condizioni di Assicurazione – All Well Executive

Polizza Salute di durata annuale



In caso di Ricovero, al fine del calcolo dei giorni, vengono calcolati i pernottamenti.

L'Indennità Sostitutiva:

- viene pagata senza applicazione di Scoperti, fermi i limiti indicati alla tabella di seguito riportata;
- **non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.**

Qualora le spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e SPESE POST come descritte al precedente punto a. "Ricovero – rimborso spese mediche" senza applicazione di Scoperti, fermo il limite per Evento.

In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, l'Assicuratore riconosce entro i Massimali e con i limiti indicati alla tabella riepilogativa di seguito riportata:

- le spese fino alla data di dimissione dell'Istituto di Cura;
- le SPESE POST come descritto al precedente punto a., senza applicazione di Scoperti, fermo il limite per Evento e purchè le stesse siano inerenti al Ricovero stesso.

MASSIMALI E LIMITI

RICOVERO Rimborso Spese Mediche	
Spese mediche per Ricovero con / senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	
Massimale per Anno assicurativo per persona	€ 50.000,00
Condizioni di rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime diretto)	Rimborso pari al 90% del costo sostenuto
Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale)	Rimborso pari al 75% del costo sostenuto
Limiti	
Limite temporale Spese PRE e Spese POST	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Limite Rette di Degenza (per le sole Strutture non Convenzionate)	€ 350,00 al giorno
Submassimali	
Parto (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 2.500,00 (senza applicazione di Scoperti)
Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale)	€ 1.000,00 per occhio (Rimborso pari al 90% del costo sostenuto)
Indennità Sostitutiva	
Indennità Sostitutiva Ricovero	€ 150,00 al giorno per un massimo di 100 giorni per Anno assicurativo Raddoppio in casi di Ricovero in terapia intensiva
Indennità Sostitutiva Day Hospital/Day Surgery	€ 75,00 al giorno, fermo il massimo di 100 giorni per Anno assicurativo
Limiti validità temporale	
Spese PRE e POST Indennità Sostitutiva	90 giorni precedenti / 90 giorni successivi
Spese mediche per Ticket SSN	
Ticket SSN	Rimborso al 100%



Garanzie Extraospedaliere

c. Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Trattamenti Fisioterapici

L'Assicuratore riconosce, per Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici o Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, un Rimborso fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito.

VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	
Massimale per Anno assicurativo per persona	€ 1.000,00
Condizioni di rimborso	
Strutture Convenzionate (Regime diretto)	Rimborso pari al 90% del costo sostenuto
Strutture non Convenzionate (Regime rimborsuale)	Rimborso pari al 75% del costo sostenuto
Ticket SSN	Rimborso al 100%

Rispetto a quanto normato nelle esclusioni (art. 2 lettera j.), tra le Visite Specialistiche è inclusa una prima visita psicologica e le sedute di logopedia.

Sono esclusi gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per Covid-19, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: tampone molecolare/PCR real time, tampone antigenico, test sierologico”.

d. Prevenzione – Check Up

L'Assicuratore riconosce, a titolo di prevenzione, una volta all'anno, il Rimborso dei seguenti Accertamenti Diagnostici da eseguire in un'unica soluzione:

Analisi del sangue

- Azotemia
- Cloremia, Sodiemia, Potassiemia
- Colesterolo Totale (LDL e HDL)
- Creatinina
- Emocromo con formula
- Gamma GT
- Glicemia
- PCT
- T3 – T4 – TSH
- Transaminasi
- Trigliceridi
- Uricemia

Esame Urine Completo

La Garanzia è prestata fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito:

PREVENZIONE CHECK-UP	
Massimale per Anno assicurativo per persona	€ 100,00
Condizioni di rimborso	Rimborso al 100%

e. Lenti / Occhiali

L'Assicuratore riconosce, nei limiti indicati nella tabella di cui al seguito, il Rimborso per l'acquisto di lenti e occhiali (compresa la montatura) o lenti a contatto correttive (**escluse le “usa e getta” e lenti estetiche**), a seguito di modifica del visus o di prescrizione prime lenti.



MASSIMALI E LIMITI

LENTI/OCCHIALI	
Massimale per Anno assicurativo per persona	€ 200,00
Condizioni di rimborso	Rimborso pari al 90% del costo sostenuto

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'Anno assicurativo.

Sono escluse, anche se comprese sulla medesima fattura di spesa, le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

Art. 2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le Patologie Preesistenti, fatta eccezione della Garanzia "Lenti / Occhiali" al cui art. 1 punto e) e degli interventi di chirurgici refrattiva per i quali non si applica l'esclusione, come normato all'art. 3;
- b) gli stati invalidanti, gli Infortuni accaduti prima della Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché i relativi postumi;
- c) le prestazioni:
 - non incluse nelle Garanzie al precedente art. 1 "Prestazioni";
 - senza l'indicazione della diagnosi accertata o sospetta (per la sola garanzia "Prevenzione - Check Up" non è richiesta alcuna diagnosi);
 - effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
 - non effettuate presso Istituti di Cura, Centri Medici o da medici specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
 - sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
 - necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite, nonché le patologie ad esse correlate;
- e) le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
- f) le spese per prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, oculistica, pediatrica), i vaccini, le prestazioni di medicina generale. Le prestazioni di "Check Up" non sono intese come spese di routine e/o controllo;
- g) le spese sostenute presso:
 - strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
 - a fronte di espanto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
- h) gli interventi di Chirurgia Bariatrica per curare l'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III grado (indice di massa corporea uguale o superiore a 40), nonché le prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- i) le prestazioni e gli interventi non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia e Infortunio;
- j) i ricoveri e le spese per prestazioni in conseguenza di Malattie Mentali (disturbi psichici e nevrosi);
- k) i Ricoveri Impropri e i Ricoveri per Lungodegenza;
- l) i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Sperimentale e Medicina Alternativa;
- m) l'interruzione volontaria della gravidanza, è comunque compreso l'Aborto Terapeutico;
- n) i trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente, salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati fino a tre anni di età compiuti;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per neoplasia maligna;



- o) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- p) le conseguenze di:
 - guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 - qualsiasi atto di terrorismo;
 - terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- q) gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- r) gli Infortuni:
 - sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
 - derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, mountain bike e "downhill".

Art. 3 – Patologie Preesistenti

L'Assicurazione esclude le Patologie Preesistenti, fatta eccezione per la Garanzia "Lenti / Occhiali" e per gli interventi di chirurgia refrattiva, per i primi tre anni di copertura.

Trascorso tale periodo l'Assicuratore riconosce le spese mediche sostenute per Patologie Preesistenti in misura pari al:

- 35% dell'importo indennizzabile secondo le Condizioni di Assicurazione e fino ad un massimo di € 10.000 per anno per persona, a partire dal quarto anno di copertura ininterrotta;
- 60% dell'importo indennizzabile secondo le Condizioni di Assicurazione e fino ad un massimo di € 20.000 per anno per persona, a partire dal sesto anno di copertura ininterrotta;

Il Massimale per Anno assicurativo di € 10.000 e € 20.000 è da intendersi quale importo unico per tutte le Garanzie (ospedaliere ed extraospedaliere) incluse nel prodotto "All Well Executive", fermi i limiti, Massimali e submassimali previsti dalle singole Garanzie.

B. CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 4 - Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Con particolare riferimento alla compilazione del Questionario Sanitario, le risposte fornite dal Contraente, per conto dell'Assicurato, devono essere esatte e veritiere in quanto ritenute valide ai fini dell'Assicurazione. Qualsiasi dichiarazione fatta dal Contraente, in riferimento allo stato di salute, è come se venisse fatta dall'Assicurato stesso.

Art. 5 – Persone assicurabili - Limiti di età

Il Contraente può stipulare il presente contratto optando per la forma di copertura INDIVIDUALE, in tal caso il contratto prevederà un solo Assicurato (anche diverso dal Contraente purchè facente parte del suo Nucleo Familiare), oppure optando per la forma di copertura NUCLEO nella quale sono assicurabili le persone fisiche facenti parte del Nucleo Familiare del Contraente indicate nel Certificato di Assicurazione, fino ad un massimo di 8 persone

Condizioni di Assicurazione – All Well Executive

Polizza Salute di durata annuale



per Polizza.

Possono essere assicurate esclusivamente le persone:

- che sono stabilmente residenti in Italia;
- per le quali, siano tutte negative le risposte alle domande contenute sul Questionario Sanitario;
- che non abbiano ancora compiuto 65 anni, alla data di stipula della Polizza;
- che non abbiano un'età superiore a 74 anni, alla data di scadenza della Polizza.

Le Parti, alla scadenza successiva al compimento del 74° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per gli altri assicurati.

Art. 6 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone:

- che non soddisfano i requisiti al precedente art. 5 "Persone Assicurabili – Limiti di età";
- affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezioni da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Il manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto deve essere tempestivamente comunicato all'Assicuratore in quanto causa di immediata cessazione della copertura assicurativa per l'Assicurato coinvolto dalle suddette condizioni, ai sensi dell'Art. 1898 del Codice civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso d'Anno assicurativo, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 7 - Durata e rinnovo dell'Assicurazione

L'Assicurazione dura un anno a partire dalla Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione e prevede il tacito rinnovo. Vuol dire che si rinnova automaticamente ogni anno se il Contraente o l'Assicuratore non inviano disdetta almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza annuale.

La comunicazione di disdetta da parte:

- del Contraente, può essere effettuata utilizzando le modalità descritte all'art. 15 "Forma delle Comunicazioni";
- dell'Assicuratore avviene con una comunicazione tramite e-mail all'indirizzo del Contraente.

Art. 8 - Diritto di ripensamento (Recesso)

Il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa entro i 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto, senza dover indicare il motivo.

Per esercitare tale diritto, il Contraente deve inviare, prima dello scadere dei 14 giorni, una richiesta all'Assicuratore comunicando la propria volontà, utilizzando le modalità descritte all'art. 15 "Forma delle Comunicazioni".

A seguito del Recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto, al netto dell'imposta che, per legge, resta a suo carico.

Il diritto di Recesso non può essere richiesto qualora sia già avvenuto un Sinistro.

In tali casi, l'Assicuratore si riserva di tutelare i propri diritti nei confronti del Contraente.

Art. 9 – Decorrenza dell'Assicurazione e periodi di Carenza

Fermi i periodi di Carenza successivamente indicati, l'Assicurazione decorre dalle ore 24 della Data di Decorrenza indicata nel Certificato di Assicurazione, se la prima rata di Premio è stata pagata, altrimenti comincia alle ore 24 del giorno del pagamento.

Una volta pagato il Premio, la Polizza prevede dei periodi di Carenza durante i quali se avviene il Sinistro in tale periodo o il Ricovero inizia durante tale periodo e prosegue oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo / Rimborso.

In base ai periodi di Carenza previsti, le prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni al precedente art. 2, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

Condizioni di Assicurazione – All Well Executive

Polizza Salute di durata annuale



- le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Eventuali Malattie diagnosticate nel periodo di Carenza e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami nel periodo di Carenza, saranno coperte dall'Assicurazione successivamente a tale periodo, ferme comunque le esclusioni di cui all' art. 2.

Art. 10 - Determinazione e adeguamento del Premio

Il Premio della Polizza è disponibile, con indicazione degli oneri fiscali, nel Certificato di polizza e nell'area riservata al Contraente del sito internet all-well.it o dell'applicazione [allwell](#) ed è sempre aggiornato.

Per ogni assicurato, il Premio è determinato:

- per periodi di assicurazione di un anno ed è interamente dovuto anche se ne sia stato concesso il frazionamento. Le rate devono essere pagate alla scadenza pattuita, tramite addebito ricorrente sulla carta di credito del Contraente;
- sulla base dell'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione dell'Assicurazione;
- dal numero delle persone assicurate all'interno della stessa Polizza.

Il Premio annuo può essere pagato in rata unica anticipata oppure è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali, trimestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi.

Il Premio è soggetto ad adeguamento automatico al passaggio da un'età all'altra. L'adeguamento automatico sarà applicato dalla prima ricorrenza annuale dell'Assicurazione successiva al compimento dell'età.

Per la fascia di età 0-20 non viene applicato l'adeguamento del premio per età.

Fermo quanto sopra, l'Assicuratore in ogni caso si riserva il diritto di modificare la tariffa adeguando il Premio di tutti gli Assicurati al rinnovo annuale della Polizza e in tal caso lo comunica al Contraente con almeno 60 giorni di anticipo rispetto alla scadenza dell'Anno assicurativo in corso. Se il Contraente non accetta l'incremento del Premio ha diritto di disdire il contratto entro 30 giorni prima della data di scadenza annuale dell'Assicurazione, utilizzando le modalità descritte all'art. 15 "Forma delle Comunicazioni".

Le variazioni del Premio saranno applicate dalla prima ricorrenza annuale dell'Assicurazione successiva alla comunicazione di variazione trasmessa al Contraente.

Qualora l'Assicurazione venga stipulata dal Contraente con la forma di copertura "NUCLEO" (come indicato al precedente art. 5 "Persone Assicurabili – Limiti di età"), i premi di ciascun Assicurato beneficeranno di uno sconto del 15%.

Al rinnovo lo sconto rimane sempre valido sempre che venga mantenuta la forma di copertura "NUCLEO".

Art. 11 – Mancato pagamento del Premio

Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno del pagamento.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione.

Art. 12 – Conclusione del contratto

Il contratto di Assicurazione si considera concluso quando il Contraente:

- avrà accettato la proposta di Assicurazione tramite le apposite funzionalità dell'area riservata del sito internet all-well.it o dell'applicazione [allwell](#);
- avrà pagato il Premio.

Condizioni di Assicurazione – All Well Executive

Polizza Salute di durata annuale



Art. 13 – Variazioni del contratto

Per richiedere le variazioni al contratto il Contraente deve essere in regola con il pagamento dei Premi e **le variazioni stesse possono essere richieste solo al rinnovo della Polizza.**

Le variazioni devono essere richieste prima della scadenza annuale della Polizza, tramite le apposite funzionalità dell'area riservata del sito internet all-well.it o dell'applicazione [allwell](#) e riguardano:

- le inclusioni/esclusioni di Assicurati all'interno della stessa Polizza,
- il frazionamento del Premio (es. modifica da frazionamento annuale a semestrale).

Le variazioni saranno applicate dalla prima ricorrenza annuale dell'Assicurazione successiva alla richiesta di variazione stessa.

Le richieste di variazione vengono perfezionate con l'emissione di apposita appendice che norma il nuovo frazionamento e/o il nominativo delle nuove persone assicurate, nonché il nuovo Premio.

Art. 14 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 15 - Forma delle comunicazioni

Le comunicazioni relative al presente contratto dirette all'Assicuratore vanno effettuate con le seguenti modalità:

- Tramite le apposite funzionalità dell'area riservata del sito all-well.it
- Tramite le apposite funzionalità dell'applicazione [allwell](#)
- Tramite email all'indirizzo myallwell@all-well.it

Le comunicazioni da parte dell'Assicuratore avvengono per il tramite di All Well S.r.l. all'indirizzo di posta elettronica del Contraente / dell'Assicurato e/o sull'area riservata del sito all-well.it messa a disposizione del Contraente.

Art. 16 - Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 17- Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della Polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Art. 18 - Oneri fiscali

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 19 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di denunciare all'Assicuratore l'esistenza di altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'Art. 1910 c.c..

Art. 20 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex Art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 21 - Rinvio alle norme di Legge

Per quanto non diversamente regolato dalle Condizioni di Assicurazione, la Legge applicabile al contratto è quella italiana.



Art. 22 – Rinuncia alla rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili del Sinistro.

Art. 23 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'Art. 1914 c.c., a nessun titolo l'Assicuratore potrà essere tenuto a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

C. GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 24 - Cosa fare in caso di Sinistro - Recapiti

Per ricevere informazioni relative alle prestazioni assicurate, alla modalità di denuncia e stato di lavorazione del Sinistro l'Assicuratore si avvale di All Well S.r.l. che può essere contattato tramite:

- Chat su piattaforma all-well.it
- e-mail all'indirizzo claim@all-well.it

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare All Well S.r.l. presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Attraverso la propria area web riservata, disponibile all'indirizzo all-well.it, o App riservata o all'indirizzo e-mail claim@all-well.it è possibile:

- consultare le Strutture Convenzionate;
- richiedere l'attivazione delle prestazioni in Regime Diretto;
- inoltrare le richieste di Rimborso (Regime Rimborsuale).

Art. 25 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che l'Assicuratore e la società di servizi MyAssistance non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 26 - Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve avvisare All Well S.r.l., entro 10 giorni dal verificarsi dell'evento con le modalità indicate al precedente art. 24 "Cosa fare in caso di Sinistro - Recapiti". All Well S.r.l., ricevuta la denuncia, provvederà a contattare la società di servizi MyAssistance per la gestione del caso.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso, ai sensi dell'art. 1915 del Codice civile.

Qualora l'Assicurato decida di utilizzare le Strutture Convenzionate (struttura sanitarie e medico/equipe medica devono essere entrambi convenzionati) deve richiedere preventivamente – almeno 2 giorni prima - l'autorizzazione al Regime Diretto ad All Well S.r.l. (ai recapiti indicati al precedente art. 24). In mancanza dell'autorizzazione il servizio non è operante.

Il preavviso di 2 giorni non è richiesto nei soli casi di comprovata urgenza.

Il pagamento che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà l'Assicuratore stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto l'Assicuratore abbia già corrisposto.

Il pagamento non pregiudica il diritto dell'Assicuratore a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

La richiesta di Rimborso o il pagamento dell'Indennità Sostitutiva viene invece gestita dalla Struttura Operativa entro 3 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni e il Rimborso / Indennizzo avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

Condizioni di Assicurazione – All Well Executive

Polizza Salute di durata annuale



Per le spese sostenute all'estero i Rimborsi vengono sempre effettuati in Euro, applicando il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese, Spagnolo o Tedesco dovrà essere accompagnata di traduzione in italiano, eventuali oneri di traduzione rimangono a carico dell'Assicurato.

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Assicurazione è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici dell'Assicuratore e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 27 – Regime Diretto

Per richiedere l'autorizzazione al Regime Diretto, l'Assicurato deve inviare tramite la propria area web riservata, disponibile al seguente indirizzo all-well.it, o App riservata o all'indirizzo e-mail claim@all-well.it, la prescrizione compilata dal medico di base o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto) con le seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o presunta e data d'insorgenza della stessa;
- in caso di regime ospedaliero: tipo d'intervento chirurgico da eseguire, se senza intervento, descrizione dell'iter diagnostico e terapeutico.
Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- in caso di regime extraospedaliero: tipo di prestazione da eseguire (es. visita ortopedica, ecografia addome completo etc.);
- in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: la richiesta dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Per eseguire il pacchetto di prevenzione - check up l'Assicurato deve contattare All Well S.r.l. (ai recapiti indicati al precedente art. 24). La Struttura Operativa in accordo con l'Assicurato provvederà a prenotare presso la Struttura Convenzionata prescelta l'appuntamento per eseguire il check up.

Al fine della corretta valutazione del Sinistro, l'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali).

Restano a carico dell'Assicurato gli Scoperti, l'eccedenza di Massimali, nonché le prestazioni e le spese non previste dalla presente Assicurazione.

Restano inoltre a carico dell'Assicurato le prestazioni non indicate o non correlate alla diagnosi e tutte le prestazioni sanitarie non espressamente autorizzate.

Qualora l'Assicurato utilizzasse una Struttura Convenzionata senza attivare il Regime Diretto, il Rimborso verrà riconosciuto applicando quanto previsto per il Regime Rimborsuale.

Art. 28 – Regime Rimborsuale

Per richiedere il Rimborso / Indennizzo, l'Assicurato - a cure ultimate - deve inviare tramite la propria area web riservata, disponibile al seguente indirizzo all-well.it, o App riservata o all'indirizzo e-mail claim@all-well.it, quanto di seguito specificato:

Condizioni di Assicurazione – All Well Executive

Polizza Salute di durata annuale



- per il Rimborso delle spese relativa a Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate;
 - cartella clinica completa e scheda di dimissioni ospedaliere (S.D.O.).
In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
- per l'Indennità Sostitutiva: cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliere (S.D.O.);
- per il Rimborso delle Visite Specialistiche, Accertamenti Diagnostici e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi:
 - fotocopia delle fatture o notule di spese debitamente quietanzate.
La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare congrua con la patologia accertata o sospetta;
 - documentazione (prescrizione, o certificato o referto) compilata dal medico di base o dallo specialista con indicata la patologia accertata o sospetta e la data d'insorgenza della stessa,
Per i soli Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi la documentazione (prescrizione, o certificato o referto) dovrà essere rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti;
- per l'acquisto di lenti e occhiali e lenti a contatto, prescrizione prime lenti o modifica del visus compilata dal medico oculista o da ottico optometrista.
Per le lenti a contatto la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta a fine Anno assicurativo;
- per le prestazioni rese necessarie da Infortunio: referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Al fine della corretta valutazione del Sinistro, l'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere:

- documentazione medica aggiuntiva (es. esiti di esami strumentali);
- la produzione degli originali della documentazione inviata.

Ricevuta tutta la documentazione e se, a seguito della valutazione, il Sinistro è rimborsabile ai sensi dell'Assicurazione, l'Assicuratore riconosce all'Assicurato l'Indennizzo/Rimborso entro 3 giorni dalla data di conclusione del Sinistro.



FAC SIMILE – MODULO DI PROPOSTA

CONTRAENTE

Cognome e Nome	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Codice fiscale	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Residente in (via, piazza, ecc.)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	c.a.p.	XXXXXXXXXX
Città e provincia	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nazione	XXXXXXXXXX
Indirizzo e-mail	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	n. cellulare	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

DATI DI POLIZZA

Data decorrenza polizza	gg/mm/aaaa	Data scadenza polizza	gg/mm/aaaa
Scadenza prima quietanza	gg/mm/aaaa	Durata del contratto :	ANNUALE
Caratteristica contratto:	Polizza annuale con tacito rinnovo. Premio annuo anticipato.		
Frazionamento	XXXXXXXXXX	Tacito rinnovo	SI
		Coassicurazione	NO
Condizioni di assicurazione operanti :	Mod. NET/0211/01 – Ed. 03.2022		

PREMIO

IMPORTO RATA ALLA FIRMA

PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
€ *****	€ *****	€ *****

IMPORTO RATE SUCCESSIVE

PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
€ *****	€ *****	€ *****

FORMA DI COPERTURA SCELTA	Il sottoscritto Contraente della presente polizza dichiara espressamente di voler stipulare il presente contratto optando per la seguente forma di copertura:
<input type="checkbox"/> INDIVIDUALE	
<input type="checkbox"/> NUCLEO (opzione con riduzione di Premio del 15%)	

ASSICURATO N. 1

Cognome e Nome	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Codice fiscale	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Residente in (via, piazza, ecc.)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	c.a.p.	XXXXXXXXXX
Città e provincia	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	Nazione	XXXXXXXXXX
Indirizzo e-mail	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	n. cellulare	XXXXXXXXXXXXXXXXXX
Peso (kg.)	XXXXXXXXXX	Altezza (cm.)	XXXXXXXXXX
		IMC – Indice di massa corporea	XXXXXXXXXX

GARANZIE

Garanzie Assicurato N. 1	Capitale	Premio imponibile annuo*	Imposte	Premio lordo annuo
All Well Piano Assicurativo Executive	Vedi Condizioni di Assicurazione	€ *****	€ *****	€ *****

*Aggiornamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato.

Il Premio calcolato in base all'età dell'Assicurato alla stipula dell'Assicurazione varia al variare dell'età dell'Assicurato e verrà aggiornato automaticamente al termine di ogni annualità successiva alla stipula dell'Assicurazione.

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- L'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con l'evidenza del costo a suo carico.



DICHIARAZIONI SULLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le risposte e le informazioni previste in questo documento devono essere fornite dal Contraente. Per la validità della copertura il documento deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato dal Contraente in quanto consente la valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore.

Qualsiasi dichiarazione fatta dal Contraente, in riferimento allo stato di salute, è come se venisse fatta dall'Assicurato stesso.

Il Contraente è consapevole che sono escluse dall'Assicurazione:

- gli stati invalidanti, gli Infortuni, le Malattie in genere, già conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette.

Il Contraente è consapevole che non sono assicurabili, indipendentemente dall'eventuale valutazione dello stato di salute al momento della richiesta di accesso in copertura, le persone affette da:

- alcolismo
- tossicodipendenza
- infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS.

Inoltre, se nel corso della copertura insorge una di queste patologie la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi.

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

QUESTIONARIO SANITARIO

Il sottoscritto dichiara che le risposte alle seguenti domande sulla persona assicurata sono veritiere, esatte e complete:

1	È in attesa di ricovero (anche per parto) o intervento chirurgico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	Ha già subito un intervento, ricevuto una diagnosi o è in attesa degli esiti di esami, cure o trattamenti in merito a una o più delle seguenti malattie/disturbi: <ul style="list-style-type: none"> • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma? • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris? • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale? • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria, polmonite richiedente ricovero? • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa? • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere? • diabete (tipo 1 e 2)? • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite? 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	È a conoscenza di soffrire di ipercolesterolemia, ipo/ipertiroidismo, ipertensione arteriosa non controllate da terapia/farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	È stato riconosciuto invalido civile o invalido sul lavoro oppure beneficia di una qualsiasi pensione di invalidità o ha fatto domanda per ottenerla?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**



DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

QUESTIONARIO RICHIESTE ED ESIGENZE

Gentile Cliente, la richiesta di compilazione del presente questionario è finalizzata ad acquisire le informazioni necessarie per valutare la coerenza del prodotto “assicurativo con le Sue richieste ed esigenze assicurative.

Le chiediamo, pertanto, di consentirci di raccogliere tutte le informazioni di seguito riportate, precisandole che la mancanza di informazioni pregiudica la capacità di individuare se il contratto sia coerente con le Sue richieste e le Sue esigenze (pertanto, in caso di Suo rifiuto a rispondere, non potrà stipulare il contratto).

La informiamo, inoltre, che l’Intermediario Le consentirà di stipulare il contratto offerto solo qualora, dalle risposte rese, il contratto risulti coerente alle Sue richieste ed esigenze:

1	La Sua finalità assicurativa è legata alla protezione dell’Assicurato/i dai rischi attinenti alla salute ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2	È interessato ad un programma assicurativo di tipo modulare che in caso di Infortuni e Malattia, la protegga rimborsando le spese sostenute per Ricovero con o senza intervento chirurgico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3	È interessato ad assicurare persone che presentino tutte le seguenti caratteristiche? : <ul style="list-style-type: none"> • stabilimento residenti in Italia • con un’età compresa tra 0 e 65 anni, al momento della stipula, e con un’età non superiore a 74 alla scadenza • non affette – al momento della stipula – da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS • con indice di massa corporea (IMC) compreso tra 18.00 – 34.99 (per assicurati con Età maggiore o uguale a 18 anni); • che non sono in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico; • che non soffrono di ipercolesterolemia, ipo/ipertiroidismo, ipertensione arteriosa non controllate da terapia/farmaci; • che non sono invalidi civili o invalidi sul lavoro e non beneficiano di una qualsiasi pensione di invalidità né hanno fatto domanda per ottenerla • disposti a compilare - in relazione a specifici piani assicurativi - un Questionario Sanitario 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4	È interessato ad un contratto con durata annuale e tacito rinnovo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5	È disposto a corrispondere un premio annuale frazionabile in rate semestrali, trimestrali o mensili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
6	È stato informato con chiarezza sulle modalità di recesso e sulle esclusioni / rivalse / carenze / franchigie / scoperti e principali massimali / somme assicurate, sottolimiti, nonché sulle modalità di ricorso in caso di sinistro a strutture / soggetti convenzionati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente:

- chiede a NET INSURANCE S.p.A. - e previo consenso di questa - di stipulare quale Contraente in nome proprio ed in nome e per conto delle persone Assicurate, il contratto di assicurazione “All Well Executive” in conformità alle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. NET/0211/01 – Ed 03.2022;
- dichiara di aver avuto completa ed esaustiva soddisfazione rispetto a tutti i quesiti formulati prima della sottoscrizione del presente documento;
- dichiara ai sensi dell’art.56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 di aver preso visione:
 - dell’Allegato 4 TER - ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE
 - di aver ricevuto
 - l’Allegato 3 – INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE,
 - l’Allegato 4 – INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP, da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto,
- dichiara ai sensi dell’art. 11 del Regolamento IVASS n.41/2018 di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo di cui al Mod. NET/0211/01 – Ed 03.2022 predisposto da Net Insurance S.p.A., contenente il Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti danni (DIP DANNI), il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo per i prodotti Danni (DIP aggiuntivo Danni), le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario ed il Fac – Simile del Modulo di Proposta e di accettare i documenti ivi contenuti come parte integrante del Contratto di Assicurazione;
- dichiara che le persone Assicurate non sono state assicurate in passato per i medesimi Rischi, mediante contratti in seguito risolti anticipatamente dall’impresa di assicurazioni;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino il sottoscritto, autorizzando fin da ora Net Insurance S.p.A. all’acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici.



Il Contraente dichiara inoltre ai sensi dell'art. 120-quater del CAP, di aver scelto di ricevere la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, del contratto di assicurazione concluso, e durante la vigenza del contratto di assicurazione, delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, VIA E-MAIL IN FORMATO PDF agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

DICHIARAZIONI CONCLUSIVE DEL CONTRAENTE

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, i sottoscritti dichiarano di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nel Mod. NET/0211/01 - Ed.03.2022:

Art. 2 – Esclusioni ; Art. 3 – Patologie preesistenti ; Art. 4 - Dichiarazioni false, inesatte o reticenti ; Art. 5 – Persone assicurabili - Limiti di età ; Art. 6 - Persone non assicurabili; Art. 7 - Durata e rinnovo dell'Assicurazione; Art. 9 – Decorrenza dell'Assicurazione e periodi di Carenza; Art. 10 - Determinazione e adeguamento del Premio; Art. 24 - Cosa fare in caso di Sinistro – Recapiti; Art. 26 - Denuncia di Sinistro; Art. 27 – Regime Diretto; Art. 28 – Regime Rimborsuale.

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.netinsurance.it

Il Contraente sopra indicato, nella sua qualità di interessato, letta e compresa l'Informativa Privacy:

- a) presta il consenso per il trattamento dei Suoi dati di natura particolare (es. dati relativi allo stato di salute), per le finalità e con le modalità sopra illustrate, consapevole che il trattamento di tali dati è necessario per dare esecuzione ad alcune attività del rapporto contrattuale (ad es., gestione dei sinistri)
- b) Consapevole che il mancato conferimento dei seguenti consensi non inficierà i rapporti contrattuali intercorrenti con la Società:
- In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing generico da parte di Net Insurance (ad es., questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di Net Insurance e di altre società del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
 presta il consenso nega il consenso
 - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per finalità di profilazione a scopo marketing personalizzato da parte di Net Insurance sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di Net Insurance e di altre società del Gruppo con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
 presta il consenso nega il consenso
 - In merito al trattamento dei Suoi dati personali per l'esecuzione di attività di marketing da parte di Società terze sulla base dei Suoi interessi e delle Sue preferenze (ad es., ricerche di mercato, questionari di soddisfazione, comunicazioni commerciali e invio di materiale informativo e promozionale etc.) relative ai servizi e/o prodotti di tali società con le modalità automatizzate e non automatizzate illustrate nell'informativa.
 presta il consenso nega il consenso

Il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Contraente può versare il premio mediante mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario l'Intermediario di Assicurazioni a cui è assegnata la polizza.

Data di sottoscrizione **gg/mm/aaaa**



Contatti utili

PER DENUNCIARE UN SINISTRO:

- Area riservata del sito : **all-well.it**
- Per e-mail : **claim@all-well.it**

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

Sito : **all-well.it**

App: **allwell**

Per e-mail: **myallwell@all-well.it**

Sito **www.netinsurance.it**

PER INOLTARE UN RECLAMO

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 -
00161 ROMA

Fax **+39 06 89326570**

PEC **Ufficio.reclami@pec.netinsurance.it**



Informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

La società **Net Insurance S.p.A.** (più avanti, anche "l'Assicuratore") con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il "Regolamento"), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende la presente informativa.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Società Net Insurance S.p.A., con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale ha fornito i suoi dati personali.

2) Liceità e Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso:

- a) è diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di conclusione ed esecuzione dei contratti attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa a cui l'Assicuratore è autorizzato ai sensi della Legge;
- b) può anche essere diretto, con esclusione dei dati sensibili (ad es: stato di salute) all'espletamento da parte dell'Assicuratore, previo Suo esplicito consenso, al trattamento dei dati personali per finalità di "marketing diretto" attraverso strumenti tradizionali e automatizzati di contatto per la comunicazione commerciale, l'offerta di prodotti o servizi, l'invio di materiale pubblicitario per la vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato da parte dell'Assicuratore. Per tali finalità l'Assicuratore può far ricorso sia a strumenti automatizzati di contatto come la posta elettronica, il telefax, i messaggi del tipo mms (multimedia messaging service) o sms (short message service) o strumenti di altro tipo, sia a modalità tradizionali, come la posta cartacea, e le chiamate telefoniche tramite operatore.

3) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nella Legge;
- b) avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento.

4) Destinatari dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 2, lettera a) - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria ai sensi della Legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 2, lettera a), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate,) ai sensi delle vigenti disposizioni della Legge.

5) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

6) Diritti dell'Interessato

6.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

Informativa sulla Protezione dei Dati Personali



- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto;

6.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

6.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: **il Garante per la protezione** nelle seguenti modalità:

- a) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia,11 -00187 Roma
- b) messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gdpd.it.