

GALE SALUTE

Contratto di Assicurazione Multirischi Infortun, Malattia, Assistenza, Tutela legale

Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario,
devono essere consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto

Prima della sottoscrizione leggere attentamente i Documenti Informativi Precontrattuali



HDI Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (I)
Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 126.000.000,00 i.v.
Codice Fiscale, Partita Iva
e Numero d'iscrizione: 04349061004
del Registro Imprese di Roma,
N. REA: RM-757172

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022
Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni"
iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015

GLOSSARIO

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Ambulatorio

La struttura od il centro medico attrezzato, regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione e il suo contenuto.

Beneficiario

Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Cartella clinica

Il documento ufficiale, avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Caso assicurativo

Riferito alla garanzia Tutela legale, il verificarsi del fatto dannoso – cioè la controversia – per il quale è prevista l'assicurazione.

Centri clinici e medici convenzionati

Gli istituti di cura e i medici convenzionati con la Struttura Organizzativa, ai quali l'Assicurato può rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni sanitarie di cui agli Artt. 5.7 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Grandi interventi chirurgici e 5.16 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Day Hospital/Day Surgery

La degenza diurna, anche non continuativa, con assegnazione di posto letto senza pernottamento, in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, documentata da cartella clinica, da cui risultino i giorni di effettiva degenza, e finalizzata all'erogazione di cure mediche e di trattamenti terapeutici o riabilitativi (Day Hospital) o finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici (Day Surgery) che per la loro natura e complessità necessitano di continua assistenza medica od infermieristica.

Franchigia/Scoperto

Clausole contrattuali che limitano, sul piano quantitativo, la garanzia facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato.

Possono essere espresse in cifra, in giorni od in percentuale a seconda della garanzia a cui sono applicate.

Gessatura

Applicazione di gesso o bende gessate, od immobilizzazione con tutori rigidi applicati e rimossi solo da parte di personale medico o paramedico specializzato, effettuata in istituto di cura od ambulatorio ed applicata a seguito di lesione accertata strumentalmente.

Grande intervento chirurgico

Ogni intervento chirurgico riportato nell'elenco di cui all'Art. 5.11 – Elenco Grandi interventi chirurgici.

Inabilità temporanea

La temporanea incapacità, anche parziale, dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate all'atto della sottoscrizione della polizza.

Indennizzo, indennità o rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, od alle altre cause espressamente previste all'Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione Infortuni, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Intermediario

Persona fisica o società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in istituto di cura od in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti



ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un intervento chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Invalidità permanente

La perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Istituti di cura

Le strutture sanitarie pubbliche o le case di cura private regolarmente autorizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui hanno sede le strutture stesse.

Non si considerano "istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso noto all'Assicurato.

Malformazione – Difetto fisico

Ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della polizza possa essere diagnosticata clinicamente, mediante visita medica, o strumentalmente, mediante accertamenti diagnostici di tipo strumentale.

Massimale

La somma per persona fino al cui limite la Società risponde in base all'assicurazione per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo.

Relativamente alla garanzia Tutela legale, la somma fino al cui limite la Società risponde in base all'assicurazione per ciascun sinistro, senza limite per anno assicurativo.

Parti

Il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Pratica sportiva a livello dilettantistico

Esercizio di un'attività sportiva, anche a carattere agonistico e continuativo, per la quale non sia percepito un compenso monetario a titolo di corrispettivo delle prestazioni effettuate a favore di un qualsiasi ente sportivo. Ai fini della valutazione del carattere dilettantistico della pratica sportiva, non costituiscono compenso monetario i soli premi eventualmente previsti per i vincitori od i primi classificati in una competizione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Prestazioni

Nell'ambito della garanzia Assistenza, le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Questionario sanitario

Il documento con il quale l'Assicurato descrive il proprio stato di salute.

Ricovero

La degenza comportante pernottamento in istituto di cura.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro per il quale è prestata la garanzia.

Sinistro

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

Relativamente alla garanzia Rimborso spese mediche, sia da infortunio che da malattia, per sinistro si intende il ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ovvero il ricorso ad accertamenti diagnostici o ad altre prestazioni mediche, terapeutiche od infermieristiche eventualmente previste, verificatosi durante il periodo di validità della polizza in conseguenza di uno degli eventi rientranti nella copertura assicurativa. Più ricoveri o più degenze in Day Hospital od in Day Surgery, o più interventi, purché verificatisi nell'ambito dell'operatività e della durata della polizza, si considerano un solo sinistro se ricollegabili allo stesso infortunio od alla stessa malattia.

Relativamente alla garanzia Assistenza, il singolo fatto od avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Relativamente alla garanzia Tutela legale, per sinistro si intende la controversia per la quale è prestata l'assicurazione.

Società

L'impresa assicuratrice, ovvero HDI Assicurazioni S.p.A.

Mod. S4071 ed. 01/2021



Stato patologico

Ogni alterazione dello stato di salute conseguente ad infortunio o malattia.

Struttura Organizzativa

È la struttura di Europ Assistance Service (Italia) S.p.A., Piazza Trento 8, 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno od entro i diversi limiti previsti dal contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per conto di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della Società stessa.

Termini di aspettativa

Il periodo di tempo che intercorre tra la decorrenza dell'assicurazione e la decorrenza della garanzia assicurativa.

Tutela legale

L'assicurazione Tutela legale ai sensi del D.Lgs. 209/2005, artt. 163, 164, 173, 174 e correlati.

Unico caso assicurativo

Relativamente alla garanzia Tutela legale, il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.

Visita specialistica

Visita sanitaria effettuata da un medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, rilasciato da Istituto Universitario, inerente alla patologia che ha dato origine alla visita stessa.



- **GLOBALE SALUTE**
- **Condizioni di Assicurazione**

Documento aggiornato a gennaio 2021



■ INDICE

Parte Prima
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE _____ pag. 3

Parte Seconda
NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE _____ pag. 5

GARANZIA INFORTUNI

Parte Terza
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI _____ pag. 8
TABELLA DELLE ATTIVITÀ _____ pag. 14

Parte Quarta
CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI _____ pag. 19

GARANZIA MALATTIA

Parte Quinta
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE _____ pag. 23
Sezione prima: Assicurazione Rimborso Spese Mediche – Grandi interventi chirurgici _____ pag. 25
Sezione seconda: Assicurazione Rimborso Spese Mediche – Garanzia Base _____ pag. 28
Sezione terza: Assicurazione Rimborso Spese Mediche – Garanzia Top _____ pag. 30

Parte Sesta
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA _____ pag. 32

Parte Settima
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA _____ pag. 34

Parte Ottava
CONDIZIONI PARTICOLARI MALATTIA _____ pag. 36

GARANZIA ASSISTENZA

Parte Nona
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI ASSISTENZA _____ pag. 38

GARANZIA TUTELA LEGALE

Parte Decima
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE _____ pag. 46



PARTE PRIMA NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

In presenza di garanzie malattia, la Società presta l'assicurazione nei termini di cui alla presente polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e sulle dichiarazioni rese da ciascun Assicurato nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della polizza stessa.

In ogni caso, le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/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.

Art. 1.2 – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del codice civile.

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

I premi devono essere pagati all'Agenzia od all'Ufficio di Rappresentanza a cui è assegnata la polizza oppure alla Società.

Fermi i termini di decorrenza della garanzia e di aspettativa di cui agli Artt. 5.1, 6.2, 7.2 e 10.7, primo comma, secondo alinea, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio, o la prima rata di premio, sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

Verificandosi la riattivazione dopo trenta giorni di sospensione, entreranno nuovamente in funzione i termini di decorrenza della garanzia e di aspettativa di cui ai sopra citati articoli.

L'eventuale frazionamento del premio non esonera il Contraente dal pagamento dell'intero premio annuo da considerarsi a tutti gli effetti unico e indivisibile.

Art. 1.4 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.5 – Aggravamento del rischio (non si applica all'assicurazione malattia)

Il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Art. 1.6 – Diminuzione del rischio (non si applica all'assicurazione malattia)

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del codice civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.7 – Obblighi in caso di sinistro (vedi anche Artt. 3.12, 5.5, 6.3, 7.3, 9.5, 9.6, 10.9, 10.10 e 10.11)

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia od all'Ufficio di Rappresentanza a cui è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile. *L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del codice civile.*

Art. 1.8 – Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Tuttavia, se è operante una garanzia Malattia, l'assicurazione cessa a tutti gli effetti e per tutte le garanzie alla prima scadenza annuale successiva alla quarta proroga tacita senza obbligo di disdetta.

Art. 1.9 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero.

Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 1.10 – Oneri fiscali

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

Art. 1.11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

La presente assicurazione è regolata dalla legge italiana.



Art. 1.12 – Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

La presente Assicurazione non sarà operante e l'assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun risarcimento, Indennizzo od a riconoscere alcun beneficio o servizio previsto nella presente Polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale risarcimento, Indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio o servizio esponga l'assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da:

- a) risoluzioni delle Nazioni Unite;
- b) provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, del Regno Unito o degli U.S.A.;
- c) qualsiasi altra norma o provvedimento nazionale o internazionale in materia di embargo internazionale e sanzioni economiche e commerciali.



PARTE SECONDA NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Art. 2.1 – Controversie – arbitrato irrituale

In caso di:

- divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o sulla durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dagli Artt. 3.13 e 7.4;
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;
- disaccordo sulla natura e sulle conseguenze della malattia, ovvero sulla operabilità di un'ernia addominale da sforzo;

Le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Limitatamente al caso di invalidità permanente derivante da infortunio, è data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 2.2 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società considera non assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sieropositività HIV, la Società stessa presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non soffrire di tali affezioni.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce un aggravamento del rischio per il quale la Società non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo; si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo del codice civile.

Art. 2.3 – Esclusioni

A) Operanti per tutte le garanzie

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- 2) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei;
- 3) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico;
- 4) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour, paracadutismo o sport aerei in genere;
- 5) dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi simili nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;
- 6) da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- 7) accertamenti diagnostici non resi necessari da malattia od infortunio;
- 8) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 9) da guerra (salvo quanto disposto dall'Art. 3.4 – Rischio di guerra all'estero), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- 10) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali;
- 11) da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 12) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate



per fini pacifici;

- 13) *dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: della criminalità; di tumulti popolari; di atti di guerriglia o di violenza urbana; di atti di terrorismo; di manifestazioni di piazza; sono inoltre esclusi gli infortuni causati dalla partecipazione ad esercitazioni tattiche e militari, con o senza utilizzo di armi da fuoco.*

Non sono equiparati ad Infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiano come conseguenza, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

B) Operanti per le garanzie Infortuni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1) *dalla guida:*

- *di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla C;*
- *di macchine operatrici;*
- *o dall'utilizzo di macchine agricole in ambito professionale;*
- *di natanti a motore per uso non privato;*

- 2) *dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro;*

- 3) *dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto all'Art. 3.2 – Rischio volo;*

- 4) *da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio.*

I rischi di cui al numero 1 sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

C) Operanti per le garanzie Malattia

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) *le conseguenze dirette od indirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti dall'Assicurato o che abbiano dato origine a cure od esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della polizza, sottaciuti alla Società dal Contraente e/o dall'Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione stessa;*

- 2) *le cure o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza;*

- 3) *le conseguenze o le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, gli esaurimenti nervosi, la depressione, gli stati d'ansia e i fenomeni comportamentali in genere;*

- 4) *gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad alcoolismo;*

- 5) *l'aborto volontario non terapeutico;*

- 6) *gli accertamenti diagnostici, le terapie e le prestazioni in genere inerenti a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;*

- 7) *le prestazioni aventi finalità estetiche, salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia;*

- 8) *le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;*

- 9) *le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e delle parodontopatie, nonché gli interventi preprotetici e implantologici, salvo quanto previsto dall'Art. 5.20 – Cure dentarie a seguito di infortunio;*

- 10) *l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto al secondo comma, numero 2), dell'Art. 5.7 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Grandi interventi chirurgici, e al paragrafo A), numero 2), degli Artt. 5.12 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base e 5.16 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top;*

- 11) *la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);*

- 12) *le prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;*

- 13) *i ricoveri o i Day Hospital durante i quali l'Assicurato è sottoposto solamente ad accertamenti diagnostici o terapie che, per la loro natura e per l'assenza di motivi di urgenza, possono essere effettuati anche ambulatorialmente senza che ciò arrechi pregiudizio alla salute dell'Assicurato stesso;*

- 14) *i check-up di medicina preventiva;*

- 15) *tutti gli eventi, i sinistri, i costi e le spese causati da o conseguenti a:*

- *infezione da Sars-CoV-2 (Covid-19), patologie correlate alla infezione da SARS-CoV-2, ogni sua variazione o mutazione futura;*
- *terapie e/o trattamenti medici effettuati per la cura o la prevenzione del Covid-19.*

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le disposizioni di cui al presente paragrafo C), punti 1) e 2), si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.



Art. 2.4 – Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, 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 del codice civile.

Art. 2.5 – Indicizzazione (operante solo se richiamata in polizza)

Le somme assicurate, i massimali, il premio, gli eventuali limiti di indennizzo, gli scaglioni in base ai quali si applicano le eventuali franchigie e le franchigie stesse, non espressi in percentuale, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (già Indice del costo della vita), pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, secondo le regole seguenti:

- alla polizza è assegnato, come riferimento iniziale, quello del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- ad ogni scadenza annuale si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento (o quello che ha dato luogo all'ultimo adeguamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello di detta scadenza;
- se si è verificata una variazione in aumento rispetto all'indice iniziale od a quello che ha dato luogo all'ultimo adeguamento, gli elementi soggetti ad adeguamento di cui al primo comma sono aumentati in proporzione; l'aumento decorre dalla data di scadenza annuale e sarà riportato su apposita quietanza da rilasciare al Contraente;
- se si è verificata una variazione in diminuzione rispetto all'indice iniziale od a quello che ha dato luogo all'ultimo adeguamento, gli elementi soggetti ad adeguamento di cui al primo comma restano inalterati.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate, i massimali e il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, ciascuna delle Parti avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso, gli elementi soggetti ad adeguamento di cui al primo comma rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

In caso di ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, l'adeguamento sarà effettuato in base all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione e i parametri del suddetto indice, l'adeguamento sarà effettuato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

L'indicizzazione non è operante sulle garanzie di Assistenza e Tutela legale.



PARTE TERZA NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione Infortuni

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e/o secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento od il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore e le folgorazioni;
- f) le lesioni determinate da sforzi, **con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini**;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- j) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e di vegetali, **escluse la malaria e le malattie tropicali**.

Art. 3.2 – Rischio volo

Ferme le Norme che regolano l'assicurazione in generale, e a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.3 – Esclusioni, paragrafo B), punto 3), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi quelli effettuati:**

- **su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;**
- **su aeromobili di aeroclub;**
- **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo: deltaplani, ultraleggeri, parapendio).**

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 3.3 – Servizio militare

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, **né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana**, fermo il diritto del Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione spetta al Contraente il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione il Contraente ha diritto di ottenere il protrarsi dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Art. 3.4 – Rischio di guerra all'estero

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.3 – Esclusioni, paragrafo A), punto 9), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata e non dichiarata) o da insurrezione popolare, **per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (**esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino**) in un Paese sino ad allora in pace, **con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi**.

Art. 3.5 – Cambiamento dell'attività professionale

Fermo il disposto degli Artt. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 1.5 – Aggravamento del rischio, 1.6 – Diminuzione del rischio e 2.3 – Esclusioni, **se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale principale o secondaria dichiarata in polizza, senza che l'Assicurato od il Contraente ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:**

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- **l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura, indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:**



Attività dichiarata in polizza	Percentuali di indennizzo in base alla classe di attività svolta al momento del sinistro			
	Classi	A	B	C
A	100	75	60	50
B	100	100	75	60
C	100	100	100	75
D	100	100	100	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività" riportata alla fine delle presenti Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, ove sono indicate anche le corrispondenti classi di rischio.

Per la classificazione di attività non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

Qualora l'attività svolta al momento del sinistro non possa essere classificata neppure utilizzando tali criteri, la stessa deve considerarsi non assicurabile, e pertanto l'indennizzo non sarà corrisposto ai sensi dell'art. 1898 del codice civile.

Ove non diversamente indicato o non implicito nella descrizione dell'attività dichiarata in polizza, si intende che l'attività svolta dall'Assicurato non comporta, neppure saltuariamente:

- l'accesso a cantieri, impalcature, ponteggi, officine, industrie in genere;
- l'utilizzo di macchinari industriali, macchine operatrici o macchine agricole;
- il contatto con materiali radioattivi, corrosivi, velenosi, esplosivi.

In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di un'attività comportante una o più delle fattispecie elencate ai tre alinea precedenti, varrà quanto stabilito nel presente articolo al riguardo dello svolgimento di un'attività diversa da quella dichiarata.

Art. 3.6 – Morte e morte presunta

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio**, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del codice civile). In caso di affondamento o naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (artt. 211 e 838 del codice della navigazione). Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 3.7 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri sotto elencati.



Arti od organi	Corrispondente percentuale di invalidità permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
– un arto superiore	70%
– una mano od un avambraccio	60%
– un pollice	18%
– un indice	14%
– un medio	8%
– un anulare	8%
– un mignolo	12%
– la falange ungueale del pollice	9%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
Anchilosi dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
Paralisi completa del nervo radiale	35%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%
Amputazione di un arto inferiore:	
– al di sopra della metà della coscia	70%
– al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
– un piede	40%
– ambedue i piedi	100%
– un alluce	5%
– un altro dito del piede	1%
– la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%
Anchilosi dell'articolazione tibiotarsica ad angolo retto con anchilosi dell'articolazione sottoastragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Cecità di:	
– un occhio	25%
– ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
– un orecchio	10%
– ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
– una vertebra cervicale	12%
– una vertebra dorsale	5%
– 12 ^a dorsale	10%
– una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa,



indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Se l'assicurato muore, per cause diverse dall'infortunio denunciato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.

Se invece l'Assicurato muore per cause diverse dall'infortunio denunciato, prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali, la Società liquida agli eredi l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli eredi, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 3.8 – Franchigie sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 3.7 – Invalidità permanente, l'indennizzo definitivo sarà liquidato previa applicazione delle seguenti franchigie:

- *sulla parte di somma assicurata fino a € 160.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 3% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 3% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 e fino a € 400.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 7% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 7% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00 e fino a € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 15% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 15% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità.*

Art. 3.9 – Inabilità temporanea

L'indennità per inabilità temporanea è riconosciuta:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) **al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte** alle proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea è corrisposta, **per un periodo massimo di 365 giorni:**

- **dall'8° giorno successivo a quello di accadimento del sinistro per diarie assicurate fino a € 50,00;**
- **dall'11° giorno successivo a quello di accadimento del sinistro per diarie assicurate superiori a € 50,00.**

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quelle dovute per morte, invalidità permanente, ricovero e gessatura.

Non è cumulabile invece con l'indennità prevista, in caso di frattura ossea, dall'ultimo alinea dell'Art. 3.10 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea.

Art. 3.10 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, e se dipendenti da questo, l'assicurazione vale per:

- a) il ricovero;
- b) il Day Hospital;
- c) il Day Surgery;
- d) la gessatura;
- e) la frattura ossea.

La Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e **per la durata massima di 365 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;**
- in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, **nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;**
- in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, **nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;**
- in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e **per la durata massima di 60 giorni per sinistro. Il giorno di**



rimozione della gessatura non è indennizzabile;

- in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritto dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso e **per la durata massima di 30 giorni per sinistro.**

Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro. L'indennità in caso di frattura ossea di cui al quinto alinea del presente articolo non è altresì cumulabile con l'indennità per Inabilità temporanea.

Art. 3.11 – Rimborso spese mediche

La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato, e rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:

- A) trasporto dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, al posto di Pronto Soccorso od all'ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
- B) in caso di ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, o gessatura:
 - 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital, l'intervento chirurgico o la gessatura;
 - 4) rette di degenza;
 - 5) medicinali prescritti dai sanitari;
 - 6) accertamenti radiografici e radioscopici, visite specialistiche, esami ed analisi in genere e relativi ticket;
 - 7) apparecchi gessati e tutori;
 - 8) terapie fisiche e cure termali prescritte dai sanitari (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**);
 - 9) trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura, dal posto di Pronto Soccorso o dall'ambulatorio ad altro Istituto di cura od al domicilio dell'Assicurato, reso necessario dalle sue condizioni di salute, **entro il limite del 20% del massimale indicato in polizza;**
- C) in caso di sinistro che non comporti ricovero, né Day Hospital, né intervento chirurgico, né gessatura, le spese di cui alle precedenti lettere A) e B), numeri 5 e 6, **entro il limite del 30% del massimale indicato in polizza;**
- D) in caso di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, le spese di cui alla precedente lettera B), numeri da 1 a 6.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata all'Assicurato, od ai suoi beneficiari in caso di morte, **previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati.**

Sono rimborsabili le spese sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio.

Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Art. 3.12 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.7 – Obblighi in caso di sinistro, **la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa del sinistro e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.**

Nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 3.13 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 3.7 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 3.14 – Criteri di liquidazione

Nei casi di ricovero, Day Hospital o Day Surgery, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e l'esito dell'infortunio, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza in regime di Day Hospital o Day Surgery.

Nel caso di gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione della documentazione medica necessaria per la determinazione del giorno dell'applicazione della gessatura e della sua rimozione nonché della documentazione strumentale attestante la lesione che ha reso necessaria la gessatura.

Nel caso di frattura ossea che non comporti gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione del referto comprovante la frattura e del certificato del medico con la prescrizione dei giorni di prognosi.



Art. 3.15 – Rinuncia al diritto di surrogazione

Limitatamente alle garanzie Morte e morte presunta, Invalidità permanente, Inabilità temporanea e Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea, di cui ai precedenti Artt. 3.6, 3.7, 3.9 e 3.10, la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.



TABELLA DELLE ATTIVITÀ

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
001	D	ABBATTITORE DI PIANTE
443	B	ACCOMPAGNATORE TURISTICO
444	B	ACCORDATORE
445	A	ADDETTO AI CALL CENTER
446	B	ADDETTO IMPRESA POMPE FUNEBRI
447	C	ADDETTO IMPRESA PULIZIE (con uso impalcature e simili)
448	B	ADDETTO IMPRESA PULIZIE (senza uso impalcature e simili)
002	A	AFFITTACAMERE
003	B	AGENTE CINEMATOGRAFICO/TEATRALE
004	B	AGENTE DI ASSICURAZIONE
005	B	AGENTE DI BORSA/CAMBIO
006	B	AGENTE DI COMMERCIO
007	B	AGENTE DI CUSTODIA
008	B	AGENTE DI VIAGGI
009	B	AGENTE IMMOBILIARE
449	B	AGENTE PUBBLICITARIO
010	D	AGRICOLTORE (con uso macchine agricole)
011	B	AGRICOLTORE (senza uso macchine agricole)
012	A	AGRONOMO
450	B	ALBERGATORE (con lavori manuali)
013	A	ALBERGATORE (titolare, senza lavori manuali)
014	B	ALLENATORE SPORTIVO (escluso arti marziali, lotta, equitazione)
015	C	ALLEVATORE BESTIAME (bovini, equini, suini)
016	B	ALLEVATORE BESTIAME (escluso bovini, equini, suini)
017	A	ALLEVATORE BESTIAME (titolare, senza lavori manuali)
018	A	AMMINISTRATORE (beni propri od altrui)
019	A	ANALISTA
020	A	ANESTESISTA
451	B	ANIMATORE VILLAGGI VACANZE
021	C	ANTENNISTA
452	B	ANTIQUARIO (con restauro)
022	A	ANTIQUARIO (senza restauro)
026	C	APPARTENENTE A FF. AA. o CORPI DI POLIZIA (escluse azioni repressione ed esercitazioni militari)
027	C	APPRENDISTA (con lavori manuali)
028	A	APPRENDISTA (senza lavori manuali)
029	B	ARBITRO SPORTIVO
453	C	ARCHEOLOGO
030	B	ARCHITETTO (con accesso cantieri e ponteggi)
031	A	ARCHITETTO (senza accesso cantieri e ponteggi)
032	A	ARCHIVISTA
033	D	ARMATORE (navigante)
034	A	ARMATORE (non navigante)
035	A	ARREDATORE
036	C	ARTIERE
038	C	ARTIGIANO
039	B	ARTIGIANO TESSILE
454	D	ASCENSORISTA
041	B	ASSICURATORE (addetto alla produzione)
042	B	ASSISTENTE SOCIALE
043	A	ASSISTENTE UNIVERSITARIO
044	A	ASTRONOMO
046	B	ATTORE (senza scene pericolose)
047	C	ATTREZZISTA
048	A	ATTUARIO
050	B	AUTISTA DI PIAZZA

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
051	B	AUTO-MOTO-CICLO NOLEGGIATORE
052	C	AUTO-MOTO-CICLO RIPARATORE
520	D	AUTOTRASPORTATORE (con carico e scarico)
053	C	AUTOTRASPORTATORE (senza carico e scarico)
054	A	AUTOTRASPORTATORE (titolare, senza guida autocarri né lavori manuali)
055	A	AVVOCATO
455	A	BABYSITTER
456	B	BADANTE
056	B	BAGNINO
057	B	BALLERINO
058	A	BANCARIO
059	A	BANCHIERE
060	A	BARBIERE
061	B	BARISTA/BARMAN
062	A	BENESTANTE (senza occupazioni di lavoro)
457	C	BENZINAIO (compreso manutenzione e autolavaggio)
063	B	BENZINAIO (escluso manutenzione e autolavaggio)
064	A	BIBLIOTECARIO
065	B	BIDELLO
066	A	BIOLOGO
067	D	BOSCAIOLO
068	A	BOTANICO
069	D	BRACCIANTE (con uso macchine agricole)
070	B	BRACCIANTE (senza uso macchine agricole)
458	C	CALDAISTA
072	B	CALZOLAIO
073	A	CAMERAMAN
074	B	CAMERIERE
075	A	CAMICIAIA
076	D	CAMIONISTA (con carico e scarico)
077	C	CAMIONISTA (senza carico e scarico)
078	B	CANTANTE
079	B	CANTONIERE
080	C	CAPO CANTIERE (con lavori manuali)
081	B	CAPO CANTIERE (senza lavori manuali)
082	C	CAPO FABBRICA (con lavori manuali)
083	B	CAPO FABBRICA (senza lavori manuali)
084	C	CAPO OFFICINA (con lavori manuali)
085	B	CAPO OFFICINA (senza lavori manuali)
086	C	CAPO OPERAIO
087	C	CAPOMASTRO (con lavori manuali)
088	B	CAPOMASTRO (senza lavori manuali)
089	A	CAPOSTAZIONE
090	B	CAPOTRENO
091	C	CARBURATORISTA
459	D	CARPENTIERE
092	C	CARPENTIERE (senza accesso a ponteggi e impalcature)
093	C	CARROZZIERE
094	A	CARTOLAIO
095	A	CASALINGA
096	B	CASARO
097	B	CASELLANTE
098	A	CASSIERE
100	C	CAVATORE (in cave a giorno senza uso di mine)
101	A	CENTRALINISTA
460	B	CERAMISTA
103	B	CHIMICO (senza contatto materiali esplosivi)
105	B	COLLABORATORE FAMILIARE



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
107	A	COMMERCIALISTA
108	A	COMMERCIANTE ABBIGLIAMENTO (o addetto)
109	B	COMMERCIANTE ACCESSORI AUTO (o addetto)
461	B	COMMERCIANTE ALIMENTARI/MINIMARKET (o addetto)
114	B	COMMERCIANTE ANIMALI DOMESTICI (o addetto)
119	A	COMMERCIANTE ARTICOLI DA REGALO e CHINCAGLIERIA (o addetto)
110	C	COMMERCIANTE ARTICOLI EDILIZIA (o addetto)
462	A	COMMERCIANTE ARTICOLI FOTOGRAFICI e OTTICA (o addetto)
111	B	COMMERCIANTE ARTICOLI IDRAULICI/ELETRICI (o addetto)
463	B	COMMERCIANTE ARTICOLI IGIENICO/SANITARI (o addetto)
112	A	COMMERCIANTE ARTICOLI SPORTIVI (o addetto)
113	A	COMMERCIANTE AUTO e MOTO VEICOLI (o addetto)
115	A	COMMERCIANTE CACCIA e PESCA (o addetto)
116	A	COMMERCIANTE CALZATURE (o addetto)
117	A	COMMERCIANTE CARTOLERIA (o addetto)
118	A	COMMERCIANTE CASALINGHI (o addetto)
120	C	COMMERCIANTE COMBUSTIBILI (o addetto)
464	A	COMMERCIANTE COMPUTER ed ELETTRONICA (o addetto)
121	A	COMMERCIANTE CONCIMI (o addetto)
143	A	COMMERCIANTE DISCHI, MUSICA, STRUMENTI MUSICALI (o addetto)
122	A	COMMERCIANTE DOLCIUMI (o addetto)
123	B	COMMERCIANTE ELETTRODOMESTICI (o addetto)
465	B	COMMERCIANTE FERRAMENTA (o addetto)
124	A	COMMERCIANTE FIORI e PIANTE (o addetto)
125	B	COMMERCIANTE FRUTTA e VERDURA (o addetto)
126	A	COMMERCIANTE GIOCATTOLE (o addetto)
127	A	COMMERCIANTE LATTE e LATTICINI (o addetto)
128	C	COMMERCIANTE LEGNAME (o addetto)
129	A	COMMERCIANTE LIBRI (o addetto)
130	B	COMMERCIANTE LUBRIFICANTI (o addetto)
131	B	COMMERCIANTE MACCHINARI (o addetto)
132	A	COMMERCIANTE MANGIMI (o addetto)
133	C	COMMERCIANTE MATERIE FERROSE (o addetto)
134	A	COMMERCIANTE MATERIE PLASTICHE (o addetto)
135	A	COMMERCIANTE MEDICINALI (o addetto)
136	A	COMMERCIANTE MERCERIE (o addetto)
137	B	COMMERCIANTE MOBILI (o addetto)
138	A	COMMERCIANTE PELLAMI (o addetto)
139	A	COMMERCIANTE PELLICCE (o addetto)
140	A	COMMERCIANTE PESCI (o addetto)
141	B	COMMERCIANTE PREZIOSI (o addetto)
142	A	COMMERCIANTE PROFUMI (o addetto)
144	A	COMMERCIANTE TAPPETI (o addetto)

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
145	A	COMMERCIANTE TESSUTI (o addetto)
146	A	COMMERCIANTE UOVA e POLLAMI (o addetto)
147	A	COMMERCIANTE VALIGIE e BORSE (o addetto)
148	B	COMMERCIANTE VERNICI E COLORI (o addetto)
149	C	COMMERCIANTE VETRI (o addetto)
150	B	COMMERCIANTE VINI e LIQUORI (o addetto)
151	B	COMMESSE VIAGGIATORE
153	A	CONCERTISTA
466	C	CONCIATORE
467	C	CONDUCENTE AUTOBUS EXTRAURBANI
468	B	CONDUCENTE AUTOBUS URBANI e FILOBUS
154	B	CONDUCENTE MEZZI PUBBLICI (no extraurbani)
155	D	CONDUTTORE MACCHINE AGRICOLE e OPERATRICI
156	A	CONSULENTE DEL LAVORO e/o PER LA SICUREZZA
157	B	CONTROLLORE (su automezzi pubblici o treni)
158	B	COREOGRAFO
159	B	CORNICIAIO
160	C	CORRIERE
161	C	COSTRUTTORE EDILE
162	B	COSTRUTTORE EDILE (senza lavori manuali)
163	A	CRITICO D'ARTE
164	B	CROMATORE
165	B	CRONISTA
166	B	CUOCO
167	B	CUSTODE
168	B	DECORATORE
469	A	DENTISTA
470	A	DIRETTORE D'ORCHESTRA
169	B	DIRIGENTE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)
170	A	DIRIGENTE (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
471	A	DISEGNATORE
472	A	DOCENTE UNIVERSITARIO
171	B	DOGANIERE
172	B	DOMESTICO
173	B	DROGHIERE
174	C	EBANISTA
175	A	ECONOMO
176	A	EDITORE
177	C	ELETTRAUTO
178	C	ELETTRICISTA
179	C	ELETTROMECCANICO
180	C	ELETTROTECNICO (anche all'esterno e alta tensione)
181	B	ELETTROTECNICO (solo all'interno senza alta tensione)
182	A	ENOLOGO
473	A	ERBORISTA
183	D	ESCAVATORE
184	A	ESPORTATORE
185	A	ESTETISTA
186	C	FABBRO
187	D	FACCHINO
188	D	FALEGNAME
189	D	FANTINO
190	A	FARMACISTA
191	D	FATTORE AGRICOLO (con uso macchine agricole)
192	B	FATTORE AGRICOLO (senza uso macchine agricole)



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
193	B	FATTORINO
474	A	FERROVIERE (escluso personale viaggiante)
475	C	FERROVIERE (macchinista)
194	B	FERROVIERE (personale viaggiante, escluso macchinisti)
195	A	FISICO
196	A	FISIOTERAPISTA
197	B	FLORICOLTORE
198	B	FORNAIO
199	A	FOTOGRAFO (all'interno studi di posa)
200	B	FOTOGRAFO (in esterni) o FOTOREPORTER
476	A	FOTOMODELLO
477	C	FRIGORISTA
201	B	FRUTTICOLTORE
202	A	FUNZIONARIO AMM.VO
203	B	GARAGISTA
204	A	GARAGISTA (titolare, senza lavori manuali)
478	B	GELATAIO (con produzione)
479	A	GELATAIO (senza produzione)
205	B	GEOLOGO
206	B	GEOMETRA (con accesso cantieri e ponteggi)
207	A	GEOMETRA (senza accesso cantieri e ponteggi)
208	A	GERENTE/GESTORE (senza lavori manuali)
480	A	GESTORE Bed & Breakfast
209	B	GIARDINIERE
210	A	GINECOLOGO
211	B	GIOIELLIERE
212	A	GIORNALISTA
213	B	GIORNALISTA o PUBBLICISTA
214	A	GIUDICE
215	C	GOMMISTA
216	A	GOVERNANTE
217	A	GRAFICO
481	D	GRUISTA
218	B	GUARDACACCIA
219	B	GUARDAPESCA
220	A	GUARDAROBIERA
221	B	GUARDIA ACQUE DEMANIALI
222	B	GUARDIA CAMPESTRE
224	B	GUARDIA FORESTALE
226	B	GUARDIA MUNICIPALE
228	B	GUIDA TURISTICA
482	B	HOSTESS/STEWARD (presso stand commerciali)
229	C	IDRAULICO
230	A	IGIENISTA DENTALE
231	B	IMPIEGATO (con mansioni esterne, compreso accesso cantieri, officine, ponteggi)
232	A	IMPIEGATO (con mansioni interne, senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
233	A	IMPORTATORE
483	C	IMPRENDITORE (escluso edilizia, con lavori manuali e accesso a cantieri e officine)
484	B	IMPRENDITORE (escluso edilizia, senza lavori manuali ma con accesso a cantieri e officine)
485	A	IMPRENDITORE (senza lavori manuali né accesso a cantieri e officine)
234	C	IMPRENDITORE EDILE (con lavori manuali e accesso cantieri e ponteggi)
235	B	IMPRENDITORE EDILE (senza lavori manuali ma con accesso cantieri e ponteggi)

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
236	B	IMPRENDITORE POMPE FUNEBRI
237	A	IMPRESARIO
238	B	INCISORE
239	B	INDOSSATORE/INDOSSATRICE
240	C	INDUSTRIALE (con lavori manuali e accesso cantieri, officine)
241	B	INDUSTRIALE (senza lavori manuali ma con accesso cantieri, officine)
242	A	INDUSTRIALE (senza lavori manuali né accesso cantieri, officine)
243	A	INFANTE
244	B	INFERMIERE (escluso reparti psichiatrici)
245	C	INFERMIERE (in reparti psichiatrici)
246	B	INGEGNERE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)
247	A	INGEGNERE (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
249	A	INSEGNANTE (escluso materie professionali, tecniche, educazione fisica)
248	B	INSEGNANTE (materie professionali, tecniche, educazione fisica)
250	C	INSERVIENTE
486	C	INSTALLATORE DISTRIBUTORI AUTOMATICI (compresa manutenzione)
487	C	INSTALLATORE SERRAMENTI, TENDE e VENEZIANE (anche con uso ponteggi o impalcature)
488	B	INSTALLATORE SERRAMENTI, TENDE e VENEZIANE (senza uso ponteggi o impalcature)
251	A	INTERPRETE
253	C	INTONACATORE (anche esterni)
252	B	INTONACATORE (solo interni)
489	B	INVESTIGATORE PRIVATO
254	B	ISTRUTTORE DI NUOTO
255	B	ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA
256	C	LAMINATORE
257	A	LATTAIO
258	C	LATTONIERE
259	B	LAVANDAIA
490	B	LEGATORE DI LIBRI
260	A	LIBRAIO
261	B	LINOTIPISTA
262	B	LITOGRAFO
491	A	LOGOPEDISTA/LOGOTERAPISTA
263	B	LUCIDATORE MARMI
264	B	LUCIDATORE METALLI
265	B	LUCIDATORE MOBILI
266	B	LUCIDATORE PAVIMENTI
267	B	LUCIDATORE PELLI
268	C	MACCHINISTA
269	C	MACELLAIO (al banco, senza macellazione)
270	D	MACELLAIO (con macellazione)
271	B	MAESTRO DI SCHERMA
272	B	MAESTRO DI SCI
273	B	MAESTRO DI TENNIS
274	B	MAGAZZINIERE
275	A	MAGGIORDOMO
276	A	MAGISTRATO
492	B	MAGLIERISTA
277	A	MÂTRE D'HOTEL
278	D	MANDRIANO
279	A	MANICURE
280	D	MANISCALCO
281	C	MANOVALE
282	B	MANOVRATORE
283	D	MARITTIMO
284	C	MARMISTA
285	A	MASSAGGIATORE
286	B	MATERASSAIO



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
287	C	MECCANICO
288	B	MECCANICO CICLISTA
289	A	MECCANICO DENTISTA
290	B	MECCANICO DI PRECISIONE
291	A	MEDICO
292	A	METEOROLOGO
294	D	MEZZADRO (con uso macchine agricole)
295	B	MEZZADRO (senza uso macchine agricole)
297	A	MINISTRO DI CULTO
298	C	MOBILIERE
299	A	MODISTA
300	C	MOTORISTA
301	C	MUGNAIO
302	C	MURATORE
303	B	MUSICISTA
304	B	NOLEGGIATORE BARCHE
305	A	NOTAIO
306	B	ODONTOTECNICO
307	B	OMBRELLAIO
308	C	OPERAIO
309	A	OPERATORE CENTRI ELABORAZIONE DATI
310	B	OPERATORE CINEMATOGRAFICO
311	B	OPERATORE ECOLOGICO
312	A	ORAFO
313	A	ORCHESTRALE
314	B	OREFICE
315	A	OROLOGIAIO
316	C	ORTICOLTORE (con uso macchine agricole)
317	B	ORTICOLTORE (senza uso macchine agricole)
318	A	ORTOPEDICO
319	B	OSTE
320	A	OSTETRICA
321	A	OTTICO
322	C	PALAFRENIERE
324	A	PANETTIERE (commerciante o addetto, senza produzione)
325	B	PANIFICATORE
326	A	PANTALONAIA
328	B	PARAMEDICO (escluso reparti psichiatrici)
329	C	PARAMEDICO (in reparti psichiatrici)
330	A	PARRUCCHIERE
331	B	PASTAIO
332	A	PASTICCIERE (commerciante o addetto, senza produzione)
493	B	PASTICCIERE (con produzione)
333	C	PASTORE
334	B	PAVIMENTATORE
494	A	PEDICURE
335	B	PELLETTIERE
336	A	PELLICCIAIO (commerciante o addetto, senza lavori manuali)
337	A	PENSIONATO
338	A	PERFORATRICE
339	B	PERITO EDILE (con accesso cantieri, ponteggi, impalcature)
340	A	PERITO EDILE (senza accesso cantieri, ponteggi, impalcature)
341	C	PERITO ELETTROTECNICO
342	B	PERITO INDUSTRIALE
343	B	PERITO TECNICO
495	D	PESCATORE
346	C	PESCATORE (solo acque interne)
347	B	PIASTRELLISTA
348	B	PIAZZISTA
349	C	PILOTA DI PORTO
352	A	PITTORE ARTISTA
353	C	PITTORE EDILE

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
496	B	PITTORE EDILE (solo interni, escluso ponteggi e impalcature)
497	B	PIZZAIOLO
354	A	PODOLOGO
355	B	PORTALETTERE
356	B	PORTIERE
357	D	PORTUALE
498	C	PORTUALE (escluso facchini e scaricatori)
358	A	POSSIDENTE (senza occupazioni di lavoro)
359	A	PRELATO
499	B	PREPARATORE ATLETICO
360	A	PRESIDE
361	B	PRESTIGIATORE
362	B	PROCACCIATORE D'AFFARI
363	B	PROCURATORE DI BORSA
364	B	PROCURATORE SPORTIVO
365	A	PRODUTTORE CINE-TEATRALE
366	A	PROGETTISTA (senza lavori manuali)
367	A	PROGRAMMATORE ELETTRONICO
500	A	PROGRAMMATORE INFORMATICO o SISTEMISTA
501	B	PROMOTORE FINANZIARIO
368	B	PROPAGANDISTA
369	A	PROPRIETARIO TERRIERO (senza lavori manuali)
370	A	PSICOLOGO o PSICANALISTA
371	A	PUBBLICITARIO
372	A	PUERICULTRICE
374	C	PULITORE VETRI
502	C	RADIOTECNICO (compresa installazione antenne)
376	B	RADIOTECNICO (esclusa installazione antenne)
377	A	RAGIONIERE
503	B	RAMMENDATRICE
378	B	RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO
379	B	REGISTA (senza scene pericolose)
380	B	RESTAURATORE MOBILI
381	B	RESTAURATORE OPERE D'ARTE (compreso accesso a ponteggi e impalcature)
382	A	RETTORE
504	A	REVISORE CONTABILE
505	B	RICAMATRICE
383	A	RICERCATORE UNIVERSITARIO
384	B	RIGATTIERE
385	A	RILEGATORE DI LIBRI
506	B	RIPARATORE ARTICOLI IN PELLE
507	C	RIPARATORE RADIO TV (compresa installazione antenne)
386	B	RIPARATORE RADIO TV (escluso installazione antenne), COMPUTER, ELETTRODOMESTICI
508	B	RISTORATORE
387	B	ROSTICCIERE
388	A	SACERDOTE
389	A	SACRESTANO
391	C	SALDATORE
392	B	SALUMIERE
393	A	SARTO
394	C	SCALPELLINO
395	B	SCENOGRAFO (senza scene pericolose)
396	A	SCOLARO
397	A	SCRITTORE
398	B	SCULTORE
399	B	SINDACALISTA
400	A	SOCIOLOGO
402	B	SOUBRETTE
403	A	SOVRINTENDENTE ALLE ARTI
404	C	SPEDIZIONIERE
405	A	SPEDIZIONIERE (titolare, senza lavori manuali)



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
406	D	SPELEOLOGO
509	C	STAGISTA (con lavori manuali)
510	A	STAGISTA (senza lavori manuali)
407	D	STALLIERE
408	A	STENOGRAFO
511	B	STILISTA
409	C	STRADINO
410	A	STUDENTE (istruzione primaria e secondaria)
411	A	STUDENTE (universitario e master)
412	A	SUORA
512	A	TABACCAIO
413	B	TAPPEZZIERE
513	B	TASSISTA
414	A	TELEFONISTA
514	C	TERMOIDRAULICO
415	B	TESSITORE
416	B	TINTORE
417	B	TIPOGRAFO
515	C	TIROCINANTE (con lavori manuali)
516	A	TIROCINANTE (senza lavori manuali)
418	A	TITOLARE AZIENDA/IMPRESA (senza lavori manuali)
517	B	TITOLARE BAR, CAFFÈ, BIRRERIA
521	B	TOELETTATORE
419	C	TORNITORE
420	A	TRADUTTORE
421	B	TRANVIERE
422	C	TRATTORISTA
423	C	TREBBIATORE
424	A	TRUCCATORE
425	B	UFFICIALE GIUDIZIARIO
426	D	UFFICIALE MARINA MERCANTILE
427	A	UROLOGO
428	A	USCIERE
518	C	VENDITORE AMBULANTE
429	B	VERNICIATORE
430	A	VESCOVO
431	B	VETERINARIO
432	C	VETRAIO
433	A	VETRINISTA
434	C	VETTURINO
437	B	VIGILE URBANO (ogni ruolo e grado)
519	B	VIVAISTA
438	C	VULCANIZZATORE



PARTE QUARTA CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI

Art. 4.1 – Condizioni particolari Infortuni

Le seguenti condizioni particolari sono valide soltanto se espressamente richiamate in polizza.

ESTENSIONI

E1) Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente – Tabella INAIL

A parziale deroga dell'Art. 3.7 – Invalidità permanente, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa. In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

E2) Supervalutazione dell'invalidità permanente delle mani

A parziale deroga dell'Art. 3.7 – Invalidità permanente (fermi i criteri generali ivi indicati) o, se operativa, della Tabella INAIL di cui alla Condizione Particolare E1, la tabella delle percentuali dell'invalidità permanente si intende sostituita per i casi appresso indicati dalla seguente:

Arti od organi	Corrispondente percentuale di invalidità permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
– una mano	100%
– un pollice	60%
– un indice	60%
– un medio	30%
– un anulare	20%
– un mignolo	20%
– la falange ungueale del pollice	30%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito

La supervalutazione non è operante per la parte di somma assicurata eccedente € 200.000,00.

E3) Ernie addominali da sforzo

A parziale deroga dell'Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione Infortuni, lettera f), la garanzia comprende, **limitatamente ai casi di invalidità permanente e di inabilità temporanea** (sempre che quest'ultima sia prevista dal contratto), le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:

- **la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- **qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di inabilità temporanea (ove prevista) fino ad un massimo di trenta giorni;**
- **qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale.**

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri – senza soluzione di continuità – ad altra eguale copertura, il periodo di carenza di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura per gli Assicurati, le somme e le prestazioni dalla stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente ai nuovi Assicurati, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

E4) Sport svolti sotto l'egida delle Federazioni

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 2.3 – Esclusioni, paragrafo A), punto 5), l'assicurazione, **limitatamente ai soli casi di morte e invalidità permanente e con il massimo di € 160.000,00 per sinistro e per anno assicurativo**, vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione, in qualità di tesserati, **purché a livello dilettantistico**, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni od Enti similari nei seguenti sport:

- baseball;
- calcio (compreso calcio a cinque e simili);
- ciclismo;
- pallacanestro;
- pallamano;
- pallanuoto;



- pallavolo;
- sci di fondo.

Non sono applicabili alla presente estensione di garanzia, ancorché richiamate, le disposizioni di cui alle Condizioni particolari F2 – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente, F3 – Tabella modulare sulla invalidità permanente e F4 – Franchigia relativa sulla invalidità permanente.

A parziale deroga dell'Art. 3.8 – Franchigie sulla invalidità permanente, primo alinea, e limitatamente agli infortuni ammessi al risarcimento in forza della presente estensione di garanzia, **l'indennizzo sarà liquidato previa applicazione di una franchigia del 5% anziché del 3%.**

E5) Commorienza dei genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento consegua la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno assicurato con la presente polizza, che lascino uno o più figli minori o portatori di handicap con invalidità riconosciuta non inferiore al 50% della totale, la Società stessa liquida a questi ultimi una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi per il caso di morte dei genitori.

In ogni caso, e indipendentemente dai capitali assicurati, anche se con più contratti, il maggior esborso a carico della Società non potrà superare € 200.000,00 per ciascun genitore assicurato.

E6) Indennità giornaliera per convalescenza (forma base)

Qualora sia operante la garanzia di cui all'Art. 3.10 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea, in caso di:

- ricovero protrattosi per almeno 3 giorni;
- intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero;
- gessatura;

a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, purché prescritto da un medico, per un numero di giorni pari a quello che sarà riconosciuto per l'indennità giornaliera per ricovero o gessatura, **e comunque non superiore a 15 giorni per sinistro ed a 60 giorni per anno assicurativo.**

E7) Indennità giornaliera per convalescenza (forma Top)

Qualora sia operante la garanzia di cui all'Art. 3.10 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea, in caso di:

- ricovero protrattosi per almeno 3 giorni;
- intervento chirurgico;
- gessatura;
- ustioni di grado superiore al primo, estese ad almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori, o ad almeno il 18% dell'intera superficie corporea, che non abbiano comportato intervento e/o ricovero in istituto di cura;

a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, purché prescritto da un medico.

L'indennità giornaliera per convalescenza sarà riconosciuta fino ad un massimo di:

- 4 giorni, in caso di intervento chirurgico effettuato in regime ambulatoriale o di Day Surgery;
- 7 giorni in caso di ricovero di durata fino a 5 giorni;
- 15 giorni in caso di ricovero di durata superiore a 5 giorni e fino a 10 giorni;
- 30 giorni in caso di ricovero di durata oltre 10 giorni;
- 30 giorni in caso di gessatura, a partire dal giorno della rimozione;
- 15 giorni in caso di ustioni.

L'indennità giornaliera per convalescenza non sarà comunque corrisposta per un periodo superiore a 30 giorni per sinistro e 90 giorni per anno assicurativo.

E8) Indennità forfetaria per perdita anno scolastico

In caso di infortunio che comporti l'impossibilità, da parte dell'Assicurato, di frequentare le lezioni di un corso di studio (istruzione primaria o secondaria) per un numero di giorni che, a norma delle disposizioni vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponde un'indennità forfetaria pari all'1% della somma assicurata per l'Invalidità permanente, entro il limite di € 1.000,00 per sinistro.

Il diritto all'indennità deve essere comprovato, oltre che dalla certificazione medica relativa all'infortunio, da specifica documentazione, rilasciata dall'Istituto scolastico frequentato, attestante che la perdita dell'anno scolastico è stata determinata esclusivamente dal numero di giorni di assenza a causa dell'infortunio stesso.

LIMITAZIONI

L1) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (compreso il rischio "in itinere")

A parziale deroga dell'Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione Infortuni, **l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate**, compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di locomozione, purché non espressamente esclusi dal contratto.



L2) Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra-professionali

A parziale deroga dell'Art. 3.1 – Oggetto dell'assicurazione Infortuni, *l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In ogni caso, sono esclusi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante attività comunque retribuite alle dipendenze di terzi o svolte in proprio a titolo professionale.*

FRANCHIGIE
F1) Franchigie sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 3.8 – Franchigie sulla invalidità permanente, si conviene che *sulla parte di somma assicurata fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità.*

Fermo quanto altro disposto al terzo, quarto e quinto alinea del predetto articolo.

F2) Abrogazione parziale della franchigia sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 3.8 – Franchigie sulla invalidità permanente, si conviene che:

- sulla parte di somma assicurata fino a € **160.000,00** l'indennizzo per invalidità permanente sarà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 3% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 3% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 e fino a € 400.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00 e fino a € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 15% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 15% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità.*

F3) Tabella modulare sulla invalidità permanente

In deroga all'Art. 3.8 – Franchigie sulla invalidità permanente, *l'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente sarà liquidato sulla base della seguente tabella:*

Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
<i>fino a 3</i>	0	18	17	33	46	48	76
4	1	19	18	34	48	49	78
5	2	20	20	35	50	50	80
6	3	21	22	36	52	51	82
7	4	22	24	37	54	52	84
8	5	23	26	38	56	53	86
9	6	24	28	39	58	54	88
10	7	25	30	40	60	55	90
11	8	26	32	41	62	56	92
12	9	27	34	42	64	57	94
13	10	28	36	43	66	58	96
14	11	29	38	44	68	59	98
15	12	30	40	45	70	60 e oltre	100
16	14	31	42	46	72		
17	15	32	44	47	74		

F4) Franchigia relativa sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 3.7 – Invalidità permanente, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

In deroga all'Art. 3.8 – Franchigie sulla invalidità permanente, l'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente verrà corrisposto secondo le seguenti modalità:

- *per invalidità permanente di grado pari od inferiore al 20% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto previa applicazione di una franchigia del 5% sulla percentuale di invalidità permanente totale;*



- per invalidità permanente di grado superiore al 20%, l'indennizzo sarà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.

F5) Franchigia sulla inabilità temporanea

In deroga all'Art. 3.9 – Inabilità temporanea, l'indennità per inabilità temporanea è corrisposta, **per un periodo massimo di 365 giorni per sinistro, a partire dall'ottavo giorno successivo alla data di accadimento del sinistro e con le seguenti modalità:**

- **dall'8° al 14° giorno, nella misura del 50% della somma assicurata;**
- **dal 15° al 21° giorno, nella misura del 75% della somma assicurata;**
- dal 22° giorno in avanti, nella misura del 100% della somma assicurata.

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quelle dovute per morte, invalidità permanente, ricovero e gessatura.

Non è cumulabile invece con l'indennità prevista, in caso di frattura ossea, dall'ultimo alinea dell'Art. 3.10 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea.

VARIE**V1) Deroga al patto di tacita proroga**

A parziale deroga dell'Art. 1.8 – Proroga dell'assicurazione, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Il richiamo della presente Condizione particolare Infortuni rende superfluo il richiamo dell'analoga Condizione particolare Malattia, applicandosi all'intero contratto.



PARTE QUINTA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, preso atto delle dichiarazioni rese da ciascun Assicurato nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della presente polizza, sulle quali ha basato la propria valutazione del rischio, presta l'assicurazione Rimborso spese mediche in base alle Norme che seguono.

Norme valide per tutte le Sezioni

Art. 5.1 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

La garanzia decorre, fermo restando quanto disposto dall'Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione:

- per i sinistri conseguenti a infortunio: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- *per i sinistri conseguenti a malattia: dal 30° giorno successivo;*
- *per i sinistri conseguenti a stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, purché dichiarati all'atto della stipulazione stessa, e non espressamente esclusi dalla Società: dal 180° giorno successivo;*
- *per i sinistri conseguenti a parto: dal 300° giorno successivo.*

Per i sinistri conseguenti ad aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico), od a malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione od in ripresa, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita o ripresa, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 5.2 – Trapianto di organi

In caso di trapianto di organi, o di parte di essi, conseguente ad infortunio o malattia ammessi in garanzia, la Società rimborsa, in base alle norme ed entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione rimborso spese mediche, le spese sostenute per le prestazioni sanitarie rese necessarie per il prelievo dal donatore. In caso di donatore vivente la Società rimborsa altresì, entro il limite sopraindicato, le spese sostenute per le prestazioni, relative al donatore ed effettuate durante il ricovero, a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria, materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

Art. 5.3 – Assegno exitus

In caso di decesso dell'Assicurato all'estero, a seguito di evento ammesso in garanzia, la Società rimborsa agli aventi causa le spese sostenute per il rimpatrio della salma, entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione rimborso spese mediche e fino ad un massimo di € 3.000,00.

Art. 5.4 – Anticipo indennizzi

In caso di avvenuto ricovero in istituto di cura non rientrante tra i centri clinici convenzionati, è data facoltà all'Assicurato di richiedere anticipatamente il rimborso delle spese preventivate in misura non superiore all'80% delle stesse, previa presentazione alla Società di certificazione provvisoria dell'Istituto di cura che attesti la natura della malattia o dell'infortunio, ed eventualmente la necessità dell'intervento chirurgico, il giorno del ricovero e il presunto ammontare totale delle spese sanitarie.

L'anticipazione delle spese potrà aver luogo nell'ipotesi che l'ammontare previsto delle stesse non sia inferiore a € 5.000,00.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule, distinte e ricevute di spesa, si procederà al conguaglio attivo o passivo.

Nel caso in cui, dopo l'erogazione dell'anticipazione delle spese preventivate, il sinistro risultasse indennizzabile, a termini delle Norme e/o delle Condizioni particolari malattia, in misura inferiore alla somma anticipata, l'Assicurato rimborserà alla Società, entro trenta giorni da quando la stessa gliene farà richiesta, la maggiore somma corrisposta quale anticipo dell'indennizzo.

Nel caso in cui, dopo l'erogazione dell'anticipazione delle spese preventivate, il sinistro risultasse non indennizzabile a termini delle Norme e/o delle Condizioni particolari malattia, l'Assicurato rimborserà alla Società, entro trenta giorni da quando la stessa gliene farà richiesta, la somma corrisposta quale anticipo dell'indennizzo.

Art. 5.5 – Obblighi in caso di sinistro Rimborso spese mediche

La denuncia di cui all'Art. 1.7 – Obblighi in caso di sinistro deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi in qualsiasi momento, su richiesta della Società, agli accertamenti e ai controlli medici



necessari, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria, nonché consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 5.6 – Criteri di liquidazione (vedi anche Art. 9.7)

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Definito il sinistro, la Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta corrente in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.



SEZIONE PRIMA
Assicurazione Rimborso spese mediche
Grandi interventi chirurgici

Art. 5.7 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Grandi interventi chirurgici

L'assicurazione vale per gli interventi chirurgici, resi necessari da malattia od infortunio, compresi nell'elenco di cui al successivo Art. 5.11.

La Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;
- 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero e/o l'intervento chirurgico;
- 4) rette di degenza;
- 5) trasporto in ambulanza o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo.

La Società rimborsa altresì, purché pertinenti alla malattia od all'infortunio che ha reso necessario l'intervento chirurgico, le spese sostenute per:

- 6) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o la data dell'intervento chirurgico;
- 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero od alla data dell'intervento chirurgico; qualora l'intervento chirurgico dipenda da una malattia oncologica, il suddetto limite di 100 giorni è esteso fino a 720 giorni, **e il rimborso sarà effettuato fino alla concorrenza di € 6.000,00 da intendersi come disponibilità unica per sinistro.**

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, in forma diretta o indiretta, la garanzia varrà per le eventuali spese od eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Art. 5.8 – Indennità giornaliera sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa durante il ricovero, avrà diritto ad un'indennità di € 200,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite di 100 giorni per anno assicurativo. Qualora l'Assicurato si avvalga solo parzialmente del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, l'indennità di cui al precedente comma sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di ricovero in cui egli non ha sostenuto alcuna spesa.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

Art. 5.9 – Day Hospital

Qualora, successivamente ad un intervento chirurgico indennizzabile a termini delle norme di cui alla presente Sezione Prima, l'Assicurato debba proseguire la terapia prescritta dai medici curanti presso un istituto di cura in regime di Day Hospital, la Società rimborsa le spese sostenute per rette di degenza, assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante la permanenza in Day Hospital.

Qualora l'Assicurato richieda l'indennità giornaliera sostitutiva prevista dall'Art. 5.8, questa verrà corrisposta, **esclusivamente qualora la degenza si protragga per almeno 5 ore al giorno**, nella misura di € 100,00 per ogni giorno di degenza, fermo il limite di 100 giorni per anno assicurativo.

Art. 5.10 – Retta dell'accompagnatore

La Società rimborsa, entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione rimborso spese mediche e fino ad un massimo di € 100,00 giornaliera, la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, per un periodo non superiore a 60 giorni per sinistro.

Art. 5.11 – Elenco Grandi interventi chirurgici**Cranio**

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali

Faccia e bocca

- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Operazioni demolitrici per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne
- Resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

Collo

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Timectomia per via cervicale



- Resezione dell'esofago cervicale

Torace

- Resezioni segmentarie e lobotomia
- Pneumectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi del polmone
- Interventi per fistole bronchiali-cutanee
- Pleuropneumectomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

Chirurgia toracica

- Pericardiectomia parziale o totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei al cuore
- Atriosettostomia per asportazione dei grossi vasi
- Derivazioni aorto-polmonari
- Correzione di coartazione aortica
- Interventi per fistole artero-venose del polmone
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Interventi a cuore aperto
- Bypass aorto-coronarico
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)

Esofago

(vedere anche otorinolaringoiatria)

- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Idem per tumori, resezioni parziali basse - alte - totali
- Esofagoplastica
- Reintervento per megaesofago

Stomaco - Duodeno

- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Gastrectomia totale da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica

Intestino

- Colectomia totale
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

Retto - Ano

- Amputazione del retto per via addomino-perineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

Fegato

- Resezione epatica
- Epatico-coledocotomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Deconnessione azygos-portale per via addominale

Pancreas - Milza

- Intervento di necrosi acuta del pancreas
- Intervento per cisti e pseudo-cisti
- Enucleazione delle cisti
- Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - a) totale o della testa
 - b) della coda
- Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava

Chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico

- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi



- Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico
- Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari
- Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi
- Emisferectomia

Simpatico e vago

- Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Surrenalectomia ed altri interventi sulla capsula surrenale

Chirurgia vasale

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: arteria carotide, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, aorta ed iliaca

Chirurgia pediatrica

- Cranio bifido con meningocele
- Idrocefalo ipersecretivo
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Atresia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Torace a imbuto e torace carenato
- Ernia diaframmatica
- Stenosi congenita del piloro
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale; resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice; abbassamento addomino perineale
- Mega uretere:
 - a) resezione con reimpianto;
 - b) resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Mega colon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida meningocele, o mielomeningocele, mielocistocele

Articolazioni

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomia

Urologia

- Interventi per fistola vescico-rettale
- Estrofia della vescica e derivazione
- Cistectomia totale, ureterosigmoidostomia
- Uretero-ileoanastomosi (o colon)
- Nefrectomia allargata per tumori
- Nefro-ureterotomia totale
- Surrenalectomia

Apparato genitale maschile

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

Ginecologia

- Pannisterectomia radicale per via addominale per tumore maligno

Otorinolaringoiatria

- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Faringolaringectomia
- Laringectomia totale
- Antro-atticotomia

Trapianti d'organo

- Tutti



SEZIONE SECONDA
Assicurazione Rimborso spese mediche
Garanzia Base

Art. 5.12 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base

L'assicurazione vale per i ricoveri, i Day Hospital e gli interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio. L'assicurazione vale altresì per la gravidanza, il parto, l'aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico).

A) Ricovero, Day Hospital e/o intervento chirurgico a seguito di malattia od infortunio

La Società rimborsa, in caso di ricovero, Day Hospital od intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, salvo quanto previsto dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento **fino ad un massimo di € 3.000,00 per sinistro**;
- 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico;
- 4) rette di degenza, **fino ad un massimo di € 400,00 giornalieri**;
- 5) trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, **fino ad un massimo di € 1.000,00 per sinistro**.

La Società rimborsa altresì, purché pertinenti alla malattia od all'infortunio che ha reso necessario il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico, le spese sostenute per:

- 6) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 60 giorni precedenti l'inizio del ricovero o del Day Hospital, o la data dell'intervento chirurgico;
- 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero o del Day Hospital, od alla data dell'intervento chirurgico.

Limiti di indennizzo

Con esclusivo riferimento alle sotto indicate fattispecie, la Società rimborsa l'Assicurato **fino ad un massimo per sinistro di:**

- **€ 5.000,00 per appendiciti, varici, ernie addominali, laparoccele, ovvero nei casi di interventi chirurgici effettuati in regime di Day Surgery (con esclusione di quelli sotto indicati);**
- **€ 3.000,00 per adenoidi, tonsilliti, emorroidi, ragadi e fistole anali, cataratte, ovvero nei casi di interventi chirurgici ambulatoriali.**

B) Gravidanza, parto e aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico)

La Società rimborsa, in caso di parto od aborto, fino alla concorrenza della somma indicata dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, materiale di intervento;
- 2) assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- 3) rette di degenza, **fino ad un massimo di € 400,00 giornalieri**;
- 4) trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, **fino ad un massimo di € 1.000,00 per sinistro**.

La Società rimborsa altresì, purché pertinenti al parto od all'aborto, le spese sostenute per:

- 5) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 60 giorni precedenti il parto o l'aborto;
- 6) le spese sostenute durante il periodo di gravidanza per ecografie, amniocentesi ed accertamenti inerenti alla gravidanza stessa;
- 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, effettuati nei 90 giorni successivi al parto od all'aborto.

Limiti di indennizzo

Con riferimento alle spese di cui al presente paragrafo, la Società rimborsa l'Assicurato, **fino ad un massimo per sinistro e per anno assicurativo di:**

- **€ 5.000,00 nei casi di ricovero per primo parto cesareo (intendendosi per tale il primo portato a compimento dall'Assicurata con tale tecnica e non il primo per il quale si è richiesto il rimborso alla Società);**
- **€ 3.000,00 nei casi di ricovero per parto senza taglio cesareo, parto cesareo successivo al primo od aborto.**



C) Rimborso spese extraricovero a seguito di infortunio

L'assicurazione vale altresì, in caso di infortunio non comportante ricovero e/o intervento chirurgico, per le spese sostenute dall'Assicurato, **entro 90 giorni dalla data dell'infortunio e fino ad un massimo di € 2.000,00**, per prestazioni mediche e infermieristiche, visite specialistiche, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, apparecchi gessati, inerenti all'infortunio stesso.

Art. 5.13 – Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, in forma diretta o indiretta, la garanzia di cui al precedente Art. 5.12 varrà per le eventuali spese od eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Art. 5.14 – Indennità giornaliera sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa durante il ricovero, avrà diritto ad un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite di 60 giorni per anno assicurativo.

Qualora l'Assicurato si avvalga solo parzialmente del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, l'indennità di cui al precedente comma sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di ricovero in cui egli non ha sostenuto alcuna spesa.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

In caso di Day Hospital o Day Surgery, qualora l'Assicurato richieda l'indennità giornaliera sostitutiva, questa verrà corrisposta, **esclusivamente qualora la degenza si protragga per almeno 5 ore al giorno**, nella misura di € 50,00 per ogni giorno di degenza, fermo il limite di 60 giorni per anno assicurativo.

Art. 5.15 – Retta dell'accompagnatore

La Società rimborsa, entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione rimborso spese mediche e fino ad un massimo di € 60,00 giornaliere, la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, per un periodo non superiore a 60 giorni per sinistro.



SEZIONE TERZA
Assicurazione Rimborso spese mediche
Garanzia Top

Art. 5.16 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top

L'assicurazione vale per i ricoveri, i Day Hospital e gli interventi chirurgici resi necessari da malattia od infortunio. L'assicurazione vale altresì per la gravidanza, il parto, l'aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico).

A) Ricovero, Day Hospital e/o intervento chirurgico a seguito di malattia od infortunio

La Società rimborsa, in caso di ricovero, Day Hospital od intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, salvo quanto previsto dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico;
- 4) rette di degenza;
- 5) trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo.

La Società rimborsa altresì, purché pertinenti alla malattia od all'infortunio che ha reso necessario il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico, le spese sostenute per:

- 6) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero o del Day Hospital, o la data dell'intervento chirurgico;
- 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (*escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera*), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero o del Day Hospital, od alla data dell'intervento chirurgico.

Limiti di indennizzo

Con esclusivo riferimento alle sotto indicate fattispecie, la Società rimborsa l'Assicurato **fino ad un massimo per sinistro di:**

- € 10.000,00 per appendiciti, varici, ernie addominali, laparocele, ovvero nei casi di interventi chirurgici effettuati in regime di Day Surgery (con esclusione di quelli sotto indicati);
- € 6.000,00 per adenoidi, tonsilliti, emorroidi, ragadi e fistole anali, cataratte, ovvero nei casi di interventi chirurgici ambulatoriali.

B) Gravidanza, parto e aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico)

La Società rimborsa, in caso di parto od aborto, fino alla concorrenza della somma indicata dai "Limiti di indennizzo" del presente paragrafo, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, materiale di intervento;
- 2) assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero o l'intervento chirurgico;
- 3) rette di degenza;
- 4) trasporto in ambulanza, o con qualsiasi altro mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo.

La Società rimborsa altresì, purché pertinenti al parto od all'aborto, le spese sostenute per:

- 5) esami, accertamenti diagnostici, onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti il parto o l'aborto;
- 6) le spese sostenute durante il periodo di gravidanza per ecografie, amniocentesi ed accertamenti inerenti alla gravidanza stessa;
- 7) esami, accertamenti diagnostici, acquisto di medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, effettuati nei 100 giorni successivi al parto o l'aborto.

Limiti di indennizzo

Con riferimento alle spese di cui al presente paragrafo, la Società rimborsa l'Assicurato, **fino ad un massimo per sinistro e per anno assicurativo di:**

- € 10.000,00 nei casi di ricovero per primo parto cesareo (intendendosi per tale il primo portato a compimento dall'Assicurata con tale tecnica e non il primo per il quale si è richiesto il rimborso alla Società);
- € 6.000,00 nei casi di ricovero per parto senza taglio cesareo, parto cesareo successivo al primo od aborto.



C) Rimborso spese extraricovero a seguito di infortunio

L'assicurazione vale altresì, in caso di infortunio non comportante ricovero e/o intervento chirurgico, per le spese sostenute dall'Assicurato, **entro 100 giorni dalla data dell'infortunio e fino ad un massimo di € 5.000,00**, per prestazioni mediche e infermieristiche, visite specialistiche, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, apparecchi gessati, inerenti all'infortunio stesso.

Art. 5.17 – Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, in forma diretta o indiretta, la garanzia di cui all'articolo precedente varrà per le eventuali spese od eccedenze di spese rimaste a carico dell'Assicurato.

Art. 5.18 – Indennità giornaliera sostitutiva

Qualora l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa durante il ricovero, avrà diritto ad un'indennità di € 150,00 per ogni giorno di ricovero, con il limite di 100 giorni per anno assicurativo.

Qualora l'Assicurato si avvalga solo parzialmente del Servizio Sanitario Nazionale, o di altro Ente o Fondo, l'indennità di cui al precedente comma sarà corrisposta esclusivamente per i giorni di ricovero in cui egli non ha sostenuto alcuna spesa.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

In caso di Day Hospital o Day Surgery, qualora l'Assicurato richieda l'indennità giornaliera sostitutiva, questa verrà corrisposta, **esclusivamente qualora la degenza si protragga per almeno 5 ore al giorno**, nella misura di € 75,00 per ogni giorno di degenza, fermo il limite di 100 giorni per anno assicurativo.

Art. 5.19 – Assicurazione per i neonati

I neonati, durante il periodo di validità della polizza, sono assicurati per le identiche somme e garanzie previste per la madre (purché assicurata da almeno 300 giorni) al momento della loro nascita, con decorrenza da tale momento e fino alla prima scadenza annuale della polizza.

Sono altresì riconosciute, oltre alle spese relative ad eventuali patologie, anche quelle relative alla permanenza dei neonati stessi nell'istituto di cura, quali le spese incontrate per le visite mediche effettuate durante il ricovero, le rette di degenza, la cura personale e la nursery in genere, escluse solamente quelle di carattere voluttuario.

Art. 5.20 – Cure dentarie a seguito di infortunio

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.3 – Esclusioni, lettera C), punto 9), la Società rimborsa, nel limite del massimale annuo assicurato **e fino ad un massimo di € 2.000,00 per anno assicurativo**, le spese rese necessarie da infortunio che comporti la necessità di cure dentarie ricostruttive, comprese le applicazioni protesiche di elementi dentari singoli o multipli.

Il rimborso delle spese viene effettuato – per ogni sinistro – con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di € 150,00.

La presente estensione di garanzia è valida esclusivamente in presenza di certificazione medica, comprovante l'infortunio occorso ed il trauma dentario da esso derivato, rilasciata da una unità di Pronto Soccorso, o da analoga struttura ospedaliera legalmente riconosciuta, a cui l'Assicurato abbia fatto immediato ricorso.

Art. 5.21 – Malattia oncologica

In caso di diagnosi di malattia oncologica, e ancorché la stessa non dia luogo a intervento chirurgico od a ricovero, la Società rimborsa, oltre a quanto previsto dall'Art. 5.16 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top, le spese rese necessarie dalla malattia oncologica stessa e sostenute entro i 2 anni dalla prima diagnosi, per visite specialistiche, accertamenti diagnostici e terapie **fino ad un massimo di € 6.000,00 per sinistro**.

Art. 5.22 – Retta dell'accompagnatore

La Società rimborsa, entro il limite del massimale stabilito per l'assicurazione rimborso spese mediche e fino ad un massimo di € 100,00 giornaliera, la retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, per un periodo non superiore a 60 giorni per sinistro.

Art. 5.23 – Carta Salute

Qualora sia richiamata la Garanzia "C" – Carta Salute, il ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery, l'intervento chirurgico, il parto e l'aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico), **dovranno essere organizzati ed erogati attraverso la Struttura Organizzativa di Europ Assistance Service S.p.A.**

In mancanza, **le spese indennizzabili saranno rimborsate con una detrazione del 20%**, salvo quanto previsto dalla lettera C) dell'Art. 9.7 – Modalità di erogazione delle prestazioni.



PARTE SESTA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO O MALATTIA

La Società, preso atto delle dichiarazioni rese da ciascun Assicurato nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della presente polizza, sulle quali ha basato la propria valutazione del rischio, presta l'assicurazione Indennità giornaliera per ricovero in base alle Norme che seguono.

Art. 6.1 – Oggetto dell'assicurazione Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, per gessatura o frattura ossea

In caso di infortunio, malattia, parto od aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico), indennizzabili a termini di polizza, e se dipendenti da uno di questi casi, l'assicurazione vale per:

- a) il ricovero;
- b) il Day Hospital;
- c) il Day Surgery;
- d) la gessatura;
- e) la frattura ossea.

La Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio, per ogni giorno di ricovero e **per la durata massima di 365 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;**
- in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, **nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;**
- in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, **nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;**
- in caso di ricovero in istituto di cura a seguito di malattia, parto e aborto, per ogni giorno di ricovero e **per la durata massima di 180 giorni per sinistro e per anno assicurativo. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.**
- in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e **per la durata massima di 60 giorni per sinistro. Il giorno di rimozione della gessatura non è indennizzabile.**
- in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritta dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso e **per la durata massima di 30 giorni per sinistro.**

Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro. L'indennità in caso di frattura ossea di cui al sesto alinea del presente articolo non è altresì cumulabile con l'indennità per Inabilità temporanea di cui all'Art. 3.9.

Art. 6.2 – Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa e limiti delle prestazioni

La garanzia decorre, fermo restando quanto disposto dall'Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione:

- per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- **per le malattie: dal 30° giorno successivo;**
- **per le malattie che siano l'espressione di stati patologici noti al Contraente e/o all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, purché dichiarati all'atto della stipulazione stessa, e non espressamente escluse dalla Società: dal 180° giorno successivo;**
- **per il parto: dal 300° giorno successivo.**

In caso di parto non cesareo, l'indennità viene corrisposta fino ad un massimo di 10 giorni.

Per l'aborto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante – con il termine di aspettativa di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione od in ripresa, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita o ripresa, per le prestazioni e per le somme da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 6.3 – Obblighi in caso di sinistro

La denuncia di cui all'Art. 1.7 deve essere corredata da certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi in qualsiasi momento, su richiesta della Società, agli accertamenti e ai controlli medici necessari, fornire ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria, nonché consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.



Art. 6.4 – Criteri di liquidazione

Nei casi di ricovero, Day Hospital o Day Surgery, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e l'esito dell'infortunio, della malattia, del parto, dell'aborto e dell'eventuale intervento, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza in regime di Day Hospital o Day Surgery.

Nel caso di gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione della documentazione medica necessaria per la determinazione del giorno dell'applicazione della gessatura e della sua rimozione nonché della documentazione strumentale attestante la lesione che ha reso necessaria la gessatura.

Nel caso di frattura ossea, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione del referto comprovante la frattura e della prescrizione dei giorni di prognosi prescritta dal medico.

Art. 6.5 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.



PARTE SETTIMA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, preso atto delle dichiarazioni rese da ciascun Assicurato nel Questionario sanitario, che forma parte integrante della presente polizza, sulle quali ha basato la propria valutazione del rischio, presta l'assicurazione Invalidità permanente da malattia in base alle Norme che seguono.

Art. 7.1 – Oggetto dell'assicurazione Invalidità permanente da malattia

Fermo quanto previsto all'Art. 7.2 – Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa, l'assicurazione vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattie manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza ma non oltre 90 giorni dopo la sua cessazione, sempre che, in quest'ultimo caso, le malattie siano insorte durante il periodo di validità della polizza stessa.

Art. 7.2 – Decorrenza della garanzia - Termini di aspettativa

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione, ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione od in ripresa, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita o ripresa, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 7.3 – Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi

L'Assicurato deve denunciare la malattia entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata, e **comunque non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione.**

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la seguente documentazione, sciogliendo a tal fine qualsiasi medico dal segreto professionale:

- a) *certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, sul decorso e sulle conseguenze della malattia accertata e sui presidi terapeutici adottati;*
- b) *copia della cartella clinica completa ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;*
- c) *certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica con postumi.*

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato richiamato alla precedente lettera c), deve essere presentato certificato medico con l'indicazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

Art. 7.4 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, intendendosi per tali le malattie od invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organofunzionali diversi.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Per malattie concorrenti si intendono le malattie od invalidità presenti nel soggetto che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organofunzionale.

Quindi, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 7.5 – Liquidazione dell'indennizzo

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia, in base alle percentuali esposte nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della polizza.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella citata tabella, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento alle percentuali dei casi ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Per gli organi o gli arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o



arti.

La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del 100%.

Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente è di grado inferiore al 26% dell'invalidità totale. Se l'invalidità permanente è di grado pari o superiore al 26%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali di cui alla tabella seguente:

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata	Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale di indennizzo sulla somma assicurata
26	5	47	44
27	6	48	46
28	7	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	da 66 a 100	100
46	42		

Se l'assicurato muore, per cause diverse dalla malattia denunciata, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.

Se invece l'Assicurato muore per cause diverse dalla malattia denunciata, prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali, la Società liquida agli eredi l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli eredi, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.



**PARTE OTTAVA
CONDIZIONI PARTICOLARI MALATTIA****Art. 8.1 – Condizioni particolari Malattia**

Le seguenti condizioni particolari Malattia sono valide soltanto se espressamente richiamate in polizza.

ESTENSIONI**E1) Esami ed accertamenti diagnostici (richiamabile soltanto se operante l'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base o Garanzia Top)**

La Società rimborsa, nel limite del massimale indicato in polizza, le spese rese necessarie da malattia od infortunio sostenute per esami ed accertamenti diagnostici.

Sono escluse dalla presente estensione di garanzia le spese relative a:

- **esami del sangue, delle urine e delle feci;**
- **MOC e Pap Test;**
- **visite generiche e specialistiche di qualsiasi natura, nonché i check up di medicina preventiva.**

Il rimborso delle spese viene effettuato, per ogni sinistro, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo di € 60,00. Ai soli fini dell'applicazione del suddetto minimo, per sinistro si intende il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa malattia od infortunio, che decorre dalla data della prima certificazione e si esaurisce nell'arco dei 100 giorni successivi, **trascorsi i quali si applicherà nuovamente, fermo lo scoperto del 25%, il minimo di € 60,00** e così di seguito.

E2) Visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici (richiamabile soltanto se operante l'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top)

La Società rimborsa, nel limite del massimale indicato in polizza, le spese rese necessarie da malattia od infortunio sostenute per onorari medici per visite specialistiche (**escluse quindi le visite generiche, e comunque le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche**), esami ed accertamenti diagnostici (**esclusi i check up di medicina preventiva**).

Il rimborso delle spese viene effettuato, per ogni sinistro, con l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo di € 60,00. Ai soli fini dell'applicazione del suddetto minimo, per sinistro si intende il ciclo di prestazioni sanitarie, riferite alla stessa malattia od infortunio, che decorre dalla data della prima certificazione e si esaurisce nell'arco dei 100 giorni successivi, **trascorsi i quali si applicherà nuovamente, fermo lo scoperto del 25%, il minimo di € 60,00** e così di seguito.

E3) Indennità giornaliera per convalescenza (forma base)

Qualora sia operante la garanzia di cui all'Art. 6.1 – Oggetto dell'assicurazione Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, per gessatura o frattura ossea, in caso di:

- ricovero protrattosi per almeno 3 giorni;
- intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero;
- gessatura;

a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, purché prescritto da un medico, per un numero di giorni pari a quello che sarà riconosciuto per l'Indennità giornaliera per ricovero o gessatura, **e comunque non superiore a 15 giorni per sinistro ed a 60 giorni per anno assicurativo.**

E4) Indennità giornaliera per convalescenza (forma Top)

Qualora sia operante la garanzia di cui all'Art. 6.1 – Oggetto dell'assicurazione Indennità giornaliera per ricovero da infortunio o malattia, per gessatura o frattura ossea, in caso di:

- ricovero protrattosi per almeno 3 giorni;
- intervento chirurgico;
- gessatura;
- ustioni di grado superiore al primo, estese ad almeno il 9% della superficie di uno degli arti superiori o inferiori, o ad almeno il 18% dell'intera superficie corporea, che non abbiano comportato intervento e/o ricovero in istituto di cura;

a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, purché prescritto da un medico.

L'indennità giornaliera per convalescenza sarà riconosciuta fino ad un massimo di:

- a) 4 giorni, in caso di intervento chirurgico effettuato in regime ambulatoriale o in Day Surgery;
- b) 7 giorni in caso di ricovero di durata fino a 5 giorni;
- c) 15 giorni in caso di ricovero di durata superiore a 5 giorni e fino a 10 giorni;
- d) 30 giorni in caso di ricovero di durata oltre 10 giorni;
- e) 30 giorni in caso di gessatura;
- f) 15 giorni in caso di ustioni.



L'indennità giornaliera per convalescenza non sarà comunque corrisposta per un periodo superiore a 30 giorni per sinistro e 90 giorni per anno assicurativo.

SCOPERTI E FRANCHIGIE

F1) Forma con scoperto (valida solo per l'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base e Garanzia Top)

Il rimborso delle spese di cui all'Art. 5.12 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base e all'Art. 5.16 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top, sostenute dall'Assicurato, viene effettuato fino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, e fermi i limiti di indennizzo previsti nei suddetti articoli, *nella misura dell'80%, rimanendo il restante 20% a carico dell'Assicurato stesso.*

F2) Forma con franchigia di € 1.500,00 (valida solo per l'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base e Garanzia Top)

Il rimborso delle spese di cui all'Art. 5.12 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base e all'Art. 5.16 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top, sostenute dall'Assicurato, viene effettuato fino alla concorrenza della somma indicata in polizza per sinistro e per anno assicurativo, e fermi i limiti di indennizzo previsti nei suddetti articoli, *con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 1.500,00 per ogni sinistro.*

F3) Forma con franchigia di € 2.500,00 (valida solo per l'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base e Garanzia Top)

Il rimborso delle spese di cui all'Art. 5.12 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Base e all'Art. 5.16 – Oggetto dell'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top, sostenute dall'Assicurato, viene effettuato fino alla concorrenza della somma indicata in polizza per sinistro e per anno assicurativo, e fermi i limiti di indennizzo previsti nei suddetti articoli, *con l'applicazione di una franchigia fissa ed assoluta di € 2.500,00 per ogni sinistro.*

F4) Esclusione dello scoperto sulla Garanzia "C" - Carta Salute (valida solo per l'assicurazione Rimborso spese mediche - Garanzia Top)

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 9.7 – Modalità di erogazione delle prestazioni, la detrazione del 20% di cui alla lettera B) del predetto articolo si intende abrogata.

VARIE

V1) Deroga al patto di tacita proroga

A parziale deroga dell'Art. 1.8 – Proroga dell'assicurazione, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Il richiamo della presente Condizione particolare Malattia rende superfluo il richiamo dell'analogha Condizione particolare Infortuni, applicandosi all'intero contratto.



PARTE NONA
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA**GARANZIA "A" - ASSISTENZA BASE**
*(se richiamata in polizza, valida per tutti gli Assicurati)***Art. 9.1 – Servizio Assistenza**

L'assicurazione è valida in conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio o di una malattia improvvisa per le seguenti prestazioni, previa attivazione della Struttura Organizzativa con le modalità previste all'Art. 9.5 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi:

1) Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa, che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

2) Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, può telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.

3) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia affetto da una patologia ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a:

- a) individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano od estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- b) organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni, quale:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
 - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo;

- c) assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.

4) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui al paragrafo 3) che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

5) Invio di un medico generico al domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare un medico al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società.

In caso di impossibilità di reperire un medico che possa intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.



6) Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato ad altro istituto di cura od alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

7) Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

8) Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, od a seguito di malattia improvvisa, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

9) Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.

10) Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a ricovero in istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio o malattia improvvisa, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, tenendo la Società a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e **per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero**. I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

11) Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali**, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

Le prestazioni di cui ai paragrafi da 12 a 19 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato.

12) Rientro sanitario

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia od alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente, quale:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di percorso).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

Non danno luogo alla prestazione:

- le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio;
- le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali od internazionali.

La prestazione non è altresì dovuta qualora l'Assicurato od i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.



13) Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui al punto 12) che precede, e i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

14) Anticipo spese mediche

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, debba sostenere delle spese mediche impreviste, e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di € 1.000,00 per sinistro.

La prestazione non è operante:

- nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

15) Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a sette giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

16) Accompagnamento di minori

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) od aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

17) Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

18) Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (**limitatamente al pernottamento e alla prima colazione**), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60,00 al giorno.

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

19) Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.



GARANZIA "B" - ASSISTENZA TOP *(se richiamata in polizza, valida per tutti gli Assicurati)*

In caso di richiamo della presente Garanzia "B" - Assistenza Top, in aggiunta a tutte le prestazioni di cui all'Art. 9.1 – Servizio Assistenza, che si intendono qui espressamente richiamate, sono operanti anche le prestazioni di cui agli Artt. 9.2 – Assistenza domiciliare integrata e 9.3 – Medical Advice Program.

Art. 9.2 – Assistenza domiciliare integrata

1) Ospedalizzazione domiciliare

In caso di ricovero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa, della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato.

I costi sono a carico della Società.

2) Servizi sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

3) Servizi non sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Art. 9.3 – Medical Advice Program (Programma di consulenza medica, in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, per i quali sia già stata formulata una diagnosi od un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento od una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute.

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

1) Consulenza medica di secondo livello

I Medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up).

2) Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei Centri di eccellenza. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.

Il Centro medico di riferimento eseguirà le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per sinistro.

I medici specialisti dei Centri di eccellenza formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

La Società terrà a proprio carico tutti i costi.



3) Attivazione del secondo parere internazionale

Qualora, su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei Centri di eccellenza nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale. Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

NORME COMUNI ALLE GARANZIE "A" E "B"**Art. 9.4 – Esclusioni ed effetti giuridici (relativi a tutte le prestazioni di cui ai precedenti Artt. 9.1, 9.2 e 9.3)**

- 1) *Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo per ogni anno assicurativo.*
- 2) *La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero nel corso di ciascun anno assicurativo è di 60 giorni.*
- 3) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;*
 - d) *infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
 - e) *malattie nervose e mentali; malattie già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti) ed insorte anteriormente alla stipulazione della polizza; malattie e infortuni conseguenti o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.*

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- 4) *L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo od anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.*
- 5) *Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.*
- 6) *La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite od imprevedibili.*
- 7) *Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 del codice civile.*
- 8) *Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.*

Art. 9.5 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In deroga a quanto previsto dall'Art. 1.7, per la denuncia del sinistro e per poter usufruire delle prestazioni offerte dal Servizio Assistenza l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24 od entro i diversi limiti previsti dal contratto, come qui di seguito indicato:

per telefono:

- al numero verde **800 01 06 34**
- al numero di Milano **02 58 28 62 06**

mediante telegramma, indirizzato a:

**Europ Assistance Italia S.p.A.
Piazza Trento, 8
20135 Milano MI**

In ogni caso dovranno essere fornite le seguenti informazioni:

- 1) nome e cognome del richiedente;
- 2) il numero di polizza preceduto dalla sigla:
 - **HDIB**, se richiamata la Garanzia "A" - Assistenza Base;
 - **HDIT**, se richiamata la Garanzia "B" - Assistenza Top;
- 3) il tipo di assistenza di cui si necessita;
- 4) l'indirizzo del luogo in cui si trova;
- 5) il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa può reperirlo nel corso dell'assistenza.



La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

Giustificativi, fatture e ricevute delle spese devono essere inviati in ORIGINALE (non in fotocopia).

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società organizzatrice ed erogatrice delle prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.



GARANZIA "C" - CARTA SALUTE**Art. 9.6 – Circuito di cliniche convenzionate**

La presente garanzia consente all'Assicurato, in caso di sinistro indennizzabile in base alle Norme che regolano l'assicurazione Rimborso spese mediche, di accedere alle prestazioni di Centri clinici convenzionati senza anticipare le spese.

L'elenco dei Centri clinici e dei medici convenzionati è consultabile sul sito Internet della Società, che sarà periodicamente aggiornato a seguito delle variazioni intervenute per migliorare continuamente la qualità del servizio prestato. **Tale elenco ha valore puramente indicativo, e pertanto la verifica dovrà essere effettuata rivolgendosi, all'atto della richiesta della prestazione, alla Struttura organizzativa.**

Eventuali variazioni o cessazioni dei rapporti tra la Società, la Struttura organizzativa e i Centri clinici od i medici convenzionati, non potranno influire sulla validità ed efficacia della presente Polizza.

In deroga a quanto previsto dall'Art. 1.7 – Obblighi in caso di sinistro, per usufruire della prestazione offerta dalla presente Garanzia "C" – Carta Salute, l'Assicurato deve mettersi preventivamente in contatto, **almeno 3 giorni lavorativi prima della data prevista per il ricovero, il Day Hospital o l'intervento chirurgico**, con la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, ai seguenti recapiti telefonici:

- numero verde **800 71 39 76**
- numero di Milano **02 58 24 55 54**

avendo cura di comunicare con precisione:

- 1) nome e cognome;
- 2) il numero di polizza preceduto dalla sigla **HDIS**;
- 3) il tipo di assistenza di cui necessita;
- 4) l'indirizzo del luogo in cui si trova;
- 5) il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

L'Assicurato è altresì tenuto a fornire alla Struttura Organizzativa, a richiesta della stessa, a mezzo telefax o altro mezzo che gli verrà indicato, le informazioni e la documentazione necessaria per attivare le prestazioni nell'ambito dei centri clinici convenzionati.

Per agevolare i contatti con la Struttura Organizzativa, l'Assicurato potrà utilizzare il modulo predisposto dalla Società e inserito in calce alle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 9.7 – Modalità di erogazione delle prestazioni

A) La Struttura Organizzativa, ottenute le informazioni amministrative e cliniche necessarie per la verifica del diritto alla prestazione, provvede, di concerto con l'Assicurato, all'individuazione del Centro clinico e dei medici convenzionati, confermando allo stesso l'avvenuta prenotazione della prestazione.

In caso di ricovero predisposto dalla Struttura Organizzativa in un Centro clinico convenzionato, le spese indennizzabili a termini delle Norme che regolano l'assicurazione Rimborso spese mediche, compresi gli onorari dei medici convenzionati, saranno sostenute direttamente dalla Struttura Organizzativa, senza che l'Assicurato debba anticiparle.

B) **Nel caso in cui l'Assicurato non intenda usufruire, totalmente o parzialmente, dei Centri clinici o dei medici convenzionati proposti dalla Struttura Organizzativa, le spese indennizzabili a termini delle Norme che regolano l'assicurazione Rimborso spese mediche, compresi gli onorari dei medici non convenzionati, ed effettivamente sostenute dall'Assicurato, saranno rimborsate con una detrazione del 20%.**

C) La detrazione di cui al punto B) che precede non sarà applicata nei seguenti casi:

- a) qualora sia operante la garanzia Rimborso spese mediche - Grandi interventi chirurgici;
- b) qualora l'Assicurato non possa usufruire di un Centro clinico o di un medico convenzionato a causa di:
 - comprovato ricovero d'urgenza;
 - condizioni dell'Assicurato che richiedano il ricovero in un Centro clinico non convenzionato con la Struttura Organizzativa;
 - non disponibilità di un Centro clinico o di un medico convenzionato nella provincia di residenza dell'Assicurato.

D) **L'Assicurato si impegna a rimborsare alla Società, entro trenta giorni da quando la stessa gliene avrà fatto richiesta, le spese sostenute per l'erogazione delle prestazioni previste dalla presente Garanzia "C" - Carta Salute, qualora il sinistro risulti non indennizzabile, ovvero indennizzabile in misura ridotta, a termini delle Norme e/o delle Condizioni particolari di polizza.**

E) **La Società e la Struttura Organizzativa non assumono responsabilità per danni di qualsiasi natura derivanti dalla fruizione, o dalla mancata fruizione, delle prestazioni previste dalla presente Garanzia "C" - Carta Salute, in quanto la scelta dei Centri clinici e dei medici viene liberamente effettuata dall'Assicurato, ancorché con l'assistenza della Struttura Organizzativa.**



**MODELLO PER LA RICHIESTA
DI PRESTAZIONI IN UN CENTRO CLINICO CONVENZIONATO**
da inviare alla Struttura Organizzativa a mezzo telefax od altro mezzo
(utilizzabile solo se espressamente richiamata in polizza la Garanzia "C" – Carta Salute)

Come da intese telefoniche, il sottoscritto chiede di poter usufruire delle prestazioni predisposte da Europ Assistance Italia attraverso i Centri clinici ed i medici convenzionati, senza anticipazione delle relative spese, e a tal fine comunica:

Polizza n. **HDIS /**

Cognome e Nome dell'Assicurato:

Recapito telefonico dell'Assicurato: mobile fisso

La prestazione è richiesta a seguito di: Malattia Infortunio occorso in data .../.../....

Patologia:

(come da certificato medico allegato alla presente):

Prestazione richiesta: Ricovero senza intervento chirurgico
 Ricovero con intervento chirurgico
 Day Hospital
 Day Surgery
 Altro

Cognome, nome e recapito telefonico del medico che richiede la prestazione: Tel.

Struttura sanitaria prescelta:

Equipe medica:

Data presunta di ingresso:/...../.....

Unitamente al presente modello, trasmetto la certificazione medica attestante la diagnosi e la prestazione sanitaria necessaria rilasciata dal Dott.:
o, in caso di infortunio, la certificazione del Pronto Soccorso o, se mancante, l'autocertificazione delle modalità di avvenimento e delle conseguenze.

Il sottoscritto è consapevole che:

- **sono esclusi dalla prestazione i ricoveri o i Day Hospital durante i quali l'Assicurato è sottoposto solamente ad accertamenti diagnostici o terapie che, per la loro natura e per l'assenza di motivi di urgenza, possono essere effettuati anche ambulatorialmente senza che ciò arrechi pregiudizio alla sua salute;**
- **se non pattuito diversamente, non sono garantite le prestazioni espressamente escluse dalle Condizioni di assicurazione relative al contratto in corso;**
- **nel caso in cui l'Assicurato non intenda usufruire, totalmente o parzialmente, dei medici convenzionati proposti dalla Struttura Organizzativa, gli onorari dei medici non convenzionati saranno rimborsati con una detrazione del 20%;**
- **qualora si dovesse successivamente accertare, in relazione all'evento per il quale l'Assicurato ha usufruito del servizio in regime di convenzione, la totale o parziale inoperatività dell'assicurazione, l'Assicurato sarà tenuto a rimborsare alla Società le somme che questa, per il tramite di Europ Assistance Italia, abbia corrisposto a centri clinici od a medici convenzionati.**

Data/...../.....

Firma dell'Assicurato
.....



PARTE DECIMA NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE

Premessa

La gestione dei sinistri Tutela legale è stata affidata dalla Società a: ARAG SE – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (Societas Europaea), con sede e Direzione Generale in Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona VR, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente ai seguenti recapiti telefonici:

- Telefono centralino: **045 82 90 411**
- Fax per invio nuove denunce di sinistro: **045 82 90 557**
- Fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: **045 82 90 449**

Per l'invio di nuove denunce di sinistro, l'Assicurato può altresì inviare una e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: **denunce@ARAG.it**.

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società di gestione e liquidazione dei sinistri di Tutela Legale, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

Art. 10.1 – Oggetto dell'assicurazione Tutela legale

Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, la Società, alle condizioni della presente polizza e nei limiti del massimale indicato in polizza, assicura la Tutela legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nei casi indicati all'Art. 10.2 – Prestazioni garantite e soggetti assicurati.

Tali oneri sono:

- a) le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- b) le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo Art. 10.11 – Gestione del caso assicurativo, comma 4;
- c) le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con ARAG ai sensi dell'Art. 10.11 – Gestione del caso assicurativo, comma 5;
- d) le spese processuali nel processo penale (art. 535 codice di procedura penale);
- e) le spese di giustizia;
- f) il Contributo Unificato (D.L. 11.3.2002 n. 28), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

È garantito l'intervento **di un unico legale per ogni grado di giudizio**, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 10.9 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale, comma 3.

Art. 10.2 – Prestazioni garantite e soggetti assicurati

Le garanzie previste dall'Art. 10.1 – Oggetto dell'assicurazione vengono prestate agli Assicurati indicati in polizza.

Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza le garanzie di Tutela legale vengono prestate unicamente a favore dell'Assicurato-Contraente.

La garanzia vale per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni da inadempienze di tipo contrattuale o da fatti illeciti di terzi derivati all'assicurato **esclusivamente in conseguenza di interventi terapeutici o chirurgici effettuati in occasione di ricovero presso Istituti di Cura (Pubblici o Privati) a seguito di infortunio, malattia, parto e aborto (terapeutico, spontaneo o post-traumatico) per i quali sia operante la relativa garanzia Infortuni e/o Malattia.**

Con riferimento agli interventi chirurgici, **fermo il presupposto che sia operante la relativa garanzia Infortuni e/o Malattia**, sono compresi anche quelli effettuati ambulatorialmente.

È compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.

Art. 10.3 – Massimale

Le garanzie previste dalla presente assicurazione vengono prestate fino al massimale indicato in polizza per sinistro, senza limite per anno assicurativo.

Art. 10.4 – Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione

L'Assicurato è tenuto a:

- **regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;**
- **assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso od alla fine della causa.**

Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.

Art. 10.5 – Esclusioni

Fermo quanto previsto dall'Art. 2.3 – Esclusioni, le garanzie di Tutela legale non sono inoltre valide:



- a) *per fatti dolosi delle persone assicurate;*
- b) *per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;*
- c) *per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente.*

Art. 10.6 – Insorgenza del caso assicurativo

Ai fini della presente garanzia, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali: il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;
- per tutte le restanti ipotesi: il momento in cui la controparte od un terzo abbia od avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

Art. 10.7 – Operatività della garanzia assicurativa

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:

- durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali o di procedimento penale;
- **trascorsi 3 mesi dalla decorrenza della polizza**, in tutte le restanti ipotesi.

La garanzia si estende ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Società o ad ARAG, nei modi e nei termini del successivo Art. 10.9 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale, **entro 12 mesi dalla cessazione del contratto stesso.**

Art. 10.8 – Unico caso assicurativo

Si considerano a tutti gli effetti come unico caso assicurativo le vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse.

In tale ipotesi, il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra le varie azioni legali intraprese con le controparti a prescindere dal numero e dagli oneri per ciascuna di esse sopportati.

Art. 10.9 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale

1. *L'Assicurato deve immediatamente denunciare per iscritto all'Ufficio di Rappresentanza od all'Agenzia a cui è assegnata la polizza, oppure alla Società o direttamente ad ARAG, qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza, avendo cura di comunicare le proprie generalità, il numero di polizza, i fatti che hanno originato la controversia legale, l'eventuale imputazione di reato.*
2. *In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 giorni dalla data della notifica stessa.*
3. *L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale a cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.*
4. *Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.*
5. *L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o con ARAG.*

Art. 10.10 – Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- *informare immediatamente la Società od ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e i documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;*
- *conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.*

Art. 10.11 – Gestione del caso assicurativo

1. Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.
2. Ove ciò non riesca, **se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo** e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al legale scelto nei termini dell'Art. 10.9 – Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale.
3. La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale **se l'impugnazione presenta possibilità di successo.**
4. **L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.**
5. **L'eventuale nomina di consulenti tecnici di parte, e di periti in genere, viene concordata con ARAG.**
6. **ARAG, così come la Società, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.**



7. In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società od ARAG, la decisione può venire demandata, ferma la facoltà dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del codice di procedura civile.

Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

La Società od ARAG avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 10.12 – Recupero di somme

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti od anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

