



PROTEZIONE INFORTUNI E MALATTIE

PIANETA FAMIGLIA

Mod PF01 ED. 01/2007

Gentile Cliente,

ci complimentiamo con Lei per aver scelto PIANETA FAMIGLIA®.

PIANETA FAMIGLIA® è un servizio assicurativo composto da una serie di moduli, azionabili anche singolarmente, che prevedono la copertura di tutti i rischi che possono coinvolgere la persona e la salute:

- **Grandi Interventi chirurgici***
- **Diaria da Ricovero***
- **Infortuni***
- **Invalidità permanente da malattia***

L'attivazione di questi moduli garantisce una tutela completa ed efficace e la copertura potrà, a Sua scelta, essere estesa anche ai componenti del Suo nucleo familiare.

PIANETA FAMIGLIA® prevede inoltre la disponibilità di un servizio di consulenza ed assistenza attinente le garanzie prestate dalla polizza.

Nell'approssimarsi della scadenza della polizza (così indicata nella Proposta) sarà nostra cura contattarLa per proporLe le condizioni di rinnovo della copertura.

Con questo prodotto, dedicato esclusivamente ai clienti del Gruppo UniCredito Italiano, Lei ha a disposizione la consolidata esperienza in campo assicurativo di:

CREDITRAS ASSICURAZIONI, Compagnia di Assicurazione partecipata al 50% da UniCredit Banca e da Allianz.

UniCredit Banca S.p.A. è comunque sin da ora a Sua disposizione per tutti i chiarimenti o le ulteriori informazioni di cui avrà bisogno.

Con i migliori saluti.

Nota informativa al Contraente

Rami danni - Non Auto

La presente Nota Informativa ha lo scopo di fornire al Contraente (persona fisica o giuridica che sottoscrive il contratto di assicurazione) tutte le informazioni necessarie, preliminari alla conclusione del contratto (contratto di assicurazione), secondo quanto previsto dall'art. 123 del Decreto Legislativo n. 175 del 17 Marzo 1995 (pubblicato sul Supplemento Ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 114 del 18 Maggio 1995).

La presente nota è redatta in Italia in lingua italiana, salva la facoltà del Contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

Denominazione sociale e forma giuridica della Società (Impresa assicuratrice)

L'impresa assicuratrice è la CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Sede legale

Corso Italia, 23 - 20122 MILANO (Italia)

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Decreto Ministeriale 19.03.1990, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31.03.1990.

Informazioni
relative alla
Società

Contratto di assicurazione

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto.

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione, al verificarsi del sinistro, dell'assicuratore.

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi d'assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio può essere prevista l'applicazione di un'addizionale.

Legislazione applicabile al Contratto

La legislazione applicabile al Contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

La Società propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

Prescrizione dei Diritti derivanti dal Contratto

Ai sensi dell'art. 2952 C.C. "i diritti dell'Assicurato (soggetto nel cui interesse è stipulato il contratto) derivanti dal contratto si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Reclami in merito al Contratto

Qualora le parti scelgano di applicare al contratto la legislazione italiana, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

CREDITRAS ASSICURAZIONI S.p.A.

Servizio Clienti

Corso Italia 23 – 20122 MILANO (Italia)

Numero verde 800-116633 (Centrale Operativa CREDITRAS ON LINE)

Fax 0272169145 - fax 0272165028

Indirizzo e-mail info_creditras@allianz.it

La Centrale Operativa CREDITRAS ON LINE è sempre pronta a fornire al Cliente tutte le informazioni inerenti la denuncia del sinistro, nonché verificare lo stato di avanzamento del sinistro stesso.

Informazioni
relative al
Contratto

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia al seguente indirizzo:

ISVAP

Servizio Tutela degli Utenti,
Via del Quirinale, 21, 00187 ROMA

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

Nel caso invece in cui le parti scelgano di applicare al contratto una legislazione diversa da quella italiana, l'organo competente sarà quello eventualmente previsto dalla specifica legislazione.

Il Contraente potrà comunque rivolgersi all'ISVAP che faciliterà le comunicazioni ed i rapporti con il suddetto organo di vigilanza straniero.

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative alla Società e/o quelle relative al Contratto, la Società si impegna a comunicarle tempestivamente al Contraente, nonché fornire ogni necessaria precisazione.

Avvertenze

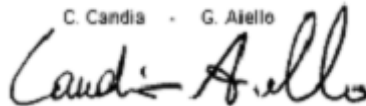
Informazioni in corso di contratto

La presente nota è un documento che ha solo valore e scopo informativo e non già contrattuale e deve essere consegnata al Contraente prima della sottoscrizione di ogni contratto di assicurazione contro i danni.

Data la molteplicità delle tipologie di assicurazioni contro i danni, si raccomanda al Contraente di chiedere sempre al proprio intermediario assicurativo di fiducia qualsiasi ulteriore precisazione sul contratto prescelto e di leggerlo attentamente prima di sottoscrivere la polizza.

CreditRas Assicurazioni S.p.A.

C. Candia - G. Aiello



I N D I C E

▪ DEFINIZIONI	PAG. 8
▪ NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	PAG. 9
▪ NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GRANDI INTERVENTI	PAG. 10
▪ NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERI	PAG. 13
▪ NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GRANDI INTERVENTI E INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERI	PAG. 15
▪ NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	PAG. 18
▪ NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	PAG. 25
▪ NORME COMUNI	PAG. 29
▪ GARANZIA DI ASSISTENZA	PAG. 31
▪ CONDIZIONI PARTICOLARI	PAG. 33

DEFINIZIONI

Nel testo che segue ed in quello riportato in ogni altro documento facente parte del presente contratto si intendono:

- per "Assicurato" la persona per la quale viene prestata l'assicurazione;
- per "Assicurazione" il contratto di assicurazione;
- per "Attività Professionale" l'attività dichiarata in polizza che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo;
- per "Beneficiario" colui in favore del quale, su designazione dell'Assicurato, la Società eseguirà la prestazione;
- per "Contraente" la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione;
- per "Franchigia" la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico;
- per "Grande Intervento Chirurgico" ogni intervento chirurgico identificato come tale nell'apposito elenco riportato nella presente polizza;
- per "Indennizzo o Indennità" la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
- per "Infortunio" ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili;
- per "Intervento Chirurgico" la tecnica terapeutica mediante uso di strumenti chirurgici, nonché la diatermocoagulazione, la crioterapia, la laserterapia;
- per "Invalidità Permanente" la perdita totale o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;
- per "Istituto di Cura" ogni struttura sanitaria regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono considerate Case di Cura gli stabilimenti termali, le Case di Convalescenza o Soggiorno, gli Ospizi per anziani e gli Istituti di Cura e Cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;
- per "Malattia" ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;
- per "Massimale" l'importo massimo della prestazione dell'assicuratore;
- per "Polizza" il documento che prova l'assicurazione;
- per "Premio" la somma dovuta dal Contraente alla Società;
- per "Quietanza" la ricevuta del pagamento del premio o dell'indennizzo assicurativo;
- per "Ricovero" la degenza comportante pernottamento nell'Istituto di Cura;
- per "Rischio" la probabilità che si verifichi il sinistro;
- per "Sinistro" il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
- per "Società" la CreditRas Assicurazioni S.p.A..

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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 (artt. 1892, 1893, 1894 C.C.).

Art. 2 Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi garantiti dalla presente polizza; **in caso di sinistro il Contraente e/o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri** (art. 1910 C.C.).

Art. 3 Decorrenza della garanzia e Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se la prima rata di premio è stata pagata, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi devono essere pagati presso lo sportello bancario ove il Contraente detiene il conto corrente.

Se il Contraente non paga le rate successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti (art. 1901 Codice Civile).

In caso di chiusura del conto corrente la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza annuale (o di rata se previsto il frazionamento del premio) successiva, con contestuale risoluzione del contratto.

Nel caso di pagamento frazionato è data facoltà al Contraente, mediante richiesta scritta alla Società, di far proseguire la copertura fino alla prima scadenza annuale successiva alla chiusura del conto corrente, mediante pagamento del premio residuo, a completamento dell'annualità, in un'unica soluzione. Da tale scadenza il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

Art. 4 Modifiche dell'Assicurazione

Eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 Durata del contratto

La presente polizza è stipulata per una durata di 5 anni e cessa alla sua naturale scadenza senza obblighi di comunicazioni per le Parti.

Art. 6 Oneri fiscali

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

Art. 7 Rinvio alle norme di legge

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GRANDI INTERVENTI

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

È compreso in garanzia, sempreché non espressamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di ricovero, conseguente a malattia o infortunio dell'Assicurato, che comporti Grande Intervento Chirurgico.

Art. 2 Prestazioni per Grandi Interventi Chirurgici

a) Durante il ricovero

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da:

- malattia
- infortunio

che dia luogo a Grandi Interventi Chirurgici - intendendosi come tali quelli compresi nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" riportato in appresso nonché a trapianto di organi, la Società riconoscerà le spese per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami eseguiti nel periodo di ricovero, purché questi ultimi siano inequivocabilmente finalizzati alla verifica od al completamento della diagnosi di ricovero ed il tutto sia attinente alla patologia che ha reso necessario il ricovero stesso;
- rette di degenza.

b) Prestazioni speciali durante il ricovero

ACCOMPAGNATORE

La Società riconosce in caso di ricovero per grande intervento chirurgico anche le spese per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'Istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato, **fino ad un massimo di 30 giorni per ricovero, col limite di Euro 100 giornalieri (IVA inclusa).**

TRAPIANTO DI ORGANI

Nel caso di trapianto di organi è altresì compreso in garanzia il riconoscimento delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per l'espianto di essi. Nel caso di donazione da persona vivente, la Società riconosce anche le spese sostenute durante il ricovero del donatore, per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'equipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

MALFORMAZIONI PREESISTENTI

L'assicurazione è valida anche per i ricoveri resi necessari da grandi interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza, purché non note in quel momento all'Assicurato o al Contraente.

NASCITURO

A partire dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, si intendono compresi in garanzia anche gli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto dell'assicurazione.

c) Prestazioni prima e dopo il ricovero

La Società garantisce anche, in caso di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici, il rimborso all'Assicurato delle spese per:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati, anche al di fuori dell'Istituto di Cura, **nei 100 giorni antecedenti il ricovero,** purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero,** purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso;
- trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura e per il suo rientro.

La presente garanzia è prestata per le spese effettivamente sostenute e documentate, fino a concorrenza di Euro 4.000 anche in caso di ricovero a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 3 Prestazioni per il neonato

Ove nella presente polizza sia assicurato l'intero nucleo familiare (intendendosi per tale: entrambi i genitori se conviventi ed i figli conviventi) e qualora la gravidanza abbia avuto inizio in data successiva alla stipula del contratto, la garanzia si intende gratuitamente prestata, per le stesse garanzie e con le modalità previste in polizza, ai figli nati e decorrerà dal momento della nascita, sempreché la medesima avvenga durante la validità del contratto, ed avrà vigore fino alla prima scadenza annuale successiva.

A partire da tale data la garanzia per il nuovo nato sarà operante solo se verranno comunicati i relativi dati anagrafici e verrà corrisposto il premio indicato dalla Società.

Art. 4 Modalità di pagamento

a) Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Istituti di Cura del circuito sanitario privato totalmente convenzionati (con pagamento diretto)

In caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, presso Istituti di Cura del circuito sanitario privato convenzionato con Clinica Amica, la Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese sanitarie sostenute durante il ricovero.

Cessione dei diritti

Con la sottoscrizione della presente polizza l'Assicurato dichiara che, in caso di pagamento diretto da parte della Società all'Istituto di Cura, ogni diritto a lui derivante dalla polizza stessa si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in conformità di quanto previsto dal "Regolamento", in favore del o degli Istituti di Cura eroganti le prestazioni sanitarie o di Clinica Amica nei casi di sostituzione ad essi.

Lo stesso prende atto che il pagamento eseguito dalla Società in forza della presente cessione, ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei suoi confronti.

b) Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Strutture sanitarie non convenzionate (con rimborso dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, in caso di ricovero che comporti un Grande Intervento Chirurgico, si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate la Società rimborsa al medesimo le spese documentate sostenute durante il ricovero, **fino a concorrenza di Euro 20.000 per ogni ricovero.**

c) Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Strutture sanitarie parzialmente convenzionate (équipe operatoria non convenzionata)

In caso di ricovero dell'Assicurato che comporti Grande Intervento Chirurgico, presso un Istituto di Cura convenzionato con Clinica Amica, la cui équipe operatoria non sia però convenzionata, **la Società rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni di detta équipe fino a concorrenza di Euro 9.000**, mentre pagherà per intero direttamente all'Istituto di Cura le altre spese sanitarie previste dalla polizza per il ricovero.

d) Ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui il ricovero per Grande Intervento Chirurgico sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il ricovero - le prestazioni previste dalla polizza vengono sostituite da un'indennità per ciascun giorno di ricovero pari a Euro 250, comprensive del costo di eventuali ticket, **col massimo di 100 giorni per persona e per anno assicurativo.**

e) Ricoveri a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale in forma diretta o indiretta la Società, fermi i limiti previsti al punto "Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Strutture sanitarie non convenzionate" del presente articolo, rimborsa integralmente all'Assicurato le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico.

Art. 5 Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) le conseguenze di infortuni avvenuti prima dell'entrata in vigore della presente polizza, salvo il caso di trasformazione contrattuale, nonché per gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Assicurato o da atti di temerarietà posti in essere senza necessità di salvare la propria o altrui vita;
- f) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- g) gli infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- h) l'aborto volontario non terapeutico;
- i) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da malattia);
- l) le protesi dentarie, le paradontopatie, le cure ortodontiche, nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- m) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni;
- n) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per le terapie mediche;
- o) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 6 Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre, fermi i disposti dell'Art. "Rischi esclusi":

- per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie: **dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato ed accettati dalla Società: **dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, salvo diversa pattuizione;**
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza: **dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**

Qualora la polizza sia stata emessa, senza soluzione di continuità, in sostituzione 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, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme, alle diverse prestazioni da essa previste e agli eventuali assicurati inseriti a nuovo in polizza.

Le rivalutazioni annuali previste dal contratto non sono soggette a limitazioni relativamente ai termini di aspettativa.

Art. 7 Obblighi in caso di sinistro

Nei casi in cui operi il servizio "Clinica Amica" valgono le norme di cui all'art. "Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Istituti di Cura del circuito sanitario privato totalmente convenzionati".

Nei casi in cui non operi il servizio "Clinica Amica" **l'Assicurato o chi per esso deve presentare denuncia alla Società entro 15 giorni dalla data in cui è entrato in possesso della documentazione sanitaria e di spesa relativa al ricovero.**

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 Codice Civile).

Art. 8 Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un Perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Art. 9 Criteri di liquidazione

Il pagamento viene effettuato, a cura ultimata, su presentazione in originale delle notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, nonché, ove ne ricorrano gli estremi, **di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura.** La documentazione in originale delle spese sostenute trasmessa alla Società viene restituita contestualmente alla liquidazione.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute, delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente; ovviamente dal rimborso dovuto dalla Società verrà detratto quanto già riconosciuto. **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 dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.**

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERI

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

E' compreso in garanzia, semprechè non espressamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di ricovero, conseguente a malattia, infortunio o parto dell'Assicurato.

Art. 2 Prestazioni durante i ricoveri

In caso di ricovero in Istituto di Cura determinato da malattia, infortunio o parto, **la Società riconosce all'Assicurato**, per ciascun giorno di ricovero, **l'indennità giornaliera pari a € 150 col massimo di 300 giorni per anno assicurativo**.

La medesima verrà corrisposta con le modalità stabilite nel successivo Art. "Modalità di pagamento".

Art. 3 Prestazioni per il neonato

Ove nella presente polizza sia assicurato l'intero nucleo familiare (intendendosi per tale: entrambi i genitori se conviventi ed i figli conviventi) e qualora la gravidanza abbia avuto inizio in data successiva alla stipula del contratto, la copertura assicurativa si intende gratuitamente prestata per le stesse garanzie previste in polizza, ai figli nati e decorrerà dal momento della nascita semprechè la garanzia parto abbia operato nei confronti della madre ed avrà vigore fino alla prima scadenza annuale successiva.

A partire da tale data, la garanzia per il nuovo nato sarà operante solo se verranno comunicati i relativi dati anagrafici e verrà corrisposto il premio indicato dalla Società.

Resta inteso che relativamente al ricovero durante il quale è avvenuta la nascita, l'indennità di entità pari a quella prevista per la madre, verrà riconosciuta a partire dal 6° (sesto) giorno di ricovero, mentre per eventuali ulteriori ricoveri sarà riconosciuta a seconda della natura dei medesimi, con le modalità previste dal successivo Art. "Modalità di pagamento".

Art. 5 Prestazioni speciali

a) Contemporaneo ricovero a seguito di infortunio di entrambi i coniugi – Aumento del 50% dell'indennità

Qualora a seguito di infortuni rientranti nella garanzia prestata, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio) assicurati siano ricoverati in Istituto di Cura, **la Società riconoscerà ad entrambi gli assicurati per ciascun giorno di contemporaneo ricovero, l'indennità spettante ai sensi di polizza maggiorata del 50%**.

L'indennità verrà corrisposta in base ai criteri esposti nel successivo Art. "Modalità di pagamento".

b) Ricoveri all'Estero – Raddoppio dell'indennità

In caso di ricovero rientrante nella **garanzia prestata effettuato all'estero in un Istituto di Cura distante almeno 200 KM. dalla residenza abituale dell'Assicurato**, **la Società riconoscerà al medesimo, per ciascun giorno di degenza, un'indennità pari al doppio di quella prevista**.

L'indennità verrà corrisposta in base ai criteri esposti nel successivo Art. "Modalità di pagamento".

Art. 6 Modalità di pagamento

Nei casi di ricovero determinati da malattia, infortunio o parto, l'indennità giornaliera pattuita verrà corrisposta a partire dal 1° (primo) giorno di ricovero.

Il giorno di dimissione, indipendentemente dall'ora in cui la medesima si è verificata, non verrà in ogni caso conteggiato, non essendosi verificato il pernottamento.

Art. 7 Anticipo indennizzo

In caso di ricovero rientrante nella garanzia prestata che comporti una degenza continuativa superiore a 15 giorni, è data facoltà all'Assicurato, nella previsione che il ricovero si prolunghi, **di richiedere alla Società l'indennità maturata e spettantegli per i primi 15 giorni di ricovero**.

Quanto sopra potrà essere ripetuto di 15 giorni in 15 giorni.

A ciascuna richiesta di anticipo di indennizzo, dovrà essere allegato un attestato di degenza in atto, rilasciato dall'Istituto di Cura riportante anche la motivazione del ricovero.

Art. 8 Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per i ricoveri determinati da:

- malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società all'atto della stipulazione del contratto;
- eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- conseguenze di infortuni avvenuti prima dell'entrata in vigore della presente polizza, salvo il caso di sostituzione del contratto ove l'infortunio sia avvenuto durante il periodo di assicurazione della polizza sostituita, nonché di infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Assicurato o da atti di temerarietà posti in essere senza necessità di salvare la propria o altrui vita;
- infortuni e intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

- g) infortuni derivanti da sport aerei, dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura) o dalla pratica di sport a livello professionistico;
- h) aborto volontario non terapeutico;
- i) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da malattia);
- l) protesi dentarie, paradontopatie, cure ortodontiche, nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- m) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per le terapie mediche;
- n) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- o) ricoveri effettuati a scopo di praticare check-up clinici.

Art. 9 Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre, fermi i disposti dell'Art. "Rischi esclusi"

- per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie: **dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato ed accettati dalla Società: **dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, salvo diversa pattuizione;**
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza: **dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- per il parto e per le malattie da puerperio: **dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- per le malattie dipendenti da gravidanza, la garanzia è operante, **con il termine di aspettativa di 60 giorni,** soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità, in sostituzione 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 le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste e agli eventuali assicurati inseriti a nuovo nella polizza.

Le rivalutazioni annuali previste dal contratto non sono soggette a limitazioni relativamente ai termini di aspettativa.

Art. 10 Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro **il Contraente o l'Assicurato deve presentare denuncia alla Società entro 15 giorni dalla data in cui è entrato in possesso della documentazione sanitaria relativa al ricovero.**

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (Art. 1915 Codice Civile). L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 11 Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società o da un Perito da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Art. 12 Determinazione del danno

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a termini del contratto, su presentazione in originale di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura (pubblico o privato) debitamente sottoscritto.

Art. 13 Pagamento dell'indennità

Il pagamento dell'indennità viene effettuato a cura ultimata, salvo quanto previsto dall'Art. "Anticipo indennizzo".

Per i ricoveri all'estero il pagamento sarà effettuato in Italia in Euro.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE PER GRANDI INTERVENTI E INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERI

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

È compreso in garanzia, semprechè non espressamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di ricovero, conseguente a malattia o infortunio dell'Assicurato.

Art. 2 Prestazioni per Grandi Interventi Chirurgici

a) Durante il ricovero

In caso di ricovero in Istituto di Cura reso necessario da:

- malattia
- infortunio

che dia luogo a Grandi Interventi Chirurgici - intendendosi come tali quelli compresi nell'elenco "Grandi Interventi Chirurgici" riportato in appresso nonché a trapianto di organi, la Società riconoscerà le spese per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami eseguiti nel periodo di ricovero, purché questi ultimi siano inequivocabilmente finalizzati alla verifica od al completamento della diagnosi di ricovero ed il tutto sia attinente alla patologia che ha reso necessario il ricovero stesso;
- rette di degenza.

b) Prestazioni speciali durante il ricovero

ACCOMPAGNATORE

La Società riconosce in caso di ricovero per grande intervento chirurgico anche le spese per vitto e pernottamento dell'eventuale accompagnatore nell'Istituto di Cura presso il quale si trova ricoverato l'Assicurato, **fino ad un massimo di 30 giorni per ricovero, col limite di Euro 100 giornaliere (IVA inclusa).**

TRAPIANTO DI ORGANI

Nel caso di trapianto di organi è altresì compreso in garanzia il riconoscimento delle spese sostenute per prestazioni sanitarie rese necessarie per l'espianto di essi. Nel caso di donazione da persona vivente, la Società riconosce anche le spese sostenute durante il ricovero del donatore, per accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico (onorari del chirurgo e dell'equipe operatoria e materiale d'intervento), cure, medicinali e rette di degenza.

MALFORMAZIONI PREESISTENTI

L'assicurazione è valida anche per i ricoveri resi necessari da grandi interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o correzione di malformazioni preesistenti alla stipulazione della polizza, purché non note in quel momento all'Assicurato o al Contraente.

NASCITURO

A partire dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, si intendono compresi in garanzia anche gli interventi finalizzati alla correzione di difetti fisici o malformazioni del feto, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo all'effetto dell'assicurazione.

c) Prestazioni prima e dopo il ricovero

La Società garantisce anche, in caso di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici, il rimborso all'Assicurato delle spese per:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati, anche al di fuori dell'Istituto di Cura, **nei 100 giorni antecedenti il ricovero**, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), **effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero**, purché inequivocabilmente inerenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero stesso;
- trasporto dell'assicurato in ambulanza all'Istituto di Cura e per il suo rientro.

La presente garanzia è prestata per le spese effettivamente sostenute e documentate, **fino a concorrenza di Euro 4.000, anche in caso di ricovero a totale o parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale.**

Art. 3 Prestazioni durante i ricoveri non determinati da Grandi Interventi Chirurgici

a) Indennità giornaliera

In caso di ricovero in Istituto di Cura determinato da infortunio o malattia cui non consegua un Grande Intervento Chirurgico, o per parto, **la Società riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di ricovero un'indennità giornaliera pari a € 150 col massimo di 300 giorni per anno assicurativo.**

La medesima verrà corrisposta con le modalità stabilite nel successivo art. "Modalità di pagamento – Ricoveri non determinati da Grandi Interventi Chirurgici".

b) Contemporaneo ricovero a seguito di infortunio di entrambi i coniugi – Aumento del 50% dell'indennità

Qualora a seguito di infortuni rientranti nella garanzia prestata, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio) assicurati siano ricoverati in Istituto di Cura, **la Società riconoscerà ad entrambi gli assicurati per ciascun giorno di contemporaneo ricovero, l'indennità giornaliera prevista in polizza maggiorata del 50%.**

Art. 4 Prestazioni per il neonato

Ove nella presente polizza sia assicurato l'intero nucleo familiare (intendendosi per tale: entrambi i genitori se conviventi ed i figli conviventi) e qualora la gravidanza abbia avuto inizio in data successiva alla stipula del contratto, la garanzia si intende gratuitamente prestata, per le stesse garanzie e con le modalità previste in polizza, ai figli nati e decorrerà dal momento della nascita, sempreché la medesima avvenga durante la validità del contratto, ed avrà vigore fino alla prima scadenza annuale successiva.

A partire da tale data la garanzia per il nuovo nato sarà operante solo se verranno comunicati i relativi dati anagrafici e verrà corrisposto il premio indicato dalla Società.

Art. 5 Modalità di pagamento

a) Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Istituti di Cura del circuito sanitario privato totalmente convenzionati (con pagamento diretto)

In caso di ricovero per Grande Intervento Chirurgico, presso Istituti di Cura del circuito sanitario privato convenzionato con Clinica Amica, la Società provvederà ad effettuare il pagamento diretto all'Istituto di Cura di tutte le spese sanitarie sostenute durante il ricovero.

Cessione dei diritti

Con la sottoscrizione della presente polizza l'Assicurato dichiara che, in caso di pagamento diretto da parte della Società all'Istituto di Cura, ogni diritto a lui derivante dalla polizza stessa si intende fin d'ora irrevocabilmente ceduto, in conformità di quanto previsto dal "Regolamento", in favore del o degli Istituti di Cura eroganti le prestazioni sanitarie o di Clinica Amica nei casi di sostituzione ad essi.

Lo stesso prende atto che il pagamento eseguito dalla Società in forza della presente cessione, ed in favore dei cessionari sopra indicati sarà pienamente liberatorio nei suoi confronti.

b) Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Strutture sanitarie non convenzionate (con rimborso dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, in caso di ricovero che comporti un Grande Intervento Chirurgico, si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate **la Società rimborsa al medesimo le spese documentate sostenute durante il ricovero, fino a concorrenza di Euro 20.000 per ogni ricovero.**

c) Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici presso Strutture sanitarie parzialmente convenzionate (équipe operatoria non convenzionata)

In caso di ricovero dell'Assicurato che comporti grande intervento chirurgico, presso un Istituto di Cura convenzionato con Clinica Amica, la cui équipe operatoria non sia però convenzionata, **la Società rimborserà all'Assicurato le spese effettivamente sostenute e documentate per le prestazioni di detta équipe fino a concorrenza di Euro 9.000**, mentre pagherà per intero direttamente all'Istituto di Cura le altre spese sanitarie previste dalla polizza per il ricovero.

d) Ricoveri a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso in cui il ricovero per grande intervento chirurgico sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale - considerandosi tale anche il caso in cui l'Assicurato sia soggetto al pagamento di eventuali ticket per il ricovero - **le prestazioni previste dalla polizza vengono sostituite da un'indennità per ciascun giorno di ricovero pari a Euro 250, comprensive del costo di eventuali ticket, col massimo di 100 giorni per persona e per anno assicurativo.**

e) Ricoveri a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale

In caso di ricovero per grande intervento chirurgico a parziale carico del Servizio Sanitario Nazionale in forma diretta o indiretta la Società, fermi i limiti previsti al punto b) del presente articolo, rimborsa integralmente all'Assicurato le eventuali spese o eccedenze di spese rimaste a suo carico.

f) Ricoveri non determinati da Grandi Interventi Chirurgici

Nei casi di ricoveri non determinati da Grandi Interventi Chirurgici, l'indennità giornaliera pattuita e figurante in polizza verrà corrisposta a partire dal 1° (primo) giorno di ricovero.

Il giorno di dimissione, indipendentemente dall'ora in cui la medesima si è verificata, non verrà in ogni caso conteggiato, non essendosi verificato il pernottamento.

Art. 6 Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- a) le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- b) l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- c) gli stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- d) le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- e) le conseguenze di infortuni avvenuti prima dell'entrata in vigore della presente polizza, salvo il caso di trasfornazione contrattuale, nonché per gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell'Assicurato o da atti di temerarietà posti in essere senza necessità di salvare la propria o altrui vita;
- f) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

- g) gli infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche e relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
- h) l'aborto volontario non terapeutico;
- i) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da malattia);
- l) le protesi dentarie, le paradontopatie, le cure ortodontiche, nonché, quando non siano rese necessarie da infortunio, le cure dentarie;
- m) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto dalle singole prestazioni;
- n) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per le terapie mediche;
- o) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- p) ricoveri effettuati al solo scopo di praticare check-up clinici.

Art. 7 Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre:

- per gli infortuni: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;
- per le malattie: **dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, dichiarati dall'Assicurato ed accettati dalla Società: **dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, salvo diversa pattuizione;**
- per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza: **dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;**
- per il parto e per le malattie da puerperio: **dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.**

Per le malattie dipendenti da gravidanza, la garanzia è operante - **con il termine di aspettativa di 60 giorni** - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa, senza soluzione di continuità, in sostituzione 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, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste ed agli eventuali assicurati inseriti a nuovo in polizza.

Le rivalutazioni annuali previste dal contratto non sono soggette a limitazioni relativamente ai termini di aspettativa.

Art. 8 Obblighi in caso di sinistro

Nei casi in cui operi il servizio "Clinica Amica" valgono le norme di cui all'art. "Modalità di pagamento" – lettera a).

Nei casi in cui non operi il servizio "Clinica Amica" **l'Assicurato o chi per esso deve presentare denuncia alla Società entro 15 giorni dalla data in cui è entrato in possesso della documentazione sanitaria e di spesa relativa al ricovero.**

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 Codice Civile).

Art. 9 Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un Perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Art. 10 Criteri di liquidazione

Il pagamento viene effettuato, a cura ultimata, su presentazione in originale delle notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, nonché, ove ne ricorrano gli estremi, di regolare attestato di degenza in Istituto di Cura. La documentazione in originale delle spese sostenute trasmessa alla Società viene restituita contestualmente alla liquidazione.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, la Società effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute, delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente; ovviamente dal rimborso dovuto dalla Società verrà detratto quanto già riconosciuto. **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 dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.**

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione, sulla base delle prestazioni e dei massimali previsti e figuranti in polizza, vale per il caso di invalidità permanente derivante esclusivamente da malattia – purchè non compresa fra quelle indicate al successivo art. "Esclusioni" – che colpisca l'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 2 Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di effetto della presente polizza;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, anche se dichiarate dall'Assicurato/Contraente, salvo quanto previsto nel successivo art. "Continuità della garanzia";
- c) da malattie mentali e da nevrosi;
- d) da intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, ad uso di allucinogeni nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- e) derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita o altre patologie ad essa collegate;
- f) da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- g) da guerre ed insurrezioni;
- h) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e dalle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 3 Prestazione relativa al caso di Invalidità permanente da malattia

La Società in caso di invalidità permanente derivante da una malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto della polizza e **comunque non oltre la data della sua cessazione**, riconosce un'indennità calcolandola sulla somma assicurata in conformità a quanto indicato nel successivo art. "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da malattia".

Art. 4 Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da malattia

L'indennità per Invalidità permanente da malattia viene corrisposta, per ciascun Assicurato, in base ai criteri di polizza e secondo le seguenti modalità:

Franchigia assorbibile del 25%

- **nessuna indennità spetta quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25% della totale;**
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 25% della totale, la Società liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

Fasce	% IP accertata	% IP da liquidare
I	da 25% a 34%	15%
II	da 35% a 44%	30%
III	da 45% a 54%	45%
IV	da 55% a 64%	60%
V	da 65% a 70%	70%
VI	superiore a 70%	100%

Art. 5 Continuità della garanzia

In deroga a quanto disposto dall'art. "Esclusioni", qualora la presente polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di precedenti contratti stipulati con la Società e riguardanti gli stessi soggetti e le stesse prestazioni, la garanzia è estesa alla invalidità derivante da malattia insorta nella vigenza del precedente rapporto e manifestatasi nel corso del presente contratto restando inteso che, in tal caso, l'indennità sarà valutata e calcolata, sulla base delle disposizioni contenute nella presente polizza, sul minore dei capitali previsti dai diversi contratti.

Art. 6 Indipendenza da obblighi assicurativi di legge

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare all'Assicurato da leggi vigenti o future.

Art. 7 Obblighi in caso di sinistro

In caso di malattia l'Assicurato (o chi per esso) deve:

- presentare denuncia scritta alla Società della malattia che, secondo parere medico, sembri comportare invalidità permanente, corredandola con dettagliato rapporto medico sulla natura, decorso e conseguenze della malattia;
- inviare successivamente alla Società attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- presentare, **trascorsi 180 giorni dalla denuncia della malattia e comunque non oltre 240 giorni dalla data della stessa**, specifica certificazione medica attestante il grado in invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. Qualora l'assicurazione prestata con la presente polizza pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno semprechè la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 8 Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione della polizza e/o a mutilazioni o difetti fisici.

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

Qualora, nel corso del contratto, un'altra malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata dalla Società per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Il grado di invalidità permanente viene valutato secondo i criteri esposti nel successivo art. "Parametri indicativi per la valutazione della Invalidità Permanente da malattia".

Nei casi di invalidità permanente non specificati nel citato articolo, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati.

In ogni caso, la valutazione verrà effettuata tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Il capitale assicurato rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale, pertanto la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore del capitale assicurato.

Art. 9 Procedura per la liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda, tuttavia, sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che – a giudizio sia del suo medico che di quello della Società – possa modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico. Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata ufficialmente offerta o liquidata nella misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto. **La valutazione dell'invalidità permanente e la corresponsione dell'indennità verrà effettuata in Italia e in Euro.**

Art. 10 Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società - o da un Perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più Arbitri da nominare con apposito atto.

Resta sin d'ora inteso che la città sede di svolgimento dell'arbitrato sarà quella sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato.

Art. 11 Parametri indicativi per la valutazione della Invalidità Permanente da malattia

Sistema Nervoso Centrale

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il morbo di Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori, ecc. verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- ◆ disturbi del linguaggio;
- ◆ disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- ◆ disturbi della coscienza;
- ◆ disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- ◆ disturbi della statica e della deambulazione;
- ◆ disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 70%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato; ◆ il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari; ◆ disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza; ◆ disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane; ◆ il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti; ◆ presenza di attività vescicale e rettale riflessa con marcata riduzione del controllo volontario. 	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare; ◆ il soggetto non può prendere cura di se stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere; ◆ disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente; ◆ episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno; ◆ il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace di deambulare; ◆ alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

Apparato Respiratorio

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio: le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- ◆ funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici FVC, FVC1, FVC1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente bronco spastica, dopo test di broncodilatazione.

I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;

- ◆ concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (Pa O₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- ◆ criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 70%
<p>I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA; ◆ FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA; ◆ FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA; <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ La PaO₂ inferiore all'80% del valore teorico. 	<p>I postumi della malattia comportano una alterazione nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA; ◆ FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA; ◆ FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ la PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico

Apparato Cardio – Vascolare

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le trombo flebiti, ecc. verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- ◆ classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):
 - classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
 - classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - classe 3: a riposo: i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;
- ◆ pressione arteriosa;
- ◆ efficacia della terapia medica e chirurgica;
- ◆ criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 70%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti-ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso; ◆ soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva. 	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti-ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; ◆ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

Apparato Urinario

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretera, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc. verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- ◆ determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- ◆ valori diastolici della pressione arteriosa;
- ◆ determinazione quantitativa della proteinuria;
- ◆ efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- ◆ criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 70%
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. oppure ◆ Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg) senza adeguata terapia oppure ◆ sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min. oppure ◆ Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mmHg) non controllabile da adeguata terapia oppure ◆ sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

Apparato Digerente

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori, ecc. verranno valutati in base ai seguenti criteri:

Criteri di valutazione:

- ◆ efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- ◆ postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o laboratoristici;
- ◆ variazioni del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- ◆ criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 70%
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Esofago, Stomaco, Intestino tenue e Pancreas I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche non sono documentati episodi di recidive.. ◆ Colon, Sigma e Retto I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica. ◆ Fegato I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Esofago, Stomaco, Intestino tenue e Pancreas postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico. ◆ Colon, Sigma e Retto I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico. ◆ Fegato Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie, di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

Sistema Endocrino

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc. verranno valutati in base ai seguenti:

Criteri di valutazione:

- ◆ efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- ◆ postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- ◆ criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 70%
<ul style="list-style-type: none"> ◆ La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia oppure ◆ diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure ◆ la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella una invalidità superiore al 70%.

Sistema Ematopoietico e linfatico

I postumi delle anemie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere, ecc., verranno valutati in base ai seguenti

Criteri di valutazione:

- ◆ efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- ◆ postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- ◆ criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 70%
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anemia cronica con valori di emoglobina non inferiore a gr. 10/100 ml., non necessita di emotrasfusioni oppure ◆ sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia oppure ◆ leucemia linfatica cronica in 1° stadio oppure ◆ leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Anemia cronica con valori di emoglobina inferiore a gr. 10/100 ml. Con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane) oppure ◆ presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa oppure ◆ leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione, sulla base delle prestazioni e dei massimali previsti e figuranti in polizza, vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca:

- a) nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività esercitata non professionalmente purchè inerente alla vita comune e di relazione, al disbrigo delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alle comuni manifestazioni della vita di ogni giorno nonché alla pratica di hobby anche se a carattere continuativo;
- c) durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, il tutto in tempo di pace.

Sono comunque esclusi gli infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.

Art. 2 Rischi compresi

Premesso che è compreso in garanzia, semprechè non esplicitamente escluso, ogni evento che rientri nella definizione di infortunio, sono compresi in garanzia:

- gli infortuni derivanti dall'uso e/o dalla guida di veicoli e di natanti da diporto semprechè l'Assicurato, se alla guida, sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- gli infortuni sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza, purchè non determinati da abuso di alcolici, dall'uso di allucinogeni o dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- gli infortuni subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- gli infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato si sia trovato involontariamente coinvolto.**

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Sono compresi:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita ed involontaria, eccetto quelli derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci e da uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o di allucinogeni;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- l'annegamento;
- le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti, delle ernie (fatta eccezione per quelle addominali da sforzo) e delle rotture sottocutanee dei tendini;
- le ernie addominali da sforzo. In tale evenienza nel caso in cui l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo il parere medico, verrà corrisposta una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente assoluta. Qualora insorga contestazione circa la natura e la operabilità dell'ernia, valgono i disposti dell'art. " Valutazione del danno". La garanzia ha effetto dalla data di inizio della polizza semprechè, all'atto del perfezionamento di quest'ultima, l'Assicurato abbia presentato un certificato medico che escluda l'esistenza di detta infermità. In mancanza del certificato la garanzia medesima sarà invece operante dopo un periodo di carenza di 180 giorni. Nel caso la polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra riflettente la garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni, in assenza della citata documentazione medica, ha effetto:
 - dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
 - dalla data di decorrenza della presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da questa previste;
- le lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti, con esclusione della malaria e di qualsiasi altra malattia;
- la folgorazione;
- i colpi di sole o di calore;
- l'assideramento o il congelamento.

Art. 3 Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dall'uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili in genere, fatta eccezione per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti;
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aeroclub;

- di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (come ad esempio deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
- dalla pratica di sport aerei in genere, paracadutismo, pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, speleologia, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, guidoslitta, bob, rugby, football americano, immersioni non in apnea, alpinismo con scalate fino al 3° grado effettuato isolatamente, alpinismo di grado superiore al 3° comunque effettuato, arrampicata libera (free climbing);
- dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- dalla partecipazione a competizioni – o relative prove – sciistiche, ippiche, calcistiche, ciclistiche organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive federazioni sportive o associazioni ad esse equiparabili;
- da ubriachezza, da uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci;
- da proprie azioni delittuose o da partecipazione ad imprese temerarie;
- da guerre e insurrezioni (salvo quanto previsto dall'art. "Rischi compresi");
- da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
- da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono altresì escluse dall'assicurazione le conseguenze dell'infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Non sono considerati infortuni:

- le ernie, eccezion fatta per quelle addominali da sforzo;
- gli avvelenamenti, salvo quanto previsto al precedente art. "Rischi compresi", e le infezioni che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di infortunio, le conseguenze di operazioni chirurgiche o di trattamenti non resi necessari da infortunio;
- gli infarti da qualsiasi causa determinati;
- quelli subiti durante il periodo di arruolamento volontario, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art. 4 Afezioni

A completamento dell'art. "Persone non assicurabili" delle Sezione "Norme comuni", **si precisa che la sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti afezioni:**

- epilessia;
- sieropositività ove diagnosticata dal test H.I.V.;
- sindromi organico cerebrali, schizofrenia;
- forme maniaco-depressive o stati paranoidei,

costituisce aggravamento del rischio e pertanto comporta l'applicazione dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 5 Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare 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 (art. 1898 C.C.).

Art. 6 Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato (art. 1897 C.C.) e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 7 Denuncia di sinistro e obblighi conseguenti

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Società entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza o la possibilità (art. 1913 C.C.). L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 C.C.).

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e dev'essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato con invio alla Società di ulteriori certificati medici. Resta in ogni caso convenuto che l'Assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato. **Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato**, salvo che siano espressamente comprese nell'assicurazione.

Art. 8 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 alla tabella per la valutazione del grado di invalidità permanente, prevista dall'art. "Prestazione per il caso di invalidità permanente", **sono diminuite** tenendo conto della invalidità preesistente.

Art. 9 Prestazione per il caso di morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato. **L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte – se superiore – e quella già pagata per invalidità permanente.**

Art. 10 Prestazione per il caso di invalidità permanente

L'indennità per il caso di invalidità permanente è dovuta se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennità per invalidità permanente parziale – fermi i criteri di franchigia operanti –verrà calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata in allegato, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della "franchigia relativa" prevista per legge. **Resta inteso che non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece esso risulterà superiore al 5% della totale l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.**

Qualora poi il grado di invalidità permanente valutato come sopra esposto, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato.

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.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa. In caso 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, 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 lesione, con il massimo del 100%. Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 11 Procedura per la liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione in relazione al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento. **La corresponsione dell'indennità verrà effettuata in Italia e in Euro.**

Art. 12 Variazione di rischio

Fermo quanto stabilito dagli artt. "Aggravamento del rischio" e "Diminuzione del rischio", qualora nel corso del contratto si verifichino variazioni di rischio per cambiamento delle occupazioni professionali dichiarate o delle condizioni nelle quali dette mansioni sono esercitate, **il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società. Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto.**

Se la variazione implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso. Nel caso che il Contraente non accetti le nuove condizioni entro otto giorni dalla loro comunicazione, ovvero non perfezioni, entro otto giorni dalla presentazione, la nuova polizza con la quale la Società dà atto della nuova situazione, pagando il maggior premio richiesto, la Società, nel termine di trenta giorni dalla ricevuta comunicazione della variazione, ha il diritto di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni. Per gli infortuni che si verifichino prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, si applica l'ultimo comma dell'art. 1898 C.C.. Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre correlativamente il premio, a partire dalla scadenza annuale successiva, notificando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto.

Art. 13 Attività diverse da quella dichiarata

Fermo quanto disposto dagli Articoli:

- "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio";
- "Aggravamento del rischio";
- "Diminuzione del rischio";
- "Rischi esclusi";

se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che 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 svolte al momento del sinistro	Classe	Attività Dichiarate			
		A	B	C	D
	A	100%	100%	100%	100%
	B	74%	100%	100%	100%
	C	53%	83%	100%	100%
	D	32%	67%	86%	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 classificazione delle attività professionali riportate in calce alla polizza.

In caso di attività eventualmente non specificata in tale classificazione, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a un'attività elencata.

Qualora l'attività svolta al momento dell'infortunio sia annoverabile fra le seguenti:

- Collaudatore auto/motoveicoli;
- Attività a contatto con esplosivi e materiale pirotecnico;
- Investigatore privato;
- Controfigura e stunt-man;
- Attività circense

la Società non corrisponderà alcun indennizzo.

Art. 14 Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società – o da un perito da questa incaricato – con il Contraente o persona da lui designata. In caso di disaccordo ciascuna delle Parti può proporre che la questione venga risolta da uno o più arbitri da nominare con apposito atto.

Art. 15 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 C.C. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 16 Indipendenza da obblighi assicurativi di legge

La presente assicurazione è stipulata in aggiunta ed in ogni caso indipendentemente da qualsivoglia obbligo in tal senso dovesse derivare al Contraente da leggi vigenti o future.

NORME COMUNI

Art. 1 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o da infermità mentali. **La sopravvenienza in corso di contratto delle suddette affezioni costituisce aggravamento di rischio ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 Cod. Civ.**

Art. 2 Validità

L'assicurazione è valida nel mondo intero e, in tempo di pace, anche durante il servizio militare di leva o il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni.

Art. 3 Indicizzazione

I premi, le somme assicurate, i limiti di risarcimento, espressi in cifra, vengono adeguati in relazione alle variazioni del numero indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (già "costo della vita") pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica (base 1992 = 100). La variazione percentuale viene calcolata per la prima volta - trascorso almeno un anno dalla stipulazione del contratto - ponendo a raffronto l'indice indicato nell'apposito riquadro con quello del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di scadenza annua del premio, tenendo ovviamente conto dell'eventuale mutamento sulla base di calcolo.

Alla scadenza di ogni rata annuale qualora si verifichi una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale o a quello relativo all'ultimo adeguamento, i premi e le somme contrattualmente previste vengono aumentati o diminuiti in misura proporzionale alla variazione dell'indice.

L'aumento o la diminuzione decorrono dalla scadenza della rata annua ed al Contraente viene rilasciata apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Qualora a seguito della variazione del numero indice, i premi e le somme contrattualmente previste abbiano subito un aumento superiore al 100% rispetto a quelli pattuiti al momento della stipulazione del contratto, è in facoltà del Contraente di recedere dal contratto.

Il Contraente per potersi avvalere di tale facoltà deve darne comunicazione scritta entro il termine di 180 giorni dalla data di scadenza della rata che ha comportato l'ultimo adeguamento ed il recesso ha effetto alla scadenza del periodo annuo di assicurazione in corso.

In caso di eventuale ritardo o interruzione nella pubblicazione degli indici, la Società propone l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

Mancando l'accordo si procede come per il caso dell'aumento del 100% degli importi iniziali.

GARANZIE DI ASSISTENZA

Le garanzie di Assistenza previste in polizza sono prestate dalla Centrale Operativa di Mondial Assistance Italia S.p.A. – Via Ampère n. 30, 21031 MILANO -, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, di seguito indicata col proprio marchio commerciale "Mondial".

Art. 1 Oggetto della garanzia

La Società - tramite la Centrale operativa di Elvia - presta all'Assicurato, di seguito denominato "Assistito", le garanzie di assistenza alle condizioni tutte previste dal presente e successivi punti.

L'équipe medica della Centrale Operativa è a disposizione dell'Assistito 24 ore al giorno tutti i giorni dell'anno.

Le garanzie di assistenza previste nel presente capitolo sono prestate esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa di Elvia, alla quale gli Assistiti dovranno rivolgersi telefonicamente.

Non sono comprese in garanzia forme diverse di assistenza o prestazioni indennitarie.

Art. 2 Soccorsi per i casi d'urgenza

Trasporto in autoambulanza: se l'Assistito, in caso di infortunio o malattia, necessita con urgenza, a giudizio del proprio medico curante e/o del medico di guardia della Centrale Operativa, di un trasporto in autoambulanza, il servizio assistenza provvederà all'invio di un'autoambulanza per il trasporto al più vicino ospedale per le cure del caso.

Le relative spese sono a carico della Società con il limite di 3 volte per anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza.

Invio di un medico a domicilio: se l'Assistito, in caso di infortunio o malattia, necessita di un medico al proprio domicilio e non riesce a reperire il suo medico curante - oppure si trovi in viaggio in Italia e non riesca a reperire un medico - il servizio assistenza provvederà dopo che il suo medico di guardia ne avrà accertata la necessità, ad inviare uno dei propri medici convenzionati.

Le relative spese sono a carico della Società con il limite di 3 volte per anno assicurativo qualunque sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza.

Art. 3 Consulenza sanitaria di alta specializzazione

In caso di infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi urgenti di particolare complessità, la guardia medica della Centrale Operativa è a disposizione per fornire informazioni sui centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, anche con riguardo a patologie rare o comunque particolari.

In questi casi i medici della Centrale Operativa, in servizio 24h su 24h, potranno richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per poter fornire una consulenza specialistica immediata e, nel caso fosse necessario, organizzare appuntamenti e consulti con centri diagnostici e medici specialisti in Italia e nel mondo, restando comunque a disposizione per facilitare i contatti all'Assistito anche per eventuali problemi linguistici.

La Centrale Operativa fornirà il supporto logistico per il trasferimento urgente del paziente dal suo domicilio al luogo dove avverrà il consulto con eventuale ricovero. Il costo del trasferimento rimane a carico dell'Assistito.

Art. 4 Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

In caso di infortunio o malattia, non curabile sul posto, di gravità tale da richiedere, a giudizio dei medici della Centrale Operativa, il trasporto urgente dell'Assistito in un centro ospedaliero designato dagli stessi medici, anche in collaborazione con il medico curante o con il medico che abbia prestato le prime cure, la Società provvederà a sue spese al trasporto sanitario dell'Assistito con il mezzo che la Direzione Sanitaria della Centrale Operativa riterrà più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea, autoambulanza, treno od altri).

L'uso dell'aereo sanitario è limitato ai Paesi dell'Europa e del Bacino del Mediterraneo.

Questa garanzia viene prestata con il limite di una volta per anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza.

Art. 5 Assistenza domiciliare

Se l'Assistito a seguito di infortunio o malattia ha necessità di assistenza domiciliare, la Centrale Operativa provvede a reperire e inviare al domicilio personale specializzato.

Il costo dell'assistenza domiciliare è a carico dell'Assistito; gli importi verranno comunicati prima dell'invio al domicilio.

Art. 6 Visite specialistiche urgenti

Se in caso di improvviso malore, infortunio, riacutizzarsi di malessere conseguente a malattia o infortunio, nonché in caso di prestazioni terapeutiche in corso l'Assistito necessita di urgenti visite specialistiche, l'équipe medica della Centrale Operativa è a disposizione per un servizio celere di appuntamenti per visite specialistiche.

È sufficiente che l'Assistito telefoni alla Centrale Operativa e comunichi al medico di turno:

- il problema per cui è richiesta la visita;
- la visita specialistica di cui necessita;
- il recapito telefonico.

Sarà premura del medico di guardia della Centrale ottenere un appuntamento urgente e far richiamare l'Assistito per comunicare data, luogo e ora della visita oltre ovviamente all'onorario della stessa che verrà sostenuto dall'Assistito. La prenotazione della visita, considerando il carattere di urgenza/emergenza della richiesta, può essere effettuata in qualunque momento e la Società, tramite Elvia, garantisce la disponibilità di uno specialista entro 3 giorni lavorativi dal giorno della richiesta.

Art. 7 Ricoveri in strutture pubbliche

Nel caso di infortunio o malattia per il quale l'Assistito abbia necessità di un ricovero ospedaliero in struttura pubblica in Italia e sia nell'impossibilità materiale di svolgere personalmente le pratiche amministrative necessarie per il ricovero, le pratiche verranno svolte da un incaricato di Elvia.

Questa prestazione è fornita con il limite di una volta per anno assicurativo qualunque sia il numero delle persone assicurate con la presente polizza.

Qualora invece sia necessario un ricovero all'estero, nostri fiduciari cureranno le pratiche per avere l'autorizzazione della USL competente e per fare ottenere all'Assistito il rimborso nei limiti consentiti dalla Legge regionale.

Art. 8 Trattamento preferenziale

Tutte le prestazioni mediche e sanitarie di cui ai punti 2, 3, 5 e 6 saranno messe a immediata disposizione dell'assistito a condizione di favore, grazie a convenzioni stipulate con Case di Cura, laboratorio di analisi, centri di medicina specialistica e singoli professionisti medici.

Art. 9 Norme generali relative alla garanzia di assistenza

a) Casi di esclusione della garanzia di assistenza

Le garanzie di assistenza previste nei precedenti paragrafi non sono operanti in caso di eventi dipendenti da alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai, guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali, nonché fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

b) Norme diverse

L'Assistito libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge.

Art. 10 Cosa fare per richiedere l'Assistenza

Ogni Assicurato, in qualsiasi momento, ventiquattro ore su ventiquattro per tutto l'anno, in caso di necessità può contattare la Centrale Operativa telefonando ai seguenti numeri

- 800 802159 Linea Verde per telefonate dall'Italia

- (02) 26609515 (chiamando dall'estero anteporre i prefissi necessari per l'Italia)

In ogni caso l'Assicurato deve comunicare:

- nome e cognome

- indirizzo del luogo in cui si trova e recapito telefonico

- il tipo di assistenza necessario.

CONDIZIONI PARTICOLARI

La seguente Condizione Particolare si intende operante solo con riferimento agli Assicurati per i quali figura richiamata in polizza la relativa sigla.

SC SOVRARISCHI SPORTIVI

A parziale deroga dell'Art. "Rischi esclusi" della Sezione "Norme che regolano l'assicurazione Infortuni", per i seguenti sport: calcio, calcetto, ciclismo, equitazione, sci, pattinaggio a rotelle o sul ghiaccio, pallavolo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto e pentathlon moderno, la garanzia si intende estesa agli infortuni che si verificano durante gare e competizioni (e relative prove e allenamenti) organizzate o svolte sotto l'egida delle rispettive Federazioni sportive o associazioni a esse equiparabili.

Resta inteso che la garanzia viene prestata per i casi di Morte e di Invalidità permanente da Infortunio, sempreché operanti per l'Assicurato nella garanzia base, per i capitali previsti in polizza.

L'indennità per Invalidità permanente da Infortunio verrà corrisposta in base ai seguenti criteri:

- sul capitale assicurato fino Euro 260.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 5% della totale;** se invece esso risulterà superiore al 5% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a Euro 260.000 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 10 % della totale;** se invece esso risulterà superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Qualora l'Invalidità permanente da Infortunio, valutata in base alle percentuali e alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66% (sessantasei per cento) della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente previste.

La valutazione del grado di Invalidità permanente da Infortunio verrà effettuata in base alle percentuali e alle altre disposizioni stabilite dalla Tabella INAIL riportata nella presente polizza.



CreditRas Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Corso Italia 23, 20122 Milano
Telefono 02 7216.1 - Fax 02 7216.4032
Capitale Sociale € 10.000.000,00 int. vers.

Codice Fiscale, Partita IVA
e iscrizione al Registro delle Imprese
di Milano: N. 08965220158
R.E.A. di Milano N. 1257893

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
con D.M. 19/3/1990
Società rientrante nell'area di consolidamento
del bilancio del gruppo Allianz S.p.A.