

Allianz S.p.A.

Divisione Allianz Lloyd Adriatico

BLU SUITE

Allianz  Lloyd Adriatico

Fascicolo informativo

Modello: FI – 0002 – 280 – 010 - 31052011

**Contratto di assicurazione
Contro INFORTUNI e le MALATTIE**

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

1) Nota Informativa Al Contraente comprensiva del Glossario;

2) Condizioni di Assicurazione;

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Servizio Clienti



NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

Contratto di Assicurazione contro gli INFORTUNI e le MALATTIE

Polizza "Blu Suite"

LA PRESENTE NOTA INFORMATIVA E' REDATTA SECONDO LO SCHEMA PREDISPOSTO DALL'ISVAP, MA IL SUO CONTENUTO NON E' SOGGETTO ALLA PREVENTIVA APPROVAZIONE DELL'ISVAP. IL CONTRAENTE DEVE PRENDERE VISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

A. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni Generali

Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice

L'Impresa assicuratrice: Allianz S.p.A., società del gruppo Allianz SE controllata da A.C.I.F. S.p.A.

Sede legale

Largo Ugo Inneri, 1 - 34123 Trieste (Italia).

Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

800.68.68.68 - www.allianz.it - info@allianz.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Informazioni Patrimoniali

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 3.284 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.346 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 242,8% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2010.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.allianz.it.

B. Informazioni sul Contratto

Rinnovo del Contratto

AVVERTENZA: ad eccezione delle ipotesi in cui sia stata inserita in polizza apposita clausola derogatoria, il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" e "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Coperture assicurative

Il presente contratto prevede offre una serie di coperture assicurative di seguito indicate: INFORTUNI, MALATTIA, RICOVERO. E' inoltre prevista la prestazione di una serie di servizi di ASSISTENZA.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati, per tipologia di copertura.

- **INFORTUNI:** "Oggetto dell'assicurazione" presente nella Sezione Infortuni, "Invalidità Permanente da Infortunio", "Altre prestazioni comprese nella garanzia base" presenti nella Sezione Infortuni GARANZIA BASE. "Morte da infortunio", "Inabilità temporanea", "indennità giornaliera per ricovero", "Indennità giornaliera per convalescenza", "Indennità giornaliera per gessatura", "Rimborso spese mediche", "Rendita vitalizia da infortunio" presenti nella Sezione Infortuni GARANZIE AGGIUNTIVE;
- **MALATTIA:** "Oggetto dell'assicurazione" presente nella Sezione Malattia, "Invalidità permanente da malattia" presente nella Sezione Malattia GARANZIA BASE, "Rendita Vitalizia da malattia" presente nella Sezione Malattie GARANZIE AGGIUNTIVE;
- **RICOVERO:** "Indennità giornaliera per ricovero", "Altre prestazioni comprese nella garanzia base"

-
- presenti nella Sezione Ricovero GARANZIA BASE, "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero", "Indennità giornaliera per gessatura", "Accompagnatore" presenti nella Sezione Ricovero GARANZIE AGGIUNTIVE;
- **ASSISTENZA:** "Garanzie prestate" presente nella Sezione Assistenza.

Limitazioni ed Esclusioni

AVVERTENZA: il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni per ciascuna delle coperture assicurative offerte, nonché ipotesi di sospensione delle stesse, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Le stesse vengono riportate in via schematica qui di seguito. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati

- **INFORTUNI:** "Oggetto dell'assicurazione", "Esclusioni", "Persone non assicurabili" presenti nella Sezione Infortuni, "Morte da infortunio" "Inabilità temporanea", "indennità giornaliera per ricovero", "Indennità giornaliera per convalescenza", "Indennità giornaliera per gessatura", "Rimborso spese mediche" presenti nella Sezione Infortuni GARANZIE AGGIUNTIVE, "Estensione territoriale", "Variazione delle attività professionali assicurate" presenti nella Sezione Infortuni OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE;
- **MALATTIA:** "Oggetto dell'assicurazione", "Esclusioni", "Persone non assicurabili" presenti nella Sezione Malattia,;
- **RICOVERO:** "Indennità giornaliera per ricovero", "Esclusioni", "Persone non assicurabili", presenti nella Sezione Ricovero GARANZIA BASE, "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero", "Indennità giornaliera per gessatura", "Accompagnatore" presenti nella Sezione Ricovero GARANZIE AGGIUNTIVE, "Variazioni delle attività professionali assicurate" presente nella Sezione Ricovero OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE, ;
- **ASSISTENZA:** "Garanzie prestate", "Esclusioni e delimitazioni" presenti nella Sezione Assistenza;
- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE:** "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio", "Dichiarazioni inesatte od omissioni", "Altre assicurazioni" presenti nelle Condizioni Generali di Assicurazione

AVVERTENZA: nel contratto le garanzie vengono prestante entro il limite dei massimali e/o delle somme assicurate prescelte; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia agli Articoli di seguito indicati, per singola tipologia di copertura:

- **INFORTUNI:** "Invalidità permanente da infortunio", "Determinazione dell'indennità per il caso di invalidità permanente da infortunio", "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di invalidità permanente da infortunio", "Altre prestazioni comprese nella garanzia base" presenti nella Sezione Infortuni GARANZIA BASE, "Morte da infortunio", "Inabilità temporanea", "Indennità giornaliera per ricovero", "Indennità giornaliera per convalescenza", "Indennità giornaliera per gessatura", "Rimborso spese mediche" presenti nella Sezione Infortuni GARANZIE AGGIUNTIVE;
- **MALATTIA:** "Invalidità permanente da malattia" presenti nella Sezione Malattia GARANZIA BASE;
- **RICOVERO:** "Indennità giornaliera per ricovero", "Altre prestazioni comprese nella garanzia base" presenti nella Sezione Ricovero GARANZIA BASE, "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero", "Indennità giornaliera per gessatura" "Accompagnatore" presenti nella Sezione Ricovero GARANZIE AGGIUNTIVE;
- **ASSISTENZA:**[0] "Garanzie prestate" presente nella Sezione Assistenza.

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

- **Franchigia presente in polizza 3% assorbibile**

- Capitale assicurato = € 100.000
- Invalidità Permanente da Infortunio accertata = 7%
- Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 3% assorbibile" (stabilisce che a fronte di un invalidità del 7% si liquida il 4% del capitale assicurato)
- Invalidità Permanente da Infortunio liquidata = il 4% di € 100.000 = 4.000 Euro

4. Periodi di carenza contrattuale

Termini di aspettativa e decorrenza delle coperture assicurative offerte

AVVERTENZA: nel contratto, per quanto riguarda la copertura malattia, sono previsti termini di aspettativa della decorrenza delle garanzie prestate. Per maggior dettaglio si rinvia "Termini di aspettativa", presente nella Sezione Ricovero OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze di rischio – Questionario

Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c. .

Per maggior dettaglio si rinvia all'art. 2.4 "Dichiarazione inesatte od omissioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Sanitario

Questionario Sanitario

AVVERTENZA: Per quanto riguarda la copertura malattia si rammenta la necessità di rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande poste dal Questionario Sanitario.

6. Aggravamento - Diminuzione del rischio e Variazioni nella Professione

Aggravamento e Diminuzione del rischio e Variazioni nella Professione

Tutte le circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, nonché eventuali variazioni della professione svolta, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli "Modifiche dell'assicurazione", "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle Condizioni generali di Assicurazione ed all'Articolo "Variazioni delle attività professionali assicurate", presente nelle Sezioni Infortuni OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE e Ricovero OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE.

Esemplificazione:

- **Aggravamento**
- STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO
La sopravvenienza in corso di contratto di una malattia grave (ad esempio il diabete) o di una invalidità permanente comporta aggravamento di rischio.
- **Diminuzione**
- VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DICHIARATA
Un cambiamento dell'attività professionale svolta, che comporti il passaggio da una categoria di rischio più elevato ad una categoria di rischio inferiore (ad esempio da "Boscaiolo" a "Cameriere") costituisce diminuzione di rischio.

7. Premi

Pagamento del Premio

Il premio consiste nel corrispettivo pagato dal contraente per poter usufruire della copertura assicurativa. Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi di 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 nella misura del:

- 3% per frazionamento semestrale;
- 4% per frazionamento quadrimestrale;
- 5% per frazionamento trimestrale

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

AVVERTENZA: l'intermediario può discrezionalmente applicare sconti commerciali rispetto al premio di tariffa, pur sempre entro limiti e vincoli predeterminati dall'Impresa.

8. Adeguamento del Premio e delle Somme Assicurate

Adeguamento del premio

Alla scadenza di ogni rata annuale il premio, le somme assicurate e/o i massimali ed i limiti di indennizzo sono adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice ISTAT, come disciplinato nella Condizione Particolare I-[0]"Indicizzazione" cui si rinvia per maggior dettaglio.

Si precisa inoltre che il premio, ad esclusione di quello relativo alla garanzia ASSISTENZA, viene adeguato ad ogni scadenza annuale in funzione del crescere dell'età di ciascun assicurato, come disciplinato nell'Articolo "Ridefinizione del premio per età" delle Condizioni generali di Assicurazione, cui si rinvia per maggior dettaglio.

9. Diritto di Recesso

Diritto di recesso

AVVERTENZA: nel contratto la regolamentazione del Diritto di Recesso può variare a seconda della scelta effettuata dal Contraente/Assicurato in ordine alla durata del contratto stesso. Qui di seguito si riportano le differenti ipotesi di durata annuale o poliennale del contratto ed in riferimento a quest'ultima la differente applicazione del diritto di recesso e di scontistica.

CONTRATTO DI DURATA ANNUALE

Entrambe le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, inviando lettera raccomandata nei termini e con le modalità disciplinate all'Articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione, cui si rinvia per maggior dettaglio.

CONTRATTO DI DURATA POLIENNALE

Al solo Assicurato è riconosciuta, ai sensi di Legge, la Facoltà di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità; mentre tale Facoltà è riconosciuta ad **entrambe le Parti** solo con riferimento alla scadenza contrattuale indicata in polizza. I termini e le modalità di esercizio di tale diritto sono disciplinate all'Articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione, cui si rinvia per maggior dettaglio.

AVVERTENZA: con riguardo alla **sola** copertura Infortuni le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto in caso di sinistro, come di seguito precisato.

Qualora il Contraente rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Art. 3 del Dlgs 6 Settembre 2005, n. 206, ha la facoltà di recedere dal contratto dopo ogni sinistro regolarmente denunciato. La medesima facoltà è prevista per l'Impresa. Per i termini e le modalità di esercizio di tale facoltà si rinvia per maggior dettaglio all'Articolo "Recesso in caso di sinistro" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

10. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Prescrizione dei Diritti

Ai sensi dell'art. 2952 C.C. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto stesso si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

11. Legge applicabile al contratto

Legge applicabile al contratto

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

L'Impresa propone di scegliere la legislazione italiana.

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

12. Regime Fiscale

Trattamento Fiscale applicabile al contratto

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il **2,50%** sul premio imponibile di TUTTE LE GARANZIE INFORTUNI, ad eccezione della garanzia ASSISTENZA, per la quale è il **10%**.

Si precisa inoltre che per **alcune coperture assicurative** è ammessa la **detraibilità fiscale** del premio inerente ciascun Assicurato (comprensivo di imposte), secondo lo schema che segue.

- **GARANZIA Morte da Infortunio**, si detrae il 100% del premio Totale annuo;
- **GARANZIA Rendita Vitalizia da Infortunio**, si detrae il 100% del premio Totale annuo;
- **GARANZIA Invalidità Permanente da Infortunio**, si detrae il 94% del premio Totale annuo;
- **GARANZIA Invalidità Permanente da Malattia**, si detrae il 100% del premio Totale annuo;
- **GARANZIA Rendita Vitalizia da Malattia**, si detrae il 100% del premio Totale annuo.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

13. Sinistri – liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA: il contratto prevede obblighi relativi a modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché le ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio delle procedure liquidative alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati, per tipologia di copertura.

- **INFORTUNI:** "Invalidità permanente da infortunio", "Determinazione dell'indennità per il caso di invalidità permanente da infortunio" presenti nella Sezione Infortuni GARANZIA BASE, "Obblighi", "Criteri di indennizzabilità", "Pagamento dell'indennità", "Anticipo sull'indennità per il caso di invalidità permanente" presenti nella Sezione Norme in caso di Sinistro Infortuni;
- **MALATTIE:** "Invalidità permanente da malattia" presente nella Sezione Malattia GARANZIA BASE, "Obblighi", "Criteri di indennizzabilità", "Malattie progressivamente invalidanti", "Pagamento dell'indennità" presenti nella Sezione Norme in caso di Sinistro Malattia;
- **RICOVERO:** "Indennità giornaliera da ricovero" presente nella Sezione Ricovero GARANZIA BASE, "Obblighi", "Pagamento dell'indennità" presenti nella Sezione Norme in caso di Sinistro Ricovero;
- **ASSISTENZA:** "Obblighi" presente nella Sezione Norme in caso di Sinistro Assistenza.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800686868 - Fax 02 72169145 – Indirizzo e.mail: info@allianz.it**.

Qualora il contraente/assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**ISVAP, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.745 – 06.42133.353**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Resta salva comunque per il contraente/assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente/assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo e ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il contraente/assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il contraente/assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'Isvap che provvede all'inoltro al

sistema estero competente, dandone notizia al contraente/assicurato stesso.

**15.
Arbitrato**

Ricorso all'Arbitrato

In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Il Luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Allianz SpA è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Allianz SpA

Klaus-Peter Röhler Lorella Sdrigotti



GLOSSARIO

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Attività professionale: attività, dichiarata in polizza, che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

Centrale Operativa: struttura di Mondial Service Italia S.c.a.r.l., società appartenente al Gruppo Mondial Assistance, - Via Ampère n. 30, 20131 MILANO - in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione stipulata con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste in polizza nella specifica sezione.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Franchigia/Scoperto: parte di danno liquidabile che non viene corrisposta all'Assicurato al momento del pagamento dell'indennizzo.

Impresa: Allianz S.p.A.

Inabilità temporanea: temporanea incapacità, totale o parziale, ad attendere alle attività professionali dichiarate in polizza per un periodo di tempo limitato.

Indennizzo o Indennità: somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Lesione capsulo-legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Polizza: documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Remunerazione diretta: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione indiretta: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito -sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute- dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Ricovero in Day Hospital: ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

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

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA: Si precisa che le Condizioni di Assicurazione di seguito riportate indicano la disciplina generale applicabile al contratto di assicurazione che verrà sottoscritto dal Contraente/Assicurato, si precisa però che il contenuto del contratto di assicurazione potrà subire delle variazioni, ovvero contenere una personalizzazione delle discipline ivi prevista, in base alle coperture assicurative effettivamente acquistate dal Contraente /assicurato e concordate con l'intermediario di riferimento.

AVVERTENZA: In tutti in casi in cui le Condizioni di Assicurazione contengano il rinvio a quanto indicato " in polizza" ovvero negli " spazi di polizza" ovvero "nella scheda di polizza" in ordine alle modalità di prestazione delle coperture assicurative, si precisa che tale rinvio deve intendersi fatto al documento che costituisce parte integrante della polizza, che viene consegnato al momento della sottoscrizione della medesima e che riepiloga Somme Assicurate, Massimali, Limiti di indennizzo/Risarcimento nonché eventuali Scoperti e Franchigie.

Indice Metodologico

Per facilitare la consultazione del documento che segue, segnaliamo che le garanzie descritte nelle diverse Sezioni del medesimo, sono operanti quando espressamente richiamate in polizza e sono prestate alle condizioni ivi indicate, compresa l'applicazione delle franchigie e degli scoperti.

1. DEFINIZIONI (**INTEGRALMENTE CONTENUTE NEL GLOSSARIO DI CUI ALLA NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE**)
2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
3. SEZIONE INFORTUNI
 - GARANZIA BASE
 - GARANZIE AGGIUNTIVE
 - OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE
 - CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO
4. SEZIONE MALATTIA
 - GARANZIA BASE
 - GARANZIE AGGIUNTIVE
 - OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE
5. SEZIONE RICOVERO
 - GARANZIA BASE
 - GARANZIE AGGIUNTIVE
 - OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE
 - CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

6. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA
7. NORME IN CASO DI SINISTRO
 - INFORTUNI
 - MALATTIA
 - RICOVERO
 - ASSISTENZA
8. CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

1 DEFINIZIONI

Le Definizioni di Polizza non vengono riportate in questo documento Informativo, ma saranno presenti nella Polizza che Lei deciderà di sottoscrivere, poiché le stesse sono integralmente contenute nel Glossario di cui alla Nota Informativa al Contraente.

Art. 2.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio 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, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

(presente in polizza in caso di durata annuale)

Art. 2.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata in polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(presente in polizza in caso di durata pari o superiore a 2 anni e se NON è stata applicata una riduzione al premio di tariffa)

Art. 2.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata in polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata in polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta, ai sensi di legge, la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.

Art. 2.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 2.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 2.5 – Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 2.6 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 2.7 - Ridefinizione del premio per età

Il premio della garanzia Rendita vitalizia da infortunio, il premio della sezione Malattia e il premio della sezione Ricovero, se richiamate per l'Assicurato, viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, come riportato nella "Tabella premi imponibili annui" allegata.

Qualora sia prevista in polizza la clausola I-Indicizzazione, i premi riportati nella tabella sopra indicata si adegueranno in base all' "indice" ISTAT.

(presente in polizza in caso di applicazione di uno sconto commerciale a cura dell'intermediario)

Art. 2.8 - Recupero sconto commerciale

Il premio del presente contratto ha beneficiato dello sconto commerciale, indicato nella scheda di polizza, per iniziativa dell'intermediario col quale è stato stipulato il contratto stesso.

Detto sconto verrà ridotto di 2 punti alla scadenza di ogni annualità, sino al suo eventuale azzeramento in dipendenza dell'effettiva durata del contratto.

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

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

- a) nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie indicate in polizza;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale;
- c) durante il servizio di volontariato svolto in qualità di iscritto all'Associazione di Volontariato riconosciuta dalla vigente legge, limitatamente all'attività svolta sul territorio Italiano.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

1. subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **salvo quanto previsto dall'articolo Esclusioni della presente sezione;**
2. sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
3. subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
4. 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 non vi abbia partecipato in modo volontario.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

1. asfissia non di origine morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3. avvelenamento del sangue e infezione semprechè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
4. annegamento;
5. lesioni determinate da sforzo (intendendosi per sforzo il dispiego improvviso e anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato), limitatamente a quelle muscolari, **con esclusione** comunque delle rotture sottocutanee dei tendini (intendendosi per tali le lacerazioni totali o parziali di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo);
6. ernie, **limitatamente** a quelle addominali da sforzo ed **esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente;**
7. lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria;
8. folgorazione;
9. colpi di sole o di calore;
10. assideramento o congelamento.

Art. 3.2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta, ma non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del sinistro, i requisiti atti a ottenere il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- c) dall'uso, anche come passeggero
 1. di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 2. di aeromobili di aeroclubs;
 3. di apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- d) dalla pratica di sport aerei in genere;
- e) dalla pratica dei seguenti sport:
 1. arti marziali in genere, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
 2. immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);
- f) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia

- diretta che indiretta;
- g) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
 - h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati;
 - i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
 - j) da guerre internazionali o civili e insurrezioni se occorsi oltre il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio di tali eventi, qualora l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero in un Paese sino ad allora in pace;
 - k) da partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o da richiamo al servizio militare per esercitazioni, incarichi o missioni;
 - l) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
 - m) 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 **esclusi** dall'assicurazione:

- a) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- b) gli infarti da qualsiasi causa determinati.

Art. 3.3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'articolo 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

GARANZIA BASE

Art. 3.4 – Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà a tale titolo, secondo le percentuali indicate nella "Tabella INAIL" allegata, una indennità calcolata in proporzione al grado di invalidità accertato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale indicata in polizza.

Art. 3.5 - Determinazione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da infortunio

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

Nei confronti dei mancini le percentuali previste per gli arti superiori saranno invertite.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; **se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL" allegata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.**

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

In caso di ernia addominale da sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata indicata in polizza.

Nel predetto caso la garanzia ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di perfezionamento del contratto; 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 ha effetto:

- dalla data di entrata in vigore della precedente polizza, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di entrata in vigore della presente polizza limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da questa previste.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella "Tabella INAIL" allegata, **l'indennizzo è stabilito** in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa**, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato.

Art. 3.6 - Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da infortunio
L'indennità per invalidità permanente viene corrisposta in base ai criteri stabiliti in polizza e secondo la seguente modalità:

Con Franchigia del 3% assorbibile dopo il 10%

- Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% ma non al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3%;
- nel caso in cui l'invalidità sia di grado superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% Inv. Perm.	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
% da liquidare	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
% Inv. Perm.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	≥49	
% da liquidare	42	44	46	48	50	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	100	

Con Franchigia del 3% assorbibile dopo il 10% e supervalutazione dopo il 65%

- Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% ma non al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3%;
- nel caso in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato in base alle percentuali che seguono:

% Inv. Perm.	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
% da liquidare	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40
% Inv. Perm.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
% da liquidare	42	44	46	48	50	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	100	

Per le invalidità permanenti di grado compreso tra il 49% e il 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.

Per le invalidità permanenti di grado superiore al 65% della totale, l'Impresa liquiderà in base alle percentuali che seguono:

% Inv. Perm.	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
% da liquidare	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118
% Inv. Perm.	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	
% da liquidare	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	132	134	136	138	140	

Art. 3.7 - Altre prestazioni comprese nella garanzia base

Indennità aggiuntiva quale contributo per il danno alla vita di relazione

In caso l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali che comporti una invalidità permanente accertata, valutata in base alle percentuali della "Tabella INAIL" allegata e alle altre disposizioni contrattuali, di grado pari o superiore al 15% della totale, verrà riconosciuto, in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennità per invalidità permanente, un importo pari al 10% della somma indennizzata a termini di polizza per il caso di Invalidità permanente da infortunio **fino a un massimo di Euro 10.000,00.**

Danni estetici

In caso di infortunio, rientrante nelle garanzie prestate a termini di polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al

viso di carattere estetico, verranno rimborsate **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili**, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. Tali spese, **solo se sostenute entro due anni dall'infortunio**, verranno riconosciute **con il massimo di Euro 10.000,00**.

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate in polizza)

Art. 3.8 - Morte da infortunio

Qualora l'infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva 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, l'Impresa liquiderà ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso Morte indicata in polizza.

Qualora invece l'infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i beneficiari designati in polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

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

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'indennizzo corrisposto.

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

Commorienza genitori

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte da infortunio)

Se in seguito ad infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori, purché assicurati con la presente polizza, l'indennità per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se beneficiari in base al presente contratto, viene aumentata del 50%, **con il limite, per ogni persona deceduta, di Euro 130.000,00**.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap, ancorché maggiorenni (intendendosi per tali le persone invalide nella misura pari o superiore al 75%).

Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte da infortunio)

A seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata in polizza per la garanzia Morte da infortunio maggiorata del 20%.

Art. 3.9 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza un'inabilità temporanea, l'Impresa corrisponderà, **per un massimo di 365 giorni per sinistro e per anno assicurativo**, la somma assicurata indicata in polizza:

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

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per morte, invalidità permanente, per indennità giornaliera per ricovero, convalescenza ed ingessatura della presente sezione.

Criteria di corresponsione dell'indennità per il caso di Inabilità temporanea

L'indennità per inabilità temporanea verrà corrisposta con applicazione dei giorni di franchigia stabiliti in polizza a partire dal giorno dell'infortunio (o della denuncia di sinistro in caso di ritardo della stessa nei termini di cui all'articolo Obblighi delle Norme in caso di sinistro).

Art. 3.10 - Indennità giornaliera per ricovero

In caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di infortunio indennizzabile a termini di

polizza, l'Assicurato ha diritto all'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconoscerà all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo ricovero, l'indennità per ricovero indicata in polizza maggiorata del 50%.

Tale maggiorazione non verrà riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al ricovero.

Art. 3.11 - Indennità giornaliera per convalescenza

In caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata **a seguito di infortunio superiore a 3 giorni completi**, l'Impresa corrisponderà, per la successiva convalescenza, una indennità giornaliera d'importo pari a quello dell'indennità per ricovero indicata in polizza, per un numero di giorni uguale a quello della degenza ospedaliera **con il limite massimo di 60 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato per la presente garanzia al momento della liquidazione dell'indennità per ricovero.

Art. 3.12 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza comportante ingessatura, con o senza ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato un'indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'indennità per ricovero indicata in polizza. Detta indennità sarà erogata a partire dal giorno di applicazione dell'ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Nei soli casi di frattura ossea o di lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'ingessatura, come da definizione di polizza, all'Assicurato verrà riconosciuta l'indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'indennità per ricovero indicata in polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Se l'infortunio ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa indennità giornaliera non è cumulabile con quella per ingessatura, che sarà riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale indennità giornaliera per convalescenza post ricovero, finché coesistente con il periodo di ingessatura, non è cumulabile con l'indennità per ingessatura, che sarà riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'indennità per convalescenza riconosciuta.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 3.13 - Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborserà, entro un anno dal verificarsi dell'infortunio, **fino a concorrenza , per anno assicurativo, del massimale indicato in polizza e con uno scoperto per sinistro del 5%**, le spese sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione** della sostituzione di protesi di qualsiasi genere)
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi
 - a) **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato in polizza, se effettuati in assenza di ricovero
 - b) **con il massimo di Euro 15.000,00**, se effettuati a seguito di ricovero

ed in caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, le spese:

- per rette di degenza
- per gli onorari dei medici curanti
- per i medicinali
- per i diritti di sala operatoria
- per i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento **con esclusione** della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al sinistro).

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 3.14 - Rendita vitalizia da infortunio

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali, residui all'Assicurato una invalidità permanente da infortunio di grado pari o superiore al 66% della totale – valutato in base alle percentuali e alle altre disposizioni previste dalla "Tabella INAIL" allegata – l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennità per invalidità permanente, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile pari all'importo iniziale indicato in polizza, erogabile in rate posticipate mensili.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipulazione con l'Impresa di specifica polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE

Art. 3.15 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, **fatta eccezione per la garanzia Inabilità temporanea, la cui copertura è limitata agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.**

Tuttavia per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione relativa al caso di Inabilità temporanea vale limitatamente ai giorni di eventuale ricovero ospedaliero documentato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno del rientro dagli stati suddetti.

Art. 3.16 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 3.17 - Variazioni delle attività professionali assicurate

Qualora in corso di contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione all'Impresa:

- se la variazione non implica aggravamento di rischio, l'assicurazione per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione anzidetta;

- **se la variazione implica aggravamento di rischio, valgono le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.**

Al riguardo si precisa che **l'Impresa può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta.**

Inoltre, **se in corso di contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate senza che il Contraente ne abbia dato comunicazione all'Impresa, 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 dichiarate

Attività svolte	Classe	1	2	3	4
Al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%
	2	70%	100%	100%	100%
	3	50%	75%	100%	100%
	4	30%	60%	80%	100%

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività professionale 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;

- **non sarà corrisposto alcun indennizzo qualora l'attività svolta al momento dell'infortunio sia annoverabile fra le seguenti:**
 - Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
 - Attività circense

- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- Fantino / Driver (trotto)
- Guardia del corpo / Buttafuori
- Guida alpina
- Istruttore/allenatore di slittino
- Istruttore di corsi di sopravvivenza
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista

4

SEZIONE MALATTIA

Art. 4.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da malattia – **purché non compresa fra quelle indicate nel successivo articolo Esclusioni della presente sezione** – che si manifesti a carico dell'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 4.2 - Esclusioni

Sono **escluse** dall'assicurazione le invalidità permanenti:

- preesistenti alla data di effetto della presente polizza;
- da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate - anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza dell'Impresa anche successivamente (attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto) – salvo quanto previsto nel successivo articolo Continuità della garanzia della presente sezione;
- da intossicazioni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci o stupefacenti;
- derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o altre patologie ad essa collegate;
- da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicopatie in genere e le malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
- da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione, nonché quelle – dirette o indirette – derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Art. 4.3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'articolo 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

GARANZIA BASE

Art. 4.4 – Invalidità permanente da malattia

L'Impresa in caso di invalidità permanente derivante da una malattia manifestatasi successivamente alla data di decorrenza della polizza e comunque non oltre la scadenza della stessa, riconosce un'indennità calcolata in conformità a quanto indicato nel successivo articolo Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da malattia della presente sezione.

Art. 4.5 - Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da malattia
L'indennità per invalidità permanente da malattia viene corrisposta 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, l'Impresa liquida un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% i.p. accertata	≥25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
% i.p. da liquid	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42

% i.p. accertata	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	e oltre	
% i.p. da liquid	44	46	48	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	96	100		

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate in polizza)

Art. 4.6 - Rendita vitalizia da malattia

Nel caso in cui, a seguito di malattia indennizzabile ai sensi delle condizioni contrattuali, residui all'Assicurato una invalidità permanente da malattia di grado pari o superiore al 66% della totale l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennità per invalidità permanente, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile, pari all'importo iniziale indicato in polizza, erogabile in rate posticipate mensili.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipulazione con l'Impresa di specifica polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE

Art. 4.7 - Continuità della garanzia

In deroga a quanto disposto dagli articoli Esclusioni e Invalidità permanente da malattia della presente sezione, **qualora la presente polizza sia stata emessa**, senza soluzione di continuità, **in sostituzione di precedenti contratti stipulati con l'Impresa** riguardanti gli stessi soggetti e le stesse prestazioni, la garanzia è estesa all'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 è valutata**, sulla base delle disposizioni contenute nella presente polizza, **sulla minore delle somme assicurate previste dai diversi contratti.**

Art. 4.8 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 4.9 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia al diritto di surrogazione spettante in base all'articolo 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili della malattia.

5

SEZIONE RICOVERO

GARANZIA BASE

Art. 5.1 - Indennità giornaliera per ricovero

In caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, a seguito di malattia, infortunio o parto, l'Assicurato

ha diritto alla corresponsione dell'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**
Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Art. 5.2 - Esclusioni

Sono **escluse** dall'assicurazione le degenze dovute:

- a) a conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipula del contratto;
- b) a disturbi mentali, intendendosi per tali le psicopatie in genere e le malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
- c) a conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcolici, da uso di allucinogeni, nonché dall'uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- d) a sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e a stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- e) a cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per quelli previsti alla specifica voce nel successivo articolo Altre prestazioni comprese nella garanzia base della presente sezione;
- f) a prestazioni di carattere dietologico ed estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da neoplasie maligne, effettuati nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo;
- g) a terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
- h) ad interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica;
- i) a cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio;
- j) a interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- k) a conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x ecc.), salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- l) alla necessità per l'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) alla necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito di Istituti di Cura;
- n) a conseguenze di infortuni imputabili a stato di ubriachezza, a influenza di sostanze stupefacenti o simili; a conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- o) a infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- p) a infortuni derivanti da guerre e insurrezioni; le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche 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;
- q) alla partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o durante il richiamo al servizio militare per esercitazioni, incarichi o missioni;
- r) a 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);
- s) a infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- t) alla necessità di praticare check-up clinici.

Art. 5.3 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'articolo 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 5.4 - Altre prestazioni comprese nella garanzia base

Day Hospital

L'assicurazione vale anche per i ricoveri avvenuti in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital) conseguenti a malattia o infortunio.

Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi

Qualora a seguito di infortuni o malattie rientranti nella garanzia prestata, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di contemporaneo ricovero, l'indennità giornaliera indicata in polizza maggiorata del 50%.

Tale maggiorazione non viene riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al ricovero che, se spettante, viene liquidata come disciplinato all'articolo Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero della presente sezione.

Imprudenza o negligenza

Le garanzie di cui agli articoli Indennità giornaliera per ricovero, Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero e Indennità giornaliera per ingessatura della presente sezione, se operanti per l'Assicurato, sono prestate anche in caso di infortunio sofferto in conseguenza di imprudenza o negligenza, anche grave, dell'Assicurato.

Difetti o malformazioni

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

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate in polizza)

Art. 5.5 - Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

In caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa corrisponde, per la successiva convalescenza, una indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'indennità per ricovero indicata in polizza, **fino a concorrenza dei giorni indicati in polizza, per sinistro e per anno assicurativo.**

La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.

In caso di ricovero in Day Hospital, l'indennità giornaliera per convalescenza viene corrisposta per una durata massima di 5 giorni.

Dalla garanzia si intende **escluso** il parto naturale.

Art. 5.6 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza comportante ingessatura, con o senza ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato un'indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'indennità per ricovero indicata in polizza. Detta indennità sarà erogata a partire dal giorno di applicazione dell'ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Nei soli casi di frattura ossea o di lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'ingessatura, come da definizione di polizza, all'Assicurato verrà riconosciuta l'indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'indennità per ricovero indicata in polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per sinistro e per anno assicurativo.**

Se l'infortunio o la malattia ha determinato anche il ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa indennità giornaliera non è cumulabile con quella per ingessatura, che sarà riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale indennità giornaliera per convalescenza post ricovero, finché coesistente con il periodo di ingessatura, non è cumulabile con l'indennità per ingessatura, che sarà riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'indennità per convalescenza riconosciuta.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 5.7 - Accompagnatore

In caso di ricovero con pernottamento dell'Assicurato l'Impresa riconosce, contestualmente e in aggiunta a

quanto dovuto allo stesso, un importo giornaliero pari al 50% dell'indennità per ricovero indicata in polizza per ogni giorno di pernottamento dell'eventuale accompagnatore, nella stessa Struttura sanitaria presso la quale si trova ricoverato l'Assicurato, con il **limite massimo di 30 giorni per anno assicurativo**.

OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE

Art. 5.8 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 5.9 - Termini di aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno del perfezionamento del contratto in caso di infortunio;
- del 30° giorno successivo a quello del perfezionamento del contratto in caso di malattia;
- del 180° giorno successivo a quello di perfezionamento del contratto in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della polizza, **purché non conosciuti al momento di detta stipulazione o, se conosciuti, purché dichiarati all'Impresa e non esplicitamente esclusi**;
- dal 300° giorno successivo a quello del perfezionamento del contratto in caso di parto.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della polizza sostituita per le prestazioni ed i massimali da quest'ultima risultanti;
- del giorno di decorrenza della polizza sostituita, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Art. 5.10 - Variazioni delle attività professionali assicurate

Qualora in corso di contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione all'Impresa.

L'assicurazione per la nuova attività dichiarata – ove non implichi maggior rischio – diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione anzidetta.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che l'Impresa avrebbe consentito l'assicurazione limitando la garanzia prestata, essa può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso mediante comunicazione scritta al Contraente entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso. Nel caso in cui il Contraente non accetti le nuove condizioni entro 15 giorni dalla loro comunicazione, l'Impresa ha il diritto di recedere dal contratto con preavviso di 15 giorni.

Inoltre, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che il Contraente ne abbia dato comunicazione all'Impresa, in caso di ricovero che avvenga nello svolgimento della diversa attività l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio.

Qualora l'attività svolta al momento del ricovero comporti aggravamento di rischio e sia annoverabile fra le seguenti:

- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
- Attività circense
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- Fantino / Driver (trotto)
- Guardia del corpo / Buttafuori
- Guida alpina
- Istruttore/allenatore di slittino
- Istruttore di corsi di sopravvivenza
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista

l'Impresa non corrisponderà alcun indennizzo se il ricovero è determinato da infortunio derivante dallo svolgimento di una delle attività professionali suindicate.

Art. 5.11 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia al diritto di surrogazione, spettante in base all'articolo 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.

6

CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

Le garanzie di Assistenza, previste in polizza, sono prestate dall'Impresa, tramite la centrale operativa di Mondial Service Italia S.c.a.r.l., appartenente al Gruppo di Mondial Assistance Italia - Via Ampère N. 30, 20131 Milano – in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, di seguito indicata col proprio marchio commerciale "Mondial Assistance".

Garanzie prestate

Chiamando il numero verde gratuito **800 686868** - attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno - sono assicurate le prestazioni di seguito riportate.

Assistenza sanitaria

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, Mondial Assistance mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante.** In particolare Mondial Assistance acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, Mondial Assistance provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici di Mondial Assistance specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse la necessità di un ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, Mondial Assistance provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione' prevista al precedente paragrafo, risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, Mondial Assistance provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (Inglese, Francese, Tedesco, Spagnolo) richiesta dai medici del Centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico di Mondial Assistance.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici di Mondial Assistance specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Guardia Medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di infortunio o malattia, la Guardia Medica di Mondial Assistance è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni. Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, Mondial Assistance

mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione oviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite la Guardia Medica di Mondial Assistance con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

La consulenza è gratuita e **non fornisce diagnosi o prescrizioni.**

Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, Mondial Assistance metterà a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico-sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito e **non fornisce diagnosi o prescrizioni.**

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa di Mondial Assistance, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con Mondial Assistance più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostico-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, **su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa di Mondial Assistance provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico o di un'ambulanza a domicilio

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, Mondial Assistance provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, Mondial Assistance organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza al pronto soccorso.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico o di un'ambulanza in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di malattia o infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessita di una visita medica, Mondial Assistance provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviargli un proprio medico convenzionato. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, Mondial Assistance organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza presso una struttura ospedaliera per le cure del caso, tenendo a proprio carico i relativi costi.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in un istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa, Mondial Assistance, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunicherà ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici di Mondial Assistance specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in un istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, Mondial Assistance metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo

direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto Mondial Assistance si assumerà i relativi costi **fino ad un massimo di otto ore lavorative per evento**.

Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessita di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irrimediabili sul posto, e a giudizio dei medici di Mondial Assistance non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, Mondial Assistance, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico di Mondial Assistance, **mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi**.

Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad infortunio o malattia improvvisa, Mondial Assistance anticiperà all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di Euro 1.000,00 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire a Mondial Assistance la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare a Mondial Assistance anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati**.

Familiare accanto

Quando, in caso di infortunio o malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in ospedale o casa di cura **per un periodo superiore a 4 giorni**, Mondial Assistance mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa di Mondial Assistance che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito Mondial Assistance. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto**.

Nel caso in cui il ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, Mondial Assistance provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di Euro 500,00 per evento**.

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dalla Guardia Medica di Mondial Assistance in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, Mondial Assistance organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Guardia Medica di Mondial Assistance in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- ambulanza
- treno (se necessario in vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo**.

Rientro / Rimpatrio figli minori

Quando, a seguito di ricovero ospedaliero o di decesso dell'Assicurato avvenuto in viaggio per infortunio o malattia improvvisa, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, Mondial Assistance provvederà a proprie spese al loro rimpatrio, mettendo a loro disposizione un accompagnatore.

Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa verificatisi in viaggio, Mondial Assistance si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono

escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, Mondial Assistance vi provvede a proprie spese.

Temporary Inability Care

Validità territoriale: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto ricovero dell'Assicurato, causato da infortunio, presso un pronto soccorso, day hospital od ospedale qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di inabilità temporanea superiore a sette giorni.**

Mondial Assistance provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio della Guardia Medica di Mondial Assistance in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte della Guardia Medica di Mondial Assistance di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno esser richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica di Mondial Assistance metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico di Mondial Assistance.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, Mondial Assistance provvederà a rimborsare l'Assicurato delle relative spese **sino a un massimo di Euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

Controllo a distanza delle condizioni di salute

Mondial Assistance telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, Mondial Assistance organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. Mondial Assistance terrà a proprio carico i relativi costi.

Controllo a distanza di parametri medici

Mondial Assistance, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendessero necessario, metterà temporaneamente a sua disposizione in comodato d'uso delle apparecchiature elettromedicali idonee al monitoraggio telefonico a distanza dei seguenti parametri vitali: battito e frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione ossigeno e peso corporeo. Mondial Assistance sorveglierà l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al caso attraverso la ricezione telefonica ed il controllo medico dei parametri vitali oggetto del monitoraggio stesso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di monitoraggio, Mondial Assistance organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. Mondial Assistance terrà a proprio carico i relativi costi.

Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, Mondial Assistance provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.** Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, Mondial Assistance provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere a Mondial Assistance di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal

proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. Mondial Assistance, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico di Mondial Assistance, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.**

Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, Mondial Assistance provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico di Mondial Assistance.

I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

Consegna medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, Mondial Assistance, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico di Mondial Assistance, **mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.**

Ascolto e supporto psicologico

Mondial Assistance metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato Mondial Assistance potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.**

Disbrigo pagamento utenze domiciliari

Mondial Assistance provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico di Mondial Assistance, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, Mondial Assistance provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, Mondial Assistance provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

Ricovero auto

Mondial Assistance provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico di Mondial Assistance, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione.

Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

Mondial Assistance provvederà, su richiesta dell'Assicurato, al reperimento ed al suo ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio, dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. Mondial Assistance terrà a proprio carico la relativa spesa per la retta di degenza **fino ad un massimo giornaliero pari a Euro 150,00.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile fornire direttamente il servizio, Mondial Assistance provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato con il limite di **Euro**

160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

In concomitanza con il periodo di ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, saranno a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni che verranno organizzate ed erogate da Mondial Assistance in accordo con l'Assicurato stesso, in base alle effettive difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza dell'Assicurato da casa:

a) Disbrigo pagamento utenze domiciliari: Mondial Assistance provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di ricovero dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico di Mondial Assistance, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

b) Disbrigo faccende domestiche: Mondial Assistance provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. Mondial Assistance terrà a proprio carico i relativi **costi fino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.** Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, Mondial Assistance provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi,** dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale. **Su richiesta dell'Assicurato,** Mondial Assistance provvederà, inoltre, ad organizzare il ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.**

c) Protezione abitazione: Mondial Assistance provvederà per l'Assicurato – ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. **L'erogazione del servizio potrà avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali. Mondial Assistance terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di Euro 250,00 oppure di Euro 280,00 qualora non fosse in grado di erogare direttamente il servizio.** Su richiesta dell'Assicurato Mondial Assistance provvederà ad organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.**

d) Ricovero auto: Mondial Assistance provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati di Mondial Assistance potrà avvenire solo in presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico di Mondial Assistance, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

CLAUSOLA RADDOPPIO MASSIMALI

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di questa polizza nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta.

ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

1. L'utente 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.

2. Sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza:

- dall'esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- di guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- di terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- di dolo dell'Assicurato;
- di abuso di alcolici e psicofarmaci e l'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- di fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- da malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato;
- di gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;

- patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- di suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- le prestazioni in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza e nei casi in cui le autorità locali imponessero un divieto o rendano impossibile l'intervento di assistenza.

3. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, Mondial Assistance non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

4. Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di Mondial Assistance derivante dal presente servizio si prescrive al compimento di un anno dalla data di scadenza del servizio stesso.

5. Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

7

NORME IN CASO DI SINISTRO

INFORTUNI

Art. 7.1 – Obblighi

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:

- presentare denuncia scritta all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa, entro 5 giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza. La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico;
- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa. Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici nel termine prescritto, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa,
- fornire alla stessa ogni altra informazione, 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.

Qualora la morte dell'Assicurato sopravvenga durante il periodo di cura, **il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i beneficiari designati in polizza devono dare immediato avviso all'Impresa.**

Art. 7.2 - Criteri di indennizzabilità

L'Impresa 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 senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla "Tabella INAIL" allegata, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 7.3 - Valutazione del danno

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

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 7.4 - Pagamento dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato ufficialmente offerto o liquidato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in Euro.

Art. 7.5 - Anticipo sull'indennità per il caso di Invalidità permanente

Su richiesta dell'Assicurato, in caso di infortunio con postumi invalidanti stimati dall'Impresa in misura prevedibilmente non inferiore al 20%, sarà pagato un acconto pari al 50% del presumibile indennizzo, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro che dovrà avvenire comunque entro 3 anni.

Quanto sopra non costituisce impegno dell'Impresa circa il grado percentuale definitivo di invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Impresa sorge comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio.

MALATTIA

Art. 7.6 - Obblighi

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:

- presentare denuncia scritta all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa della malattia da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata;
- inviare all'Impresa attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

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 sempreché la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'assicurazione.

Art. 7.7 - Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, ossia da malattie o invalidità presenti

nel soggetto che riguardano sistemi organo- funzionali diversi da quelli interessati dalla malattia denunciata.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. S'intendono malattie concorrenti le malattie o le invalidità presenti nel soggetto che determinano un'influenza peggiorativa della malattia denunciata e della invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo- funzionale.

Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia e **il grado di invalidità permanente viene valutato tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa**, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La somma assicurata indicata in polizza 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 può essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore della somma assicurata indicata in polizza.

Art. 7.8 - Malattie progressivamente invalidanti

In deroga a quanto previsto nel 3° comma del precedente articolo Criteri di indennizzabilità si precisa che, nel caso l'invalidità permanente da malattia già accertata sia stata determinata da una delle patologie qui di seguito indicate:

- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici
- Mielopatia lombo-sacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici,

le medesime possono essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Tale seconda valutazione deve comunque essere esperita non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di invalidità permanente liquidabile ai sensi dell'articolo Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da malattia della sezione Malattia e la percentuale precedentemente liquidata.

Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Art. 7.9 - Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un Perito da questa incaricato - con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo tra questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ciascuna delle parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 7.10 - Pagamento dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità

che risulti dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'indennità 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 in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

La valutazione dell'invalidità permanente e la corresponsione della relativa indennità viene effettuata in Italia in Euro.

RICOVERO

Art. 7.11 - Obblighi

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto degli stessi, deve

- presentare denuncia scritta all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure all'Impresa, entro 15 giorni da quello in cui è avvenuto il ricovero;
- fornire copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alla degenza conseguente alla malattia e/o all'infortunio denunciati.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Art. 7.12 - Pagamento dell'indennità

L'Impresa, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, liquida le indennità che risultino dovute a termini di polizza.

L'indennità pattuita viene corrisposta a partire dal primo giorno di ricovero.

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

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata.

Anche per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'indennità viene effettuata in Italia in Euro.

Art. 7.13 - Valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un perito da questa incaricato – con il Contraente o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ASSISTENZA

Art. 7.14 – Obblighi

Per richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di assistenza **l'Assicurato dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa di Mondial Assistance chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax +39 02 70 630 091.

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa di Mondial Assistance, **dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:**

Mondial Service Italia S.c.a.r.l.
Via Ampère, 30
20131 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni sono valide solo se espressamente richiamate in polizza

B1 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio <nome Società di brokeraggio>.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

B2 – Clausola Broker con riparto di coassicurazione

Premesso che l'assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate in polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio <nome Società di brokeraggio>.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopracitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

I – Indicizzazione

Premesso che

- con l'espressione "indice" si intende l'indice mensile nazionale dei "prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT;
- con l'espressione "indice di riferimento annuale" si intende l'indice relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di premio;

si conviene che alla scadenza di ogni rata annuale di premio le somme/massimali assicurati, i limiti di indennizzo/risarcimento (non espressi in percentuale) previsti in polizza nonché il premio stesso si intendono adeguati in conformità al rapporto tra l'indice di riferimento annuale e quello immediatamente precedente.

Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti.

In ogni caso non è soggetta ad adeguamento la garanzia Assistenza.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato nella scheda dell'Assicurato, il beneficiario delle somme assicurate indicate in polizza per:

- *Morte da infortunio*
- *Invalidità permanente da infortunio*
- *Inabilità temporanea*
- *Invalidità permanente da malattia*
- *Indennità giornaliera per ricovero*

deve intendersi la Ditta Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

- che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- che le indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il sinistro o la polizza a margine indicati;
- l'/gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito consenso a quanto sopra convenutosi.

Firma dell'Assicurato/i

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo Durata e proroga dell'assicurazione delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.