

Generali Italia S.p.A.

GENERALI SEI PROTETTO

Contratto di assicurazione multirischio per la persona
Mod. AMI06/01

Contraente

Polizza N.



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

GENERALI SEI PROTETTO - PARTE COMUNE

1. GLOSSARIO

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Assicurato	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
Atto terroristico	Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Contraente	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria anche in regime di degenza diurna.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Nucleo familiare	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

2. NORME GENERALI

Art. 2.1 - Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato – Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2.2 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure alla Società.

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

Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Art. 2.3 - Periodo di assicurazione – Mezzi di pagamento del premio

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferisce al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Il versamento del premio può avvenire, nei limiti previsti dalla normativa vigente, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato (*) dell'intermediario;
- per mezzo di autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); in questo caso il premio si intende pagato, *salvo il buon fine degli addebiti stessi*, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; *alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive*;
- fermo quanto disposto dal punto precedente, se il premio viene corrisposto mediante procedura Sepa Direct Debit (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza relativa alla rata scaduta.

In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia tutte le rate scadute e non pagate, nonché la parte del premio residuo a completamento dell'annualità.

In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alla Società;

- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, conseguentemente, quello di decorrenza della garanzia coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS o bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o sul conto assicurativo dedicato dell'intermediario nei casi previsti.

() si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.*

*(**) in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà*

dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.

Art. 2.4 - Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

Deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.

Art. 2.5 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa.

In tutti i casi, entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Le Parti potranno avvalersi della facoltà di recesso esclusivamente per sinistri relativi alle garanzie della Sezione Infortuni. In tale caso, previa richiesta dell'Assicurato, la Società si impegna alla prosecuzione dell'assicurazione per le garanzie della Sezione Malattie mediante sostituzione del contratto per la residua durata ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle Parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 2.6 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 2.1 "Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato - Forma delle comunicazioni" e 2.9 "Persone non assicurabili", nonché per esclusione di singoli Assicurati non seguita da sostituzione, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 2.7 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata pari ad un anno e così successivamente.

Art. 2.8 - Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.9 - Persone non assicurabili

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, sieropositività HIV o AIDS, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Per i soli Assicurati con la Sezione Infortuni quanto sopra si applica anche in caso di osteoporosi, tumore alle ossa, epilessia o di una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive. A parziale deroga di quanto previsto al primo comma, qualora l'osteoporosi o il tumore alle ossa venga diagnosticato per la prima volta in occasione di sinistro denunciato a termini di polizza, le garanzie di cui alla Sezione Infortuni resteranno valide esclusivamente per tale sinistro, ferma l'applicazione dell'art. 5.2 "Criteri di indennizzabilità" della relativa Sezione. Si applicano poi le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile. La Società in tale caso, previa richiesta dell'Assicurato, si impegna alla prosecuzione dell'assicurazione per le garanzie della Sezione Malattie mediante sostituzione del contratto per la residua durata ed alle condizioni in vigore al momento del recesso.

Art. 2.10 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio o malattia, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Art. 2.11 - Indicizzazione

Ad ogni scadenza annuale, somme assicurate, massimali, limiti di indennizzo (esclusi quelli espressi in percentuale), premio, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni dell'indice del costo della vita (indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati).

L'entità dell'adeguamento si determina ponendo a raffronto l'indice mensile pubblicato dall'ISTAT relativo al terzo mese antecedente la data di scadenza del premio e l'analogo indice relativo allo stesso mese dell'anno precedente. In caso di ritardata pubblicazione dell'indice relativo al mese come sopra individuato verrà fatto riferimento all'indice disponibile del mese antecedente più prossimo.

In ogni caso qualora dal raffronto degli indici risultasse un incremento inferiore al 2% si adotterà per adeguamento quest'ultimo valore.

A tale adeguamento non sono soggetti:

- somme assicurate, valori e premio della SEZIONE INFORTUNI;
- somme assicurate, valori e premio della SEZIONE ASSISTENZA.

Art. 2.12 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 2.13 - Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;*
- *gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

Art. 2.14 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente, è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o dei loro aventi diritto. Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del

procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

GENERALI SEI PROTETTO - SEZIONE INFORTUNI

1. GLOSSARIO SPECIFICO PER LA SEZIONE INFORTUNI

Nel testo che segue si intendono per:

- Invalità permanente** La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- Frattura** Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti.
Le tipologie vengono identificate per i seguenti caratteri:
- **Frattura composta** quando i monconi di frattura permangono a contatto, mantenendo l'asse anatomico dell'osso.
 - **Frattura scomposta o pluriframmentaria** quando tra i monconi di frattura non vi è più contatto.
 - **Frattura esposta** quando il moncone osseo perfora l'epidermide.
 - **Frattura multipla o plurifocale** quando vi sia più di una frattura sullo stesso osso.
- Lussazione** Spostamento permanente di due superfici articolari che hanno perso, più o meno completamente, i rapporti che esistono normalmente tra le due parti in relazione alla quale è seguita una riduzione effettuata da personale sanitario in Istituto di cura. *Non sono ricomprese in tale ambito le sub-lussazioni.*
- Ustione** Lesione provocata dal calore che determina la distruzione della pelle. Viene considerata di secondo grado nel caso la distruzione si limiti agli strati superficiali della pelle e di terzo grado nel caso la distruzione riguardi l'intero spessore della pelle.

2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Ambito di operatività

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle proprie attività professionali dichiarate in polizza e di ogni altra normale attività che egli compia senza carattere di professionalità.

L'assicurazione vale in tutto il mondo (*salvo quanto previsto nell'art 3.1 alla voce "servizio militare"*).

3. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 3.1 - Precisazioni sull'ambito di operatività

Sono compresi in garanzia tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di infortunio.

Sono considerati infortuni e compresi in garanzia:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, *restando comunque escluso quanto previsto dal successivo art. 3.2 "Esclusioni" lettera a);*

- d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, *escluse in ogni caso le malattie*, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, *esclusa comunque la malaria*;
- g) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;
- h) le lesioni da sforzo, limitatamente a quelle muscolari, *per la sola garanzia Invalidità permanente. Restano comunque esclusi gli infarti e le rotture sottocutanee di tendini*;
- i) le ernie, limitatamente alle sole ernie addominali da causa violenta che risultano tecnicamente non operabili, per le quali la Società potrà riconoscere un grado di invalidità permanente non superiore al 10% ai fini della sola garanzia Invalidità permanente.

Tale estensione non è operante per coloro che sono già affetti da ernia precedentemente alla stipulazione della polizza.

Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diversi da quelle addominali da causa violenta.

Sono altresì compresi in garanzia:

colpa grave – gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);

tumulti popolari - le lesioni corporali derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);

servizio militare - gli infortuni avvenuti in Italia in tempo di pace durante i richiami al servizio militare per ordinarie esercitazioni;

stato di guerra e di insurrezione - a parziale deroga del successivo art. 3.2 "Esclusioni" lettera f), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione 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 al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino. *La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare*;

pratica sportiva – gli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport con esclusione di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicata libera (free climbing), discesa con qualunque mezzo di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kite-surf, snow-kite, sci acrobatico, sci o snow-board estremi, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere.

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti da:

- partecipazione a corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura, nonché a regate veliche svolte in mari diversi dal Mar Mediterraneo;
- l'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, sci e snow-board non estremi, ciclismo, sport equestri e hockey (nelle sue varie forme), pattinaggio, se organizzate da Federazioni Sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.).

Tuttavia, qualora l'infortunio si verifichi in tali casi e l'Assicurato sia di età inferiore a 18 anni, la Società corrisponderà l'indennizzo in misura ridotta del 50%;

rischio volo - A parziale deroga dell'art. 3.2 - "Esclusioni" lettera c), la garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, *esclusi quelli effettuati*:

- su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio).

Art. 3.2 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- gli infortuni causati da ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene. Per ebbrezza si fa riferimento a quanto previsto dal "Codice della Strada" vigente al momento del sinistro;*
- gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato, compiuti i 18 anni, non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 6 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.), salvo quanto previsto dal precedente art. 3.1 "Precisazioni sull'ambito di operatività" alla voce "rischio volo", nonché di mezzi subacquei;*
- gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- gli infortuni causati da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente art. 3.1 "Precisazioni sull'ambito di operatività" alla voce "stato di guerra e di insurrezione", da movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;*
- gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;*
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.*

4. GARANZIE PRESTATE

Art. 4.1 - Indennità speciale per lesioni

La Società, qualora l'infortunio causi all'Assicurato una delle lesioni individuate nella tabella riportata nel presente articolo, corrisponde all'Assicurato l'indennizzo previsto per i casi ivi indicati.

TABELLA DELLE LESIONI

FRATTURE OSSEE

Capo (Teca cranica – Massiccio facciale)	
Teca cranica	
Frattura della teca cranica che necessiti di intervento chirurgico	4.500,00
Tutti gli altri tipi di frattura della teca cranica	2.000,00
Massiccio facciale	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	2.750,00
Tutti gli altri tipi di fratture	1.000,00

<u>Tronco (scheletro del torace – esclusa colonna vertebrale)</u>	
<u>Clavicola – Scapola – Sterno</u>	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	1.250,00
Tutti gli altri tipi di fratture (L'indennizzo si riferisce al singolo osso)	500,00
<u>Costole</u>	
Frattura di una o più costole con lesione polmonare	1.000,00
Frattura di una o più costole con lesione pleurica	750,00
Frattura di almeno 3 costole in assenza di lesione pleurica o polmonare	500,00
<u>Colonna vertebrale (escluso il tratto sacrale e il coccige)</u>	
Frattura del corpo/anello vertebrale	4.000,00
Fratture di uno o più processi trasversi o spinosi o del peduncolo della vertebra	2.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture (L'indennizzo si riferisce alla singola vertebra)	500,00
Danno neurologico permanente conseguente alla frattura vertebrale	2.000,00
<u>Arti superiori</u>	
<u>Omero – Ulna – Radio</u>	
Fratture multiple di cui almeno una esposta	2.750,00
Una frattura esposta	1.500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	1.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture (singola anche scomposta o multipla purché composta) (L'indennizzo si riferisce al singolo osso)	500,00
<u>Ossa della mano (carpo e metacarpo escluse le ossa delle dita)</u>	
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che necessiti di intervento chirurgico	1.000,00
Frattura di uno o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
<u>Ossa delle dita</u>	
Frattura di una o più falangi che necessiti di intervento chirurgico	750,00
Frattura di almeno 3 falangi che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
<u>Ossa del bacino – tratto sacrale della colonna vertebrale</u>	
<u>Anca e/o coccige</u>	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	4.500,00
Frattura che non necessiti di intervento chirurgico	2.000,00
<u>Tratto sacrale della colonna vertebrale</u>	
Frattura del corpo/anello vertebrale	4.000,00
Fratture di uno o più processi trasversi o spinosi o del peduncolo	2.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture (L'indennizzo si riferisce alla singola vertebra)	500,00
Danno neurologico permanente conseguente alla frattura vertebrale	2.000,00
<u>Arti inferiori</u>	
<u>Femore</u>	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta ed una esposta	3.250,00

Una frattura esposta	1.500,00
Fratture multiple, di cui almeno una scomposta	1.000,00
Frattura che non necessiti di intervento chirurgico	2.000,00
Tutti gli altri tipi di fratture	750,00
Rotula	
Frattura della rotula che necessiti di intervento chirurgico	750,00
Frattura della rotula che non necessiti di intervento chirurgico	500,00
Tibia - Perone	
Fratture multiple di cui una composta/scomposta ed una esposta	2.750,00
USTIONI DI SECONDO E TERZO GRADO	
Superiore al 20% della superficie corporea	4.500,00
Dal 9% al 20% della superficie corporea	2.000,00
LUSSAZIONI	
Anca	2.250,00
Ginocchio	1.250,00
Polso o gomito	800,00
Caviglia o spalla	800,00

La somma massima liquidabile anche in caso di più lesioni conseguenti ad uno stesso infortunio deve intendersi di Euro 8.000,00.

Art. 4.2 - Invalidità Permanente: l'accertamento del grado

In caso di invalidità permanente a seguito di infortunio, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma indicata in polizza per Invalidità permanente, in relazione al grado di invalidità permanente accertato in base alle percentuali indicate nella tabella seguente:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
- un arto superiore	70%
- una mano o un avambraccio	60%
- un pollice	18%
- un indice	14%
- un medio	8%
- un anulare	8%
- un mignolo	12%
- la falange ungueale del pollice	9%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
Anchilosi:	
- dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
- del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno:	
- del nervo radiale	35%
- del nervo ulnare	20%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%

- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi:	
- dell'anca in posizione favorevole	35%
- del ginocchio in estensione	25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astraglica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi assoluta nasale:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura di:	
- un metamero sacrale	3%
- un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
- di un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui al successivo articolo vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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 menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

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

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Art. 4.3 - Invalidità Permanente la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente indicata in polizza la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri di cui al precedente art. 4.2, con le seguenti modalità:

% A	% L	% A	% L	% A	% L
1	0	22	22	43	62
2	0	23	23	44	64
3	0	24	24	45	66
4	0	25	26	46	68
5	0	26	28	47	70
6	1	27	30	48	72
7	2	28	32	49	74
8	3	29	34	50	76
9	4	30	36	51	78
10	5	31	38	52	80
11	6	32	40	53	82
12	7	33	42	54	84
13	8	34	44	55	86
14	9	35	46	56	88
15	10	36	48	57	91
16	12	37	50	58	94
17	14	38	52	59	97
18	16	39	54	60-99	100
19	18	40	56	100	200
20	20	41	58		
21	21	42	60		

Legenda: %A = percentuale di invalidità permanente accertata;
%L = percentuale di invalidità permanente da liquidare.

Art. 4.4 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte non sono cumulabili con gli indennizzi per invalidità permanente e per indennità speciale per lesioni; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità permanente o per Indennità speciale per lesioni in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente e Indennità speciale lesioni.

Art. 4.5 - Indennità "Speciale clienti vita"

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alla propria occupazione professionale, la Società, oltre a liquidare quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato una indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla Vita a premio annuo o unico ricorrente e dei piani individuali di previdenza (P.I.P.) stipulati dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società.

Tale indennità verrà utilizzata per stipulare con la Società un contratto di assicurazione sulla vita a premio

unico scelto dall'Assicurato tra quelli disponibili al momento della sottoscrizione della polizza vita stessa. L'ammontare complessivo dell'indennità sarà pari alla somma delle seguenti voci:

- dell'ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze vita in corso moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi;
- dell'ammontare dei premi versati (esclusi i trasferimenti) nel piano individuale di previdenza (P.I.P.) nei 12 (dodici) mesi antecedenti la data dell'infortunio stesso moltiplicato per 5 (cinque).

Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la Società liquida all'Assicurato l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione del nuovo contratto di assicurazione sulla vita, con il massimo comunque di euro 30.000,00. *Verificatosi l'evento, l'assicurazione infortuni cessa nei confronti dell'Assicurato.*

Art. 4.6 - Pronto indennizzo

Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza, ha come conseguenza diretta ed esclusiva, l'incapacità fisica totale dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate, per un periodo di durata pari a 90 giorni o multipli di 90, e comunque *non oltre 360 giorni, la Società corrisponderà il 25% della somma assicurata per pronto indennizzo, per ogni periodo di inabilità temporanea di 90 giorni consecutivi.*

La liquidazione dell'indennizzo spettante, verrà effettuata allo scadere del periodo di 90 giorni, previa presentazione della documentazione comprovante l'infortunio e l'inabilità.

Art. 4.7 - Indennità giornaliera da ricovero

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura, la Società liquida l'indennità assicurata in polizza per ogni giorno di ricovero, per un periodo massimo di 360 giorni – anche non consecutivi – da quello dell'infortunio.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di day hospital la Società liquida una speciale indennità pari al 50% dell'indennità prevista per il ricovero in Istituto di cura.

Art. 4.8 - Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che abbia determinato un ricovero o un intervento chirurgico effettuato anche in regime di day hospital o ambulatorio medico, la Società rimborsa, fino alla concorrenza del massimale annuo indicato in polizza, le seguenti spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio:

- a) onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- b) diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- c) rette di degenza;
- d) assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il day hospital o per intervento chirurgico ambulatoriale;
- e) quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relativi alle prestazioni precedenti;
- f) trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura ed il ritorno a casa effettuati con qualunque mezzo;
- g) esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 90 giorni antecedenti e 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero o dell'intervento; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;
- h) trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 180 giorni successivi alla data dell'intervento o di dimissione del primo ricovero, fino al limite del 20% della somma assicurata con il massimo di Euro 1.000,00;

- i) primo acquisto di protesi ortopedica anche sostitutiva di parte anatomica, resa necessaria dall'infortunio nonché per l'acquisto o il noleggio (per il periodo massimo di anni 1) di carrozzella ortopedica.

La presente garanzia viene prestata con uno scoperto del 10% e con un minimo di Euro 200,00 a carico dell'assicurato per ogni sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso infortunio.

La somma assicurata in polizza per la garanzia Rimborso spese sanitarie deve intendersi come disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata.

Per tutti i casi sopra indicati il rimborso viene effettuato previa presentazione di regolare *documentazione giustificativa di spesa in originale e a cure ultimate.*

Art. 4.9 - Rendita vitalizia

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, accertata secondo i criteri stabiliti nell'art. 4.2 "Invalidità Permanente: l'accertamento del grado", la Società, contestualmente alla corresponsione di quant'altro dovuto a termini di polizza e con effetto e decorrenza dalla predetta data, provvederà a costituire a favore dall'Assicurato stesso e senza alcun onere a suo carico, una rendita vitalizia immediata rivalutabile di importo annuo pari alla somma indicata in polizza, mediante stipulazione di apposita polizza vita con la Società.

Art. 4.10 - Cambiamento dell'attività professionale - Attività diversa da quella dichiarata

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale tale da comportare un cambiamento del Gruppo dichiarato in polizza, l'Assicurato deve darne immediata comunicazione alla Società; in tal caso si applicheranno gli artt. 1897 (Diminuzione del rischio) e 1898 (Aggravamento del rischio) del Codice Civile.

L'assicurazione prosegue senza variazioni di sorta nel caso in cui il cambiamento dell'attività non comporti diminuzione né aggravamento di rischio.

Se l'infortunio si verifica nello svolgimento di un'attività professionale presente in un Gruppo diverso da quello dichiarato in polizza, ovvero nello svolgimento di altra attività che comporti comunque caratteristiche di professionalità, l'indennizzo è dovuto:

- integralmente, se all'attività in questione corrisponde un rischio non maggiore di quello del Gruppo indicato in polizza;
- *in misura ridotta in base alle percentuali indicate nella tabella sotto riportata, se all'attività in questione corrisponde un rischio maggiore:*

ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA			
ATTIVITÀ PROFESSIONALE AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO			
		GRUPPO 1	GRUPPO 2
	GRUPPO 1	100	100
GRUPPO 2	60	100	

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

- *sportivi professionisti;*
- *personale viaggiante su aeromobili o mezzi subacquei;*

la Società non corrisponderà alcun indennizzo.

Per la valutazione del grado di rischio delle varie attività professionali, ai fini delle garanzie prestate con il presente contratto, si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportata nell'elenco "Gruppi attività professionali". In caso di attività eventualmente non specificate in detto elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 - Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, delle cause che lo hanno determinato e dell'attività svolta in quel momento, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

In caso di frattura o lussazione è necessario inviare il referto clinico radiologico redatto da un Pronto Soccorso Pubblico o istituto di cura.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

Qualora l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

Con riferimento alla garanzia "Indennità speciale per lesioni", l'Assicurato ha facoltà di richiedere l'indennizzo anche prima dell'avvenuta guarigione. In tal caso dovrà essere inviata la documentazione medica che consenta inequivocabilmente l'identificazione dell'Assicurato e la verifica della diagnosi definitiva delle lesioni subite.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità

Norme valide per le garanzie Morte e Invalidità Permanente

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Norme valide per la garanzia Indennità speciale per lesioni

Fratture ossee

Per la liquidazione dell'indennità speciale a seguito di frattura ossea è necessario che la frattura venga diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'infortunio. Inoltre, la diagnosi deve essere certificata da esame radiografico effettuato in un Pronto Soccorso Pubblico o istituto di cura.

Danno neurologico permanente

In caso di frattura vertebrale che determini un danno neurologico permanente strumentalmente accertato in ambito di Istituto di cura, l'indennizzo verrà calcolato sommando all'importo previsto per la frattura vertebrale quanto previsto per il danno neurologico permanente conseguente alla frattura vertebrale stessa.

Lussazione

La lussazione è indennizzabile solo se viene eseguito esame radiografico prima della riduzione e a condizione che la riduzione venga effettuata in Istituto di cura da un medico.

Non potrà essere in ogni caso indennizzata la lussazione ad articolazioni che ne abbiano già sofferta una in precedenza (recidiva).

Ustione

La quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da ustioni avviene in base a quanto indicato nella documentazione medica rilasciata dall'Istituto di cura.

Art. 5.3 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.2, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del 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 fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso.

Art. 5.4 - Liquidazione

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

GRUPPI ATTIVITÀ PROFESSIONALI

L'assicurazione è prestata in base alla esplicita dichiarazione dell'Assicurato che l'attività professionale esercitata si identifica con una di quelle risultanti dall'elenco seguente in corrispondenza al "Gruppo" indicato in polizza.

Qualora oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, ancorché non prevalente, occorre tenerne conto applicando il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio, con classe tariffaria successiva in ordine numerico crescente.

Per le persone la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nei sotto riportati Gruppi, l'assicurazione è prestata previa autorizzazione della Società risultante da apposito atto dichiarativo.

GRUPPO 1

Descrizione Attività Professionale

Amministratori di beni

Albergatori

Addetti alle pulizie, bidelli

Agenti e intermediari che operano nei settori assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari

Agricoltori e Allevatori senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t

Allenatori sportivi non giocatori

Analisti chimici, biologi, addetti a centri di analisi mediche

Antiquari

Appartenenti al clero

Architetti / geometri

Artisti di varietà, presentatori e ballerini

Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi

Assistenti sociali

Attori (escluse controfigure e stunt men) e registi

Avvocati

Bambini e studenti

Barbieri/Parrucchieri

Benestanti senza altra attività professionale

Benzinaï, escluse attività di manutenzione e lavaggio

Callisti, manicure, pedicure

Calzolai

Camerieri, addetti al servizio alberghiero e simili

Cantanti, musicisti, direttori d'orchestra

Casalinghe senza altra attività professionale

Collaboratori familiari, baby-sitter

Commercialisti e consulenti del lavoro

Commercianti (esclusi ambulanti): senza attività di carico/scarico merce, senza guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t.

Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce

Confezionisti, magliai e addetti al settore tessile: senza uso di macchine azionate da motore

Dirigenti/impiegati/quadri

Disegnatori, grafici, pittori artistici

Estetisti/truccatori

Farmacisti

Fotografi

Geologi

Gestori (inclusi addetti) di ristoranti, trattorie, pizzerie, rosticcerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie: compresi i pizzaioli ma esclusi i cuochi

Giardinieri, vivaisti: esclusa potatura di piante ad alto fusto, senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t

Giornalisti

Guide turistiche

Imbianchini senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature

Imprenditori che non prestano opera manuale e senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature

Indossatori/trici e fotomodelli/e

Ingegneri e periti

Insegnanti

Istruttori di scuola guida

Magistrati

Medici, infermieri, paramedici, massaggiatori, fisioterapisti

Notai

Odontotecnici

Operai (escluso muratori), senza uso di macchine, senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi

Operatori e addetti a centri elaborazione dati

Orafi, incisori, orologiai, gioiellieri

Panettieri, pasticceri senza produzione

Pellettieri, tappezzieri

Pensionati

Periti

Politici e sindacalisti

Portieri e custodi in genere

Postini

Sarti

Veterinari

Vetrinisti

GRUPPO 2

Descrizione Attività Professionale

Abbattitori di piante, boscaioli

Agenti di Polizia - Appartenenti al corpo dei Carabinieri e della Guardia di Finanza – Vigili urbani

Agricoltori con uso e guida di macchine agricole e con guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t

Allevatori di animali con uso di macchinari, con uso e guida di macchine agricole e guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t

Antennisti

Artigiani per i quali non esiste altra denominazione specifica, con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi ed impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi

Autisti (compresi taxisti) di veicoli e natanti in genere

Benzinaia, incluse attività di manutenzione e lavaggio

Carpentieri

Carrozzeri

Commercianti (inclusi addetti) di mobili, elettrodomestici e Hi-Fi, articoli igienico-sanitari con installazione con attività di carico/scarico merce

Commercianti ambulanti

Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce

Confezionisti, magliaia e addetti al settore tessile: con uso di macchine azionate da motore

Cuochi

Elettrauto

Elettricisti

Esercito, Aeronautica Militare, Marina Militare (escluso volo)

Fabbri

Falegnami

Foto-reporters, cineoperatori

Giardinieri, floricoltori con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e/o uso di macchine agricole

Gommisti e simili

Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri e forestali

Guardie notturne e giurate

Idraulici

Imbianchini con accesso a tetti, ponteggi, impalcature

Imprenditori che prestano opera manuale, con accesso ai cantieri, tetti, ponteggi, impalcature

Macellai

Marmisti

Meccanici

Operai (compresi muratori) con uso di macchine, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi

Palombari, sommozzatori
Panettieri, pasticceri con produzione
Pescatori e marinai
Restauratori
Riparatori di elettrodomestici in genere
Scultori
Tipografi, litografi
Vetrai
Vigili del fuoco

Generali Italia S.p.A - Sede legale: Mogliano Veneto(TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 04142909; email: info.it@generali.com;
C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com.
Società iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente
al Gruppo Generali, iscritto al n.026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

GENERALI SEI PROTETTO - SEZIONE MALATTIE

1. GLOSSARIO SPECIFICO PER LA SEZIONE MALATTIE

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

Cartella clinica	Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, con pernottamento o in day hospital, contenente le generalità dell'Assicurato, la diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici effettuati, gli esami ed il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).
Day hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.

2. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Validità territoriale – Limiti territoriali

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 2.2 - Decorrenza della garanzia – Termini di carenza

Fermo quanto previsto all'art. 2.2 "Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione" della PARTE COMUNE, dal giorno di effetto del contratto le garanzie della presente SEZIONE MALATTIE decorrono dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni;
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie;
- c) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto sempreché non conosciute e/o non diagnosticate al momento della stipulazione stessa;
- d) del trecentesimo giorno successivo per il parto con taglio cesareo.

Qualora il presente contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, in cui siano già prestate le garanzie di cui alle presente SEZIONE MALATTIE i termini di carenza di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di carenza decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di carenza di cui sopra vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Art. 2.3 - Rischi esclusi

L'assicurazione di cui alla presente SEZIONE MALATTIE non comprende:

- a) *gli interventi chirurgici ed i ricoveri che siano conseguenza diretta di infortuni, malattie, stati patologici e malformazioni conosciuti, curati e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;*
- b) *il parto fisiologico (parto senza taglio cesareo) e l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- c) *gli interventi chirurgici ambulatoriali – intendendosi per tali quelli sostenuti non in regime di ricovero o day hospital - ancorché effettuati all'interno di Istituti di cura;*
- d) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- e) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- f) *gli infortuni causati da ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose. Per ebbrezza si fa riferimento a quanto previsto dal "Codice della Strada" vigente al momento del sinistro;*
- g) *gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- h) *le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;*
- i) *gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- j) *le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- k) *le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- l) *le cure e gli interventi finalizzati alla contraccezione, al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- m) *le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia indennizzabili a termini di contratto;*
- n) *le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodontio, gli interventi preprotesi e di implantologia;*
- o) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- p) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- q) *le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;*
- r) *le procedure e gli atti medici aventi esclusiva finalità diagnostica;*
- s) *gli interventi chirurgici per la rimozione di dispositivi impiantati per osteosintesi.*

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1 - Indennità per interventi chirurgici

La Società in caso di intervento chirurgico sostenuto in regime di ricovero o day hospital, reso necessario da malattia o infortunio, corrisponde all'Assicurato l'importo indicato nella seguente tabella in corrispondenza della classe di intervento chirurgico associata allo stesso. La classificazione degli interventi chirurgici è riportata nell'allegato "Elenco interventi chirurgici" (mod. EIC1).

L'indennizzo spettante all'Assicurato è in funzione dell'opzione indicata in polizza per la garanzia Indennità per interventi chirurgici – formula BASIC ovvero formula PLUS – e corrisponde all'importo associato alla classe di intervento relativa allo stesso.

Indennizzi in euro per interventi chirurgici		
Classe di intervento	Formula BASIC	Formula PLUS
I	750,00	1.000,00
II	1.250,00	1.750,00
III	2.000,00	3.000,00
IV	3.000,00	4.500,00
V	5.000,00	8.000,00
VI	10.000,00	15.000,00
VII	20.000,00	30.000,00

In caso di intervento chirurgico non specificatamente previsto nell' "Elenco interventi chirurgici" la relativa classe di intervento verrà stabilita secondo il principio di analogia ed equivalenza con l'intervento contenuto nell'elenco più corrispondente al tipo di terapia e tecnica chirurgica seguita.

In caso di più interventi chirurgici sostenuti nel corso della stessa seduta operatoria il diritto all'indennizzo verrà riconosciuto per un solo intervento e la classe di intervento attribuita, ai fini della determinazione dell'indennizzo spettante, sarà quella corrispondente all'importo maggiore tra quelli previsti per i diversi interventi chirurgici sostenuti.

Qualora nel corso della stessa annualità assicurativa vengano sostenuti più interventi chirurgici per la stessa patologia sullo stesso distretto anatomico od organo, sarà ulteriormente indennizzabile esclusivamente il secondo intervento entro il limite del 50% dell'importo previsto.

Per la determinazione dell'annualità di competenza del sinistro verrà presa a riferimento la data in cui sia stato sostenuto l'intervento chirurgico.

Art. 3.2 - Somma assicurata

Fermo il riconoscimento degli importi previsti per singolo intervento chirurgico dal precedente articolo, le somme assicurate indicate in contratto per la garanzia Indennità per interventi chirurgici devono intendersi quali disponibilità uniche per annualità assicurativa e per persona assicurata. L'importo complessivo degli indennizzi corrisposti nel corso dell'annualità assicurativa non potrà pertanto superare per persona assicurata la relativa somma assicurata indicata in contratto.

Art. 3.3 - Indennità giornaliera per ricovero senza intervento chirurgico

A deroga di quanto previsto dall'art. 2.3 "Rischi esclusi" della SEZIONE MALATTIE, in caso di ricovero reso necessario da:

- malattia;
- infortunio;
- parto senza taglio cesareo

che non abbia comportato un intervento chirurgico, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.

Detta indennità viene corrisposta con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:

- 50% a partire dal ventesimo giorno successivo a quello del ricovero;
- 50% qualora l'istituto di cura sia situato ad una distanza di oltre 50 chilometri dal comune di residenza dell'Assicurato (a tale fine si prenderà in considerazione la lunghezza del percorso stradale o ferroviario più breve).

Limitatamente al ricovero reso necessario da parto senza taglio cesareo la presente garanzia è operante:

- *fino ad un massimo di 3 giorni;*
- *dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo al giorno di effetto del contratto.*

L'Assicurato che richieda la corresponsione dell'indennità giornaliera di ricovero dovrà presentare a dimissione avvenuta la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

La Società accertato il diritto all'indennizzo provvede alla liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto.

4. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 4.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro indennizzabile a termini della presente SEZIONE MALATTIE, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo;*
- 2) presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa cartella clinica completa in copia conforme all'originale, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).*

L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 4.2 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro nonché sulla classificazione degli interventi chirurgici di cui alle garanzie della presente SEZIONE MALATTIE è facoltà delle Parti conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Collegio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

5. NORME GENERALI

Art. 5.1 - Aggiornamento annuale del premio in base all'età raggiunta dall'Assicurato

Essendo la tariffa delle garanzie della SEZIONE MALATTIE basata sull'età dell'Assicurato, in occasione di ciascuna scadenza di annualità assicurativa, è previsto l'aggiornamento del relativo premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato in un aumento forfetario rispetto all'annualità precedente del 3% da applicarsi al premio relativo alle garanzie della sola SEZIONE MALATTIE.

6. PREVENZIONE DENTARIA in “DENTAL-NETWORK”

In un'ottica di prevenzione, è previsto per l'Assicurato il diritto di accedere al Dental-Network con la possibilità di usufruire delle tariffe previste nel Tariffario degli Studi Convenzionati, nonché all'utilizzo dello strumento del Social-Care.

Dental-Network è la rete di studi odontoiatrici garantiti da Pronto-Care.

Pronto-Care vanta oggi il più ampio e capillare network odontoiatrico presente in Italia con oltre 6.000 studi convenzionati e si distingue in termini di massimi livelli di qualità e di convenienza del costo delle prestazioni.

Il costo delle prestazioni erogate dagli Studi Convenzionati è a totale carico dell'Assicurato.

Art. 6.1 - SOCIAL-CARE

Social-Care è uno strumento innovativo di comunicazione ideato e perfezionato da Pronto-Care a disposizione di tutti gli assistiti: collegandosi al sito www.pronto-care.com e digitando le proprie credenziali, si può accedere all'area riservata, conoscere quali sono gli studi affiliati più vicini e prenotare un appuntamento.

Accedendo al Social-Care è possibile:

- **Localizzare** sulla mappa i dentisti più vicini e visionare la scheda di ciascuno studio, con descrizione, foto, contatti e informazioni;
- **Confermare gli appuntamenti** direttamente on-line dalla scheda dello studio;
- **Comunicare** attraverso un filo diretto con i dentisti.

Tramite l'utilizzo del preventivatore disponibile nella sezione riservata del sito, l'assicurato può da subito verificare e confrontare il vantaggio derivante dall'utilizzo di un dentista convenzionato rispetto a soluzioni alternative. Per l'accesso al servizio di preventivazione ed agli ulteriori servizi aggiuntivi previsti nel sito è sufficiente seguire la breve guida alla registrazione disponibile all'interno dell'Area Clienti nel sito stesso.

COME REGISTRARSI

Primo accesso. L'assistito che vuole accedere per la prima volta al Social-Care deve collegarsi al sito www.pronto-care.com e cliccare nel link dedicato, all'interno della sezione “**REGISTRAZIONE**”.

L'assistito deve compilare il form indicando nome – cognome – codice fiscale – indirizzo e-mail (preferibilmente aziendale).

L'assistito riceve, all'indirizzo email fornito, le indicazioni per l'accesso: cliccando sul link riportato nella mail, potrà inserire e confermare la password.

Accessi. L'assistito in possesso di indirizzo e-mail e password può accedere al Social-Care inserendo le sue credenziali nella sezione “**ACCESSO PER TUTTI GLI UTENTI REGISTRATI**”.

Modifica password. Se lo desidera, l'assistito può modificare la password attraverso la funzione “Modifica credenziali” presente nella sezione “**GESTIONE PROFILO**”. Tale password rimane valida per i successivi accessi finché non nuovamente modificata dall'assistito.

Password dimenticata. Se l'assistito dimentica la password, deve impostarne una nuova: non è possibile recuperare la password dimenticata. Nella home page, all'interno della sezione “**ACCESSO PER TUTTI GLI UTENTI REGISTRATI**” il link “Se ha dimenticato la password clicchi qui” apre la schermata “Profilo utente”, nella quale viene richiesto di indicare l'indirizzo e-mail. L'assistito riceve un messaggio di posta elettronica contenente le indicazioni per impostare una nuova password.

Codice azienda. L'assistito in possesso del codice azienda ricevuto da Pronto-Care, può inserirlo nella sezione “**CODICE AZIENDA SOLO PER ASSISTITI**”, rispettando i caratteri minuscoli-maiuscoli, e visionare le pagine aziendali con procedure e modulistica dedicate alla sua polizza di appartenenza.

Per assistenza all'accesso: registrazione@pronto-care.com

COME ACCEDERE AL NETWORK

Ricerca del dentista nel network

Al momento dell'accesso al Social-Care l'assistito visualizza automaticamente una mappa con gli studi convenzionati più vicini all'indirizzo del suo domicilio.

La ricerca del dentista può essere effettuata dall'assistito anche su base geografica (inserendo qualsiasi indirizzo, ad esempio quello di lavoro) oppure può avvenire per nome (se già si conosce il nome di un dentista convenzionato).

La presenza di filtri consente anche di selezionare soltanto gli studi che rispondono a determinati requisiti.

Cliccando sul nominativo di ciascuno studio presente, è possibile visualizzarne la scheda, con immagini, informazioni, descrizioni.

Conferma/richiesta di un appuntamento

Una volta individuato lo studio, l'assistito può:

- contattare autonomamente lo studio convenzionato per concordare giorno e ora dell'appuntamento.

In questo caso, affinché la procedura possa essere avviata correttamente, deve aprire la pagina del dentista prescelto nel Social-Care e compilare il form "**Conferma di appuntamento**".

- rivolgersi a Pronto-Care per fissare l'appuntamento.

In questo caso l'assistito, dalla pagina del dentista nel Social-Care, deve compilare il form "**Richiesta di appuntamento**" indicando le sue preferenze di giorni e fasce orarie.

Quando Pronto-Care fissa l'appuntamento, l'assistito riceve conferma.

L'assistito può visionare i dettagli dell'appuntamento fissato nella sezione "**I MIEI PIANI DI CURA**" alla voce "I miei appuntamenti in rete/autorizzazioni".

CONTATTI PRONTO-CARE

Numero Verde attivo dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18: **800 197 397**

Fax 02 4004 4554 / 031 5472073

Per informazioni: info@pronto-care.com

1. GLOSSARIO SPECIFICO PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Struttura Organizzativa	EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. con sede in Milano, P.zza Trento 8 - Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Generali Italia S.p.A al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico della Società.
Prestazioni	Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.
Sinistro	Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della garanzia e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

2. PRESTAZIONI

Art. 2.1 - Guida sanitaria on line

(Prestazioni operanti da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti;
- farmaci.

Art. 2.2 - Consulenza medica on line (7 giorni su 7 – h 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 2.3 - Invio di un medico generico al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 2.4 - Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e l'infermiere inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 2.5 - Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da infortunio o malattia, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato ed il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura stessa.

Art. 2.6 - Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio o malattia e come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio o dal luogo in cui si trovi per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa prescrizione provvederà alla consegna di quanto indicato dal medico curante.

Non è compreso in garanzia il costo dei medicinali e degli articoli sanitari.

Art. 2.7 - Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.

Art. 2.8 - Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero superiore a 5 giorni per infortunio o malattia, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone il compenso di 2 ore ad intervento e per un massimo di 3 invii per ogni periodo post-ricovero.

Non è compreso in garanzia il costo dei beni acquistati che dovrà essere anticipato all'incaricato.

Art. 2.9 - Trasporto in autoambulanza dal domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di assistenza.

Art. 2.10 - Trasporto dal Pronto Soccorso

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese entro il limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. 2.11 - Trasferimento in istituto di cura specialistico

Qualora a seguito di infortunio o malattia le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli previsti all'art. 2.13 "Rientro sanitario";
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché quelli in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 2.12 - Rientro dall'istituto di cura

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'istituto di cura a seguito di ricovero per infortunio o malattia, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo – tra quelli previsti all'art. 2.13 "Rientro sanitario" - ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

Art. 2.13 - Rientro sanitario

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora a seguito di infortunio o malattia le condizioni dell'Assicurato – accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto - rendano necessario il trasporto in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i seguenti:

- aereo sanitario (solo nei paesi europei);
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo il biglietto aereo, ferroviario o di altro mezzo di trasporto, non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio ed i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali od internazionali.

Art. 2.14 - Viaggio di un familiare

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio, a seguito di infortunio o malattia, venga ricoverato in istituto di cura ed i medici ritengano che non sia trasferibile prima di 5 giorni, la Struttura Organizzativa, sostenendone le spese,

metterà a disposizione di un familiare residente in Italia un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per il luogo di ricovero.

3. NORME COMUNI A TUTTE LE PRESTAZIONI

Art. 3.1 - Attivazione della Struttura Organizzativa

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

Art. 3.2 - Limite per anno assicurativo

Ciascuna prestazione di assistenza non è fornita più di tre volte per annualità assicurativa, fatta eccezione per le prestazioni di cui agli artt. 2.1 e 2.2 della SEZIONE ASSISTENZA.

Art. 3.3 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le prestazioni di assistenza di cui agli artt. 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11 e 2.12 l'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Art. 3.4 - Modalità per la richiesta di assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800 713 782
dall'estero al numero +39 02 58 28 67 01

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione.

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla **NDFG**;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Italia S.p.A., Piazza Trento, 8 – 20135 Milano oppure inviare un fax al numero 02 5847 7201.

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.1 e 2.2;*
- dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.3, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.14.*

Art. 3.5 - Esclusioni

L'assicurazione Assistenza non è comunque operante per:

- a) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e tutti i fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;*

- b) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causati da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- c) *gli infortuni e le altre conseguenze di intossicazioni causate da abuso di alcool o di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni, nonché in conseguenza di azioni dolose delittuose dell'Assicurato;*
- d) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere e dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;*
- e) *l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- f) *le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- g) *le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto.*

Art. 3.6 - Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 3.7 - Altre assicurazioni Assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

Generali Italia S.p.A - Sede legale: Mogliano Veneto(TV), Via Marocchesa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 04142909; email: info.it@generali.com;
C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generaliitalia@pec.generaligroup.com.
Società iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n.026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.