

Il presente mod. AB01/01 è costituito da 31 pagine



Generali Italia S.p.A.

ABBINATA VITA

Contraente:



Polizza n°:



Pagina lasciata intenzionalmente bianca

“ABBINATA VITA” PARTE COMUNE

1. DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'assicurazione.

Beneficiario

La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.

Contraente

La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.

Day Hospital

La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.

Ictus cerebrale (Accidente cerebro-vascolare acuto): emorragia od infarto cerebrale (trombosi od embolia) ad esordio brusco che produca danno neurologico immediatamente riscontrato in ambito di ricovero ospedaliero.

Infarto miocardico acuto: coronaropatia qualora dia origine a necrosi ischemica acuta del miocardio da brusca riduzione del flusso coronarico; la diagnosi viene formulata per la presenza contemporanea dei seguenti caratteri: a) dolore precordiale; b) alterazioni tipiche all'EKG; c) aumento dell'attività sierica degli enzimi liberati dalle cellule miocardiche.

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, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.

Inabilità permanente

La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. <i>Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
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 inesattezze 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.

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata, telegramma o telefax.

Art. 2.2

Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

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

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

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza.

Art. 2.3

Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

Se l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

Tuttavia, l'Assicurato è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva di tali coperture assicurative che avesse in corso nei seguenti casi:

- quando l'ammontare complessivo delle somme assicurate per le garanzie Morte e/o Invalidità Permanente non sia superiore a euro 150.000,00;
- quando ne risulti automaticamente titolare in qualità di intestatario di carte di credito o di conti correnti bancari.

In entrambi i casi deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.

Art. 2.4

Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, che sia stato preceduto da almeno 2 sinistri, sempre denunciati a termini di polizza, 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. 2.5

Persone non assicurabili

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive, 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.

Art. 2.6	
Anticipata risoluzione	Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 2.5 “Persone non assicurabili” e 2.1 “Dichiarazioni del Contraente - Forma delle comunicazioni”, 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	
Durata dell’assicurazione	L’assicurazione cessa alla scadenza contrattualmente stabilita senza necessità per alcuna delle Parti di darne disdetta.
Art. 2.8	
Adeguamento delle somme assicurate e del premio	Ad ogni scadenza annuale, le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in misura costante pari al 5% degli importi inizialmente stabiliti. A tale adeguamento non sono soggetti i valori indicati nell’art. 3.3 “Invalidità Permanente: la determinazione dell’indennizzo” della Sezione Infortuni. Quanto disposto dal presente articolo può essere reso non operante, inserendo in polizza, tra i codici di clausole speciali, il codice A343.
Art. 2.9	
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 premio di assicurazione è di conseguenza rapportato al predetto periodo di assicurazione. Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none"> • in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00; • tramite POS, per i pagamenti che avvengono in agenzia; • per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all’intermediario su ccp dedicato(*); • con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all’intermediario con conto corrente assicurativo dedicato(*); • con assegno bancario(**) o postale(**) intestato alla Società o all’intermediario con conto corrente assicurativo dedicato con clausola di intrasferibilità; • per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato(*) dell’intermediario; • per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD); • altre modalità offerte dal servizio bancario e postale. Note: (*) si tratta del conto separato previsto ai sensi dell’art. 117 del Codice delle Assicurazioni nonché ai sensi dell’articolo 54 del Reg. 5/2006 e si intende il conto corrente bancario 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.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale. Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

Art. 2.10

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. 2.11

Rinvio alle norme di legge

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

Art. 2.12

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 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).

3. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 3.1

Denuncia del sinistro

La denuncia dell'infortunio o della malattia (se per questa secondo parere medico venga interessata la garanzia prestata) con l'indicazione delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 10 giorni dalla data dell'infortunio o della diagnosi clinica o strumentale della malattia o comunque dal momento in cui ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

In caso di infortunio il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

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.

In caso di malattia successivamente alla denuncia devono essere inviati alla Società i certificati medici, le copie delle cartelle cliniche e di ogni altro documento che attesti il decorso e le conseguenze della malattia e che risulti utile ai fini della valutazione dei postumi invalidanti compreso il certificato attestante la stabilizzazione della malattia denunciata.

*L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.
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. 3.2

Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio o della malattia denunciata che risultino indennizzabili a termini di polizza, indipendentemente dal maggior pregiudizio derivante da condizioni fisiche, patologiche o infermità preesistenti o sopravvenute.

Pertanto:

- in caso di infortunio, l'influenza che l'infortunio stesso 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 da infortunio 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;*
- in caso di malattia, le invalidità permanenti da malattia già accertate non saranno ulteriormente valutate sia in caso di loro aggravamento sia nel caso nuove malattie determinino un'influenza peggiorativa sull'invalidità stessa.*

Art. 3.3

Controversie – Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sul grado di invalidità permanente nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 3.2, 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 rifiuta 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. 3.4**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.

Per la garanzia "Indennità giornaliera da ricovero, day hospital e convalescenza" la corresponsione dell'indennità giornaliera assicurata avverrà a dimissione avvenuta su presentazione della certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

Art. 3.5**Rinuncia
all'azione
di rivalsa**

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

FINE TESTO SEZIONE

“ABBINATA VITA” SEZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - 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 2.1 “servizio militare”*).

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Precisazioni sull' “ambito di operatività”

Nell'ambito di operatività indicato in polizza, sono compresi in garanzia tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di infortunio.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita;
- 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, *con esclusione comunque di infarti e rotture sottocutanee di tendini, per le sole garanzie “Invalidità permanente” e “Indennità giornaliera da ricovero, day hospital e convalescenza”;*

i) le ernie, limitatamente alle sole ernie addominali da causa violenta, *per le quali la Società liquida esclusivamente un'indennità giornaliera da ricovero per l'intervento chirurgico* (valida anche in caso di day-hospital), pari a 1/1000 della somma assicurata per invalidità permanente, con il limite di euro 100,00.

Viene inoltre corrisposta un'indennità forfettaria di convalescenza post-intervento di euro 300,00.

Nel caso l'ernia dovesse risultare tecnicamente non operabile, verrà corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata.

Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di 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 dalla presente assicurazione:

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 il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo dello stesso e i richiami per ordinarie esercitazioni, *con esclusione degli infortuni derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di tali servizi;*

stato di guerra e di insurrezione - a parziale deroga del successivo art. 2.2 "Esclusioni" lett. 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 S. 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), canoa fluviale oltre il 3° grado, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, sci e snow-board estremi, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports 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;*

- *partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, sci, snow-board, ciclismo, sport equestri e hockey (nelle sue varie forme), pattinaggio, se organizzate da Federazioni Sportive.*

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%.

Art. 2.2

Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) *gli infortuni causati da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- b) *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 3 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- c) *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 successivo art. 4.1 "Rischio volo", nonché di mezzi subacquei;*
- d) *gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- e) *gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- f) *gli infortuni causati da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1. "Precisazioni sull'ambito di operatività - stato di guerra e di insurrezione", da movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche;*
- g) *gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- h) *le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche;*
- i) *le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.*

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1

Invalidità Permanente: l'accertamento del grado

In caso di invalidità permanente, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo, calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in relazione al grado di invalidità accertato secondo la tabella di cui al successivo articolo.

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 il massimo 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 di cui al successivo articolo, 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. 3.2

Invalidità Permanente: tabella di determinazione

L'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle seguenti percentuali:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	DX	SX
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%

• una falange di altro dito della mano		1/3 del dito
Anchilosi:		
• della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
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 della gamba		50%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• 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		10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sottoastragalica		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%
• di entrambi gli orecchi		40%
Stenosi nasale assoluta:		
• 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%
• 12 ^a dorsale	10%
• una vertebra lombare	10%

Esiti di frattura di un metamero sacrale 3%

Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme 5%

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo 2%

Perdita anatomica

• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art. 3.3

Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale indicata in polizza la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri di cui ai precedenti artt. 3.1 e 3.2, con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- *sulla parte corrispondente al 30% della somma assicurata si applica la percentuale di invalidità accertata senza deduzione di alcun punto;*
- *sulla parte eccedente al 30% della somma assicurata e fino a euro 250.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 3 punti;*
- *oltre euro 250.000,00, si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 10 punti.*

In caso di perdita anatomica totale o parziale e non di semplice riduzione funzionale di un organo o un arto, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a euro 250.000,00.

Inoltre, in tutti i casi in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 20 % della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 3.4

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 e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente 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 eventualmente subita.

CONVERSIONE IN RENDITA

Al momento della liquidazione del capitale spettante per la prestazione Morte, la Società riconosce ai beneficiari una maggiorazione del 20% dell'indennizzo loro spettante, a condizione che il capitale sia investito quale premio per la stipula di un contratto di assicurazione sulla vita in forma di rendita vitalizia immediata con la Società alle condizioni in vigore al momento della richiesta.

Art. 3.5

Pensione immediata per invalidità grave

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado non inferiore al 66%, la Società corrisponderà all'Assicurato, oltre a quant'altro dovuto ai sensi della presente polizza, la somma necessaria per la stipula di un contratto di assicurazione sulla vita in forma di rendita vitalizia immediata con la Società alle condizioni in vigore al momento della richiesta. Detta somma sarà pari al premio necessario per avere diritto ad una rendita il cui importo iniziale annuo risulti uguale a quanto indicato in polizza.

Art. 3.6

Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie" le seguenti spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio:

a) durante il ricovero per:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

In caso di **ricovero in ospedale pubblico**, *che comporti almeno due pernottamenti, per il quale l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa*, viene corrisposta un'indennità sostitutiva di euro 30,00 per ogni giorno di ricovero, *con il massimo di 90 giorni per anno assicurativo. Il giorno di dimissione non è indennizzabile.*

Tale indennità sostitutiva è cumulabile con quella prevista in caso di infortunio per la garanzia "Indennità giornaliera da ricovero per infortunio o malattia".

b) **dopo il ricovero**, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;*
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero, *fino ad un limite del 20% della somma assicurata col massimo di 2.500,00 euro.*

c) **in assenza di ricovero**, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;*
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio, *fino ad un limite del 20% della somma assicurata col massimo di 2.500,00 euro.*

In assenza di ricovero la garanzia è operante con applicazione di una franchigia di euro 75,00.

Inoltre, sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'infortunio, per:

- d) 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 1 anno*) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, *ferma l'esclusione delle protesi dentarie*) effettuate entro 2 anni dall'infortunio, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso.

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

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Art. 4.1

Rischio volo

A parziale deroga dell'art. 2.2 - "Esclusioni" lett. 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 aeroclubs;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*

Art. 4.2

Cambiamento dell'attività professionale - Attività diversa da quella dichiarata

Qualora nel corso del contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata 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 diversa da quella dichiarata 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 dell'attività professionale indicata 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					
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	
ATTIVITÀ PROFESSIONALE AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	100	100	100	100	Classe A
	80	100	100	100	Classe B
	50	65	100	100	Classe C
	40	50	80	100	Classe D

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 si deve far riferimento alla classificazione delle attività medesime riportata nell'elenco "Codici Attività Professionali". In caso di attività eventualmente non specificate in detto elenco saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

CODICI ATTIVITA' PROFESSIONALI

L'assicurazione infortuni è prestata in base alla esplicita dichiarazione dell'Assicurato che l'attività professionale esercitata si identifica con quella risultante dall'elenco seguente in corrispondenza al "Codice Professione" indicato in polizza.

Qualora oltre all'attività professionale principale l'Assicurato svolga un'attività secondaria con carattere continuativo, ancorché non prevalente, occorre darne atto e si dovrà applicare il premio di tariffa relativo all'attività di maggior rischio, con classe tariffaria successiva in ordine alfabetico.

CLASSE A**Codice Descrizione Attività Professionale**

- A 103 Amministratori di beni
- A 809 Appartenenti al clero (che non svolgono attività di cui al codice B 672)
- A 106 Architetti
- A 803 Attori (escluse controfigure e stunt-men)
- A 107 Avvocati
- A 818 Bambini in età prescolare e studenti fino al compimento del 14° anno di età
- A 306 Barbieri/Parrucchieri
- A 805 Benestanti senza altra attività professionale
- A 307 Callisti, manicure, pedicure
- A 806 Cantanti
- A 133 Commercialisti e consulenti del lavoro
- A 637 Dirigenti/impiegati/quadri con mansioni amm.ve e sedentarie
- A 639 Disegnatori, grafici, pittori artistici
- A 315 Estetisti/truccatori
- A 111 Geometri senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
- A 113 Indossatori/trici e fotomodelli/e
- A 114 Ingegneri senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
- A 660 Insegnanti senza esercitazione di prove pratiche
- A 331 Massaggiatori/fisioterapisti
- A 124 Notai
- A 629 Operatori e addetti a centri elaborazione dati
- A 108 Periti
- A 823 Pensionati
- A 510 Politici e sindacalisti
- A 821 Presentatori, musicisti, direttori d'orchestra, registi
- A 343 Sarti
- A 999 **Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale**

CLASSE B

Codice	Descrizione Attività Professionale
B 401	Albergatori
B 678	Addetti alle pulizie
B 102	Agenti e intermediari che operano nei settori assicurazione, credito, commercio, industria e servizi vari
B 203	Agricoltori senza uso e guida di macchine agricole e di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 205	Allevatori di animali senza uso di macchinari e senza uso o guida di macchine agricole con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
B 603	Analisti chimici, biologi, addetti a centri di analisi mediche
B 341	Antiquari
B 434	Armaioli con solo attività di vendita
B 802	Artisti di varietà e ballerini
B 304	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
B 607	Assistenti sociali
B 337	Barcaioli, gondolieri
B 623	Benzinai, escluse attività di manutenzione e lavaggio
B 619	Bidelli
B 308	Calzolai
B 429	Camerieri, addetti al servizio alberghiero e simili
B 808	Casalinghe senza altra attività professionale
B 641	Collaboratori familiari, baby-sitter
B 407	Commercianti (esclusi ambulanti): senza attività di carico/scarico merce, senza guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t. Non sono comunque comprese le attività rientranti nei codici B 434 - B 421 - B 422 - C 415 - C 420 - C 135
B 403	Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce
B 345	Confezionisti, magliai e addetti al settore tessile: senza uso di macchine azionate da motore
B 636	Diplomatici, ambasciatori
B 638	Dirigenti/impiegati/quadri con mansioni esterne, commerciali o tecniche
B 123	Farmacisti
B 322	Fotografi
B 110	Geologi
B 112	Geometri con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
B 424	Gestori (inclusi addetti) di ristoranti, trattorie, pizzerie, rosticcerie, bar, caffè, gelaterie, bottiglierie: esclusi cuochi e pizzaioli
B 208	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
B 652	Giornalisti
B 512	Guide turistiche
B 326	Imbianchini senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
B 506	Imprenditori che non prestano opera manuale e senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature

- C 313 Eletttricisti senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione
- C 810 Esercito, Aeronautica Militare, Marina Militare (escluso volo)
- C 358 Foto-reporters, cineoperatori
- C 323 Gommisti e simili
- C 653 Guardiacaccia, guardiapesca, guardie campestri e forestali
- C 811 Guardia di Finanza
- C 656 Guardie notturne e giurate
- C 324 Idraulici
- C 518 Imprenditori che prestano opera manuale, con accesso ai cantieri, tetti, ponteggi, impalcature
- C 420 Macellai
- C 334 Meccanici
- C 122 Medici radiologi con estensione alle radiodermiti
- C 360 Operai (escluso muratori) con uso di macchine ma senza accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature e non a contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi o acidi
- C 135 Panettieri, pasticceri con produzione
- C 209 Pescatori e marinai
- C 342 Restauratori senza accesso a tetti, ponteggi, impalcature
- C 362 Riparatori di elettrodomestici in genere (inclusi radio e TV senza intervento su antenna)
- C 685 Tassisti
- C 346 Tipografi, litografi
- C 819 Vigili Urbani
- C 999 **Personale la cui attività professionale non rientra neppure per analogia tra quelle elencate nella presente classe, assicurabile solo su autorizzazione direzionale**

CLASSE D

Codice Descrizione Attività Professionale

- D 201 Abbattitori di piante, boscaioli
- D 212 Agricoltori con uso e guida di macchine agricole e con guida di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t
- D 516 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
- D 301 Antennisti
- D 305 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
- D 687 Autisti di autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore a 3,5 t e di autobus
- D 625 Carpentieri
- D 314 Eletttricisti con accesso a tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione
- D 316 Fabbri
- D 320 Falegnami

“ABBINATA VITA” SEZIONE MALATTIE

1. GARANZIE PRESTATE

Art. 1.1 - Invalidità permanente da ictus o infarto

L'assicurazione vale per le invalidità permanenti conseguenti ad ictus cerebrale o infarto miocardico acuto manifestatisi successivamente alla data di effetto del contratto e non oltre la sua scadenza.

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per la presente garanzia la percentuale individuata nella seguente tabella in corrispondenza del grado di invalidità accertato a termini del successivo art. 1.2.

Nella Colonna A è riportata la percentuale di invalidità permanente accertata, nella Colonna B è riportata la percentuale di indennizzo spettante all'Assicurato.

Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare	Colonna A % accertata	Colonna B % da liquidare
Inferiore a 25	0	44	39
25	1	45	41
26	3	46	43
27	5	47	45
28	7	48	47
29	9	da 49 a 66	uguale all'accertato
30	11	67	68
31	13	68	70
32	15	69	72
33	17	70	74
34	19	71	76
35	21	72	78
36	23	73	80
37	25	74	82
38	27	75	84
39	29	76	87
40	31	77	90
41	33	78	93
42	35	79	97
43	37	80 e oltre	100

Nessun indennizzo risulta pertanto spettare in caso di invalidità permanente accertata di grado inferiore al 25% della totale.

Art. 1.4

Rimborso spese di ricovero da ictus o infarto

Se in conseguenza di ictus o infarto l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza per la garanzia "Rimborso spese di ricovero da ictus o infarto" le seguenti spese sostenute durante il ricovero:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

Art. 1.5

Protezione investimenti per invalidità grave

Nel caso in cui, a seguito di infortunio, ictus o infarto indennizzabili a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alle proprie occupazioni dichiarate in polizza, 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, stipulate 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 dell'indennità sarà pari all'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.

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 della somma assicurata in polizza.

Verificatosi l'evento, la presente assicurazione cessa nei confronti dell'Assicurato.

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1

Esclusioni

Sono escluse le conseguenze di:

- a) *stati invalidanti, malattie, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla data di stipulazione del contratto e sottaciuti con dolo o colpa grave;*
- b) *abuso di alcoolici od uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci e di stupefacenti;*

“ABBINATA VITA” SEZIONE ASSISTENZA “SECOND OPINION”

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE

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.

Prestazioni

Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto di Generali Italia S.p.A.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Service S.p.A. – P.zza Trento, n. 8 – 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno 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, con costi a carico della Società, attraverso la struttura di telemedicina dedicata, delle prestazioni di assistenza previste dalla garanzia provvedendo ad inquadrare il caso clinico, a raccogliere la documentazione medica, ad elaborare i quesiti ed a trasmetterli al Network Internazionale di riferimento mediante apparecchiature di telemedicina o corrieri.

Network Internazionale di riferimento

L'insieme delle strutture sanitarie, dei centri clinici e dei medici specialisti, selezionati a livello internazionale sulla base di criteri di specializzazione e di eccellenza, che provvede alla formulazione della seconda opinione medica a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

2. PRESTAZIONI

Le seguenti prestazioni sono operanti dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

Art. 2.1 - Consulenza medica

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessiti di una consulenza medica, potrà contattare direttamente o tramite il proprio medico curante i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare nei suoi confronti.

Art. 3.2

Norme relative all'erogazione della prestazione

Ricevuta la documentazione clinica sarà la Struttura Organizzativa a provvedere a tradurre in lingua inglese la stessa ed a trasmetterla al Network Internazionale di riferimento.

La trasmissione della seconda opinione medica da parte del Network Internazionale di riferimento avverrà in un lasso di tempo compreso tra 2 e 10 giorni lavorativi in relazione alla complessità del caso ed al numero di medici specialisti coinvolti nella formulazione del parere. Tale termine decorre dal giorno in cui il Network Internazionale di riferimento riceve la documentazione dettagliata e completa in tutte le sue parti.

Formulata la seconda opinione medica, il Network Internazionale di riferimento la invierà alla Struttura Organizzativa la quale, tradotto il documento in lingua italiana, lo farà pervenire all'Assicurato.

I costi relativi all'erogazione del parere medico e della trasmissione della documentazione clinica scritta e/o iconografica da e per il Network Internazionale di riferimento restano a carico della Struttura Organizzativa. Restano invece *a carico dell'Assicurato i costi che lo stesso debba sostenere per la prima trasmissione della documentazione clinica e diagnostica alla Struttura Organizzativa.*

Art. 3.3

Limite per anno assicurativo

La prestazione di assistenza non è fornita per più di tre volte per anno assicurativo.

Art. 3.4

Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste dalla presente garanzia non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 3.5

Rinvio alla "Parte comune"

A deroga della "Parte comune" si precisa che alla presente garanzia Assistenza si applicano esclusivamente gli artt. 2.1, 2.2 e 2.9 del capitolo 2. "Norme generali".

FINE TESTO SEZIONE

