

Contratto di Assicurazione Danni

Vitanuova Famiglia

POLIZZA INFORTUNI A PREMIO ANNUO A PROTEZIONE DELLA FAMIGLIA

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP BASE
- IL DIP AGGIUNTIVO
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- IL FAC-SIMILE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO E' STATO REDATTO IL 01/04/2019.

"PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI"

**Documento redatto secondo le linee guida
"Contratti Semplici e Chiari"**



Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di Assicurazione è?

Questa polizza copre gli infortuni subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali e di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità, i quali abbiano per conseguenza una delle prestazioni garantite in Polizza.



Che cosa è assicurato?

Le prestazioni assicurate per le somme indicate in Polizza, sono divise in sezioni (è possibile attivare una o più delle seguenti garanzie):

✓ Sezione Infortuni

Capitale in caso di Morte da infortunio o Invalidità Permanente da Infortunio (Indennizzo calcolato in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertato), **Lesioni da Infortunio** (indennizzo predeterminato per fratture o ustioni), **Rimborso spese di cura da Infortunio** sostenute e documentate, **Diaria da Infortunio** (somma giornaliera in caso di Ricovero, Convalescenza, Gessatura a seguito di Infortunio).

Le somme assicurate sono scelte dal cliente.

✓ Sezione Malattia

Capitale in caso di **Invalidità Permanente da Malattia** dell'Assicurato non inferiore al 65%. La somma assicurata è proposta in automatico.

✓ Sezione Grandi Interventi Chirurgici

Rimborso spese di cura in caso di **Grandi Interventi Chirurgici**. La somma assicurata è proposta in automatico.

✓ Sezione Assistenza

Net Insurance S.p.A. per il tramite di Europ Assistance Italia S.p.A. (società a cui ha affidato la gestione delle Prestazioni) offre all'Assicurato un servizio di **Assistenza** in grado di risolvere numerose situazioni di difficoltà ed emergenza, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ L'Assicurazione non opera per le garanzie non acquistate; sono sempre esclusi i danni commessi con dolo del Contraente o dell'Assicurato (e/o dei rappresentanti legali).
- ✗ **Sezione Infortuni:** guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei; pratica di sport aerei in genere; pratica di sport estremi e pericolosi in genere; pratica di sport esercitati professionalmente; l'uso e la guida di veicoli a motore o natanti se l'assicurato è privo dell'abilitazione; guida e uso di mezzi subacquei; ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni; infarti e ictus.
- ✗ **Sezione Malattia:** Invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto della Polizza; Malattie insorte anteriormente alla data di decorrenza della Polizza e già note in quel momento; abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni; trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.
- ✗ **Sezione Grandi Interventi Chirurgici:** spese non direttamente inerenti il Ricovero per l'Intervento chirurgico; Interventi chirurgici non riconducibili all'elenco presente nella Tabella "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici".
- ✗ **Sezione Assistenza:** tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole prestazioni.



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste franchigie, scoperti e limiti di indennizzo.

- ! **Sezione Infortuni:** L'Invalidità Permanente da infortunio è sottoposta ad una franchigia variabile a seconda dalla percentuale di invalidità permanente accertata. Il Rimborso spese di cura prevede uno Scoperto del 25% con il minimo di € 100,00. La Diaria da Infortunio viene corrisposta con l'applicazione di una Franchigia assoluta di 2 giorni.
- ! **Sezione Malattia:** L'Invalidità Permanente da infortunio è sottoposta ad una franchigia del 65%.



Dove vale la copertura

Le coperture valgono per i sinistri avvenuti in tutto il mondo.

- **Assistenza** alcune prestazioni sono valide solo in Italia.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno, ovvero il diritto di rivalsa per i danni risarciti obbligatoriamente a terzi.

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato.



Quanto e come devo pagare?

Il premio viene pagato annualmente ed in via anticipata, salvo diversa pattuizione.

Puoi effettuare il pagamento mediante carta di credito, SDD, bonifico (SCT).

Puoi chiedere il frazionamento semestrale e trimestrale.

È possibile optare per il frazionamento semestrale o trimestrale senza oneri aggiuntivi, se il premio di rata è uguale o maggiore ad € 150,00.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha durata quadriennale, ma è comunque in facoltà di ciascuna delle Parti di rescindere l'Assicurazione al termine di ogni annualità. La copertura comincia alle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, a condizione che sia stato pagato il premio. In caso contrario la copertura comincia alle ore 24.00 del giorno del pagamento.

La polizza è stipulata con la formula del tacito rinnovo ed in mancanza di disdetta, si rinnova automaticamente ad ogni scadenza annuale per un altro anno e così successivamente di anno in anno.



Come posso disdire la polizza?

Puoi impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Contratto di Assicurazione Infortuni a Premio Annuo.



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP Aggiuntivo Danni)

Compagnia: Net Insurance S.p.A.

Prodotto: Polizza Vitanuova Famiglia

Data ultimo aggiornamento: 01/04/2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazioni prima della sottoscrizione del contratto.

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Net Insurance - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n.2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 46.411 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità, determinato in applicazione alla normativa Solvency II, è pari a 5,51 quale rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio Civilistico e dal Bilancio di Solvibilità al 31/12/2017, disponibili sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it/documenti-societari.asp>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che Cosa è assicurato?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

✓ Sezione Infortuni

La garanzia Morte da infortunio prevede la liquidazione del Capitale assicurato, trascorsi 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta. Nel caso in cui, a seguito di Infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte di entrambi i genitori, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo supplementare.

In caso di Invalidità permanente accertata superiore al 65%, viene liquidato un Indennizzo pari al 100% del Capitale assicurato. La garanzia Invalidità permanente è estesa alle ernie addominali traumatiche o da sforzo.

E' prevista una indennità aggiuntiva di € 2.500,00 per gli Infortuni che determinano la Perdita dell'anno scolastico.

In caso di Infortunio a seguito di scippo o rapina, i Capitali Assicurati per i casi Morte e Invalidità Permanente, s'intendono aumentati del 25%.

La garanzia Rimborso spese di cura da Infortunio è estesa ai danni estetici.



Che Cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

Le coperture non sono operanti in caso di danni causati da:

✗ Sezione Infortuni:

- guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato.

- partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal C.O.N.I.;
- tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo;
- movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- Infortuni le cui conseguenze si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);

✗ Sezione Malattia:

- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche;
- stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione, tumulti popolari e atti di terrorismo, comprese le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
- conseguenti a movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate;
- atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
- patologie determinate da influenze elettromagnetiche;
- patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS;

✗ Sezione Grandi Interventi Chirurgici:

- Infortuni, le Malattie e gli stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipula del contratto;
- Malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere;
- cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- parto naturale o cesareo e l'aborto volontario non terapeutico;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni e simili;
- cure e Interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici;
- cure per l'eliminazione o correzione di Malformazioni;
- correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- applicazioni e Interventi di carattere estetico;
- protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche;
- cure non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- agopuntura;
- Ricoveri e le degenze in regime di Day hospital avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici a qualunque titolo praticati o allo scopo di praticare trattamenti terapeutici che possano essere effettuati ambulatorialmente, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;
- Ricoveri in Istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lunga degenza;

- conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS;
- spese non direttamente inerenti il Ricovero per l'Intervento chirurgico;
- accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;

✗ Sezione Assistenza:

Sono escluse le prestazioni conseguenti a:

- Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- Malattie mentali e disturbi psichici in genere;
- Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- aborto volontario non terapeutico;
- Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato;
- Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- Infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche;
- soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo.



Ci sono limiti di copertura?

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni.

! Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto l'età degli Assicurati non potrà essere superiore:

- per la Sezione Infortuni a 70 anni,
- per la Sezione Malattia a 60 anni,
- per la Sezione Grandi Interventi Chirurgici a 60 anni.

! Sezione Infortuni

- La franchigia sulla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio, varia al crescere del danno accertato, fino ad annullarsi, secondo il seguente schema:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
1%	0,2%
2%	0,5%
3%	1%
4%	2%
5%	3%
6%	4%
7%	5%
8%	6%
9%	7%
10%	10%

- L'estensione di garanzia alle ernie addominali traumatiche o da sforzo viene prestata con il massimo del 10% del Capitale assicurato per l'Invalidità Permanente.

- Nella garanzia Lesioni da Infortunio, La Frattura è indennizzabile esclusivamente se diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio ed è certificata da esame di diagnostica per immagini effettuato in un Pronto Soccorso pubblico o in un Istituto di Cura privato autorizzato all'esercizio della diagnostica per immagini.
- Nella garanzia Rimborso spese di cura da infortunio Le spese per i medicinali e per i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsate fino alla concorrenza del 20% del Capitale assicurato.
- L'estensione di garanzia ai danni estetici viene prestata con il massimo di € 5.000,00, entro il limite del Capitale assicurato per la Garanzia Rimborso spese di cura da infortunio e con l'applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 50,00.
- La Diaria da ricovero per infortunio, in caso di Day hospital e Day surgery viene corrisposta in misura pari al 50%.
- La Diaria da gessatura viene corrisposta con il massimo di 60 giorni.
- La Diaria per Convalescenza post Ricovero viene corrisposta in misura pari al 50%, con il minimo di 3 ed il massimo di 30 giorni.

! Sezione Grandi Interventi Chirurgici

- Prestazioni prima del Ricovero: vengono corrisposte quelle effettuate nei 90 giorni precedenti la data dell'Intervento chirurgico;
- Prestazioni dopo il Ricovero: vengono corrisposte quelle effettuate nei 90 giorni successivi alla cessazione del Ricovero per l'Intervento chirurgico ed entro il limite del 10% del Massimale assicurato per l'Intervento chirurgico medesimo.

! Sezione Assistenza

- Le prestazioni possono essere erogate per un massimo di tre volte per ciascun tipo, nel corso dell'Anno assicurativo.

! Rivalse

L'Assicuratore che ha pagato l'indennizzo relativo rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del Sinistro.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia sinistro: l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso all'Assicuratore, entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. La denuncia deve essere corredata di certificato medico e deve contenere indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.
	Assistenza diretta in convenzione: Le prestazioni che l'assicurato riceve da soggetti, enti o strutture diverse dalla Compagnia sono quelle del personale che interviene in forza della garanzia "Assistenza" (si veda il riquadro successivo).
	Gestione da parte di altre imprese: Net Insurance S.p.A. ha affidato la gestione dei Sinistri Assistenza a Europ Assistance Italia S.p.A.
	Prescrizione: si rammenta al Contraente che i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono, in base al codice civile, in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni false o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.



Quanto e come devo pagare?

Premio	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni. Il Premio di Assicurazione è comprensivo di imposta.
---------------	--

Rimborso	Entro il 15° giorno successivo alla data di efficacia del recesso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente il premio relativo al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.
-----------------	--



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni. Sezione Malattia: periodi di carenza delle coperture - 60 giorni successivi all'effetto dell'Assicurazione per le Malattie insorte successivamente a tale data, - 180 giorni successivi a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza. Sezione Grandi Interventi Chirurgici: periodi di carenza delle coperture - 30 giorni successivi all'effetto dell'Assicurazione per le Malattie, - 180 giorni successivi a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono esposte di seguito maggiori informazioni. Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e l'Assicuratore possono recedere dall'Assicurazione dandone comunicazione all'altra parte con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno o posta elettronica certificata, con preavviso di 30 giorni.
Risoluzione	Non sono previsti casi in cui il Contraente ha il diritto di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto

Il contratto è rivolto a coloro che vogliono assicurare i rischi di eventi gravi ed imprevisti che possono compromettere la salute e l'integrità fisica dell'Assicurato/Contraente nello svolgimento delle attività professionali dichiarate nella Proposta di Assicurazione e di ogni altra attività svolta senza carattere di continuità.
--



Quali costi devo sostenere?

Sul Premio pagato, incidono i seguenti costi per l'intermediazione assicurativa, a carico del Contraente: - quota parte del premio imponibile in valore percentuale, percepita in media per l'intermediazione assicurativa pari al 30,00%
--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami, intesi come una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione o di un suo agente e relativi dipendenti o collaboratori, riguardo ad un contratto o ad un servizio assicurativo (Regolamento ISVAP n. 24 del 2008, art. 2 lett. t bis), devono essere inoltrati, in forma scritta, tramite posta, fax o e-mail, a: Net Insurance S.p.A. - Ufficio Reclami Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 Roma
----------------------------------	--

	Fax 06 89326.570 - Pec: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it Al fine di un'ottimale gestione dei reclami devono essere forniti i seguenti dati: • nome, cognome e domicilio del reclamante ed eventuale recapito telefonico e/o indirizzo email; • numero di polizza; • numero di sinistro, qualora aperto; • individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni documentazione utile a sostegno della lamentela unita in allegato. La Compagnia, ricevuto il reclamo, ha 45 giorni (termine che può estendersi per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso di reclamo relativo al comportamento di un agente o relativo dipendente o collaboratore, laddove l'impresa richieda a quest'ultimo documentazione integrativa per la gestione del reclamo) per fornire un riscontro motivato al reclamante, in un linguaggio semplice e facilmente comprensibile. Si ricorda che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.
All'IVASS	Qualora il diretto interessato, anche tramite i suoi rappresentanti, non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o non abbia ricevuto risposta nel termine massimo di 45 giorni (prorogabile per un massimo di ulteriori 15 giorni nel caso sopra indicato), prima di interessare l'Autorità giudiziaria, può rivolgersi a: 800486661 – Fax 06.42133745 – 42133353 www.ivass.it La richiesta dovrà essere redatta in forma scritta e contenere le seguenti informazioni: • dati anagrafici del reclamante (nome, cognome, indirizzo postale, indirizzo email - se disponibile anche indirizzo PEC, eventuale recapito telefonico); • individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; • ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Per la presentazione del reclamo all'IVASS, sul sito dell'Autorità è presente un apposito modulo da utilizzare per fornire tutti gli elementi necessari alla trattazione del reclamo. Devono essere inoltrati direttamente all'IVASS: • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 7 settembre 2005 n. 209 (Codice delle Assicurazioni) e relativi regolamenti attuativi; • i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del D. Lgs. del 6 settembre 2005 n. 206 (vendita a distanza); • i reclami già presentati direttamente all'impresa di assicurazione o agli agenti, che non hanno ricevuto risposta entro il termine previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008 da parte dei soggetti interessati o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente; • i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Tutte le controversie relative ai contratti di assicurazione stipulati con la Net Insurance S.p.A. sono soggette alla giurisdizione italiana, pertanto resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione (art. 5 D. Lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni) deferendo la controversia esclusivamente a organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it).

	Per i prodotti ove previsto è possibile l'utilizzo dell'Arbitrato, nella forma e nella modalità previsti dalle condizioni di assicurazione. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami per cui si sia già adita l'Autorità Giudiziaria o per i quali presso quest'ultima sia pendente un procedimento.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il contratto (rintracciabile all'indirizzo http://ec.europa.eu/finance/fin-net/), o all'IVASS che provvede all'inoltro dandone notizia al reclamante.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO E/O IL QUESTIONARIO MEDICO ANAMNESTICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALI DOCUMENTI. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE ED ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.

Sommario

GLOSSARIO	4
PREMESSA.....	8
NORME DI CARATTERE GENERALE	9
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.....	9
Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio	9
Art. 3 - Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza.....	9
Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione	9
Art. 5 - Forma delle comunicazioni	9
Art. 6 - Aggravamento del Rischio	10
Art. 7 - Diminuzione del Rischio.....	10
Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro.....	10
Art. 9 - Riduzione dei capitali assicurati.....	10
Art. 10 - Cambiamento della residenza	10
Art. 11 - Validità territoriale	10
Art. 12 - Colpa grave	10
Art. 13 - Buona fede	10
Art. 14 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	10
Art. 15 - Oneri fiscal	11
Art. 16 - Altre assicurazioni	11
Art. 17 - Limite massimo dell'Indennizzo.....	11
Art. 18 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente.....	11
Art. 19 - Legge applicabile	11
Art. 20 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto.....	11
Art. 21 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario	11
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	12
Art. 22 - Persone non assicurabili	12
Art. 24 - Dichiarazioni di buono stato di salute - Questionario Sanitario.....	12
Art. 25 – Pagamento dell'Indennizzo.....	12
Art. 26 - Rinuncia al diritto di surrogazione	13
Art. 27 - Arbitrato	13
SEZIONE 1 - INFORTUNI	14
Art. 28 - Oggetto dell'Assicurazione	14
A. GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO	14
B. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO.....	15
C. GARANZIA LESIONI DA INFORTUNIO.....	16
D. GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO.....	18
E. GARANZIA DIARIA DA INFORTUNIO	18
Art. 29 – Esclusioni	19
Art. 30 - Cosa fare in caso di Sinistro.....	20
Art. 31 - Criteri di indennizzabilità.....	21



Art. 32 - Cumulo di Indennizzi.....	21
Art. 33 - Anticipo Indennizzi	21
Art. 34 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata	21
SEZIONE 2 - MALATTIA	22
Art. 35 - Oggetto dell'assicurazione.....	22
A. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.....	22
Art. 36 - Esclusioni	22
Art. 37 - Termini di Carenza	23
Art. 38 - Cosa fare in caso di Sinistro.....	23
Art. 39 - Criteri di indennizzabilità	24
Art. 40 - Determinazione dell'Indennizzo.....	24
SEZIONE 3 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	25
Art. 41 - Oggetto dell'Assicurazione.....	25
A. GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	25
Art. 42 – Esclusioni	26
Art. 43 - Termini di Carenza	26
Art. 44 - Cosa fare in caso di Sinistro	27
SEZIONE 4 – ASSISTENZA ALLE PERSONE.....	28
A. GARANZIA ASSISTENZA PERSONA.....	28
Art. 45 - Oggetto dell'Assicurazione.....	28
Art. 46 – Esclusioni	31
Art. 47 - Come attivare le Prestazioni Assistenza persona.....	31
ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI.....	33
ALLEGATO 2. ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	39
PROPOSTA.....	41
CONTATTI UTILI	43



GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato o convenzionale attribuito ai termini che seguono. Le definizioni indicate e al presente Glossario sono indicate all'interno delle Condizioni di Assicurazione con la lettera iniziale maiuscola.

Definizioni

Anno assicurativo

Periodo calcolato in anni interi a partire dalle ore 24.00 della data di effetto.

Apparecchio terapeutico amovibile

Dispositivo utilizzato nel trattamento di contenzione articolare o distrettuale, o per osteosintesi, reso necessario da lesioni traumatiche conseguenti ad infortunio.

Arbitrato

Le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (lodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assistenza

La garanzia assicurativa con la quale l'Assicuratore si impegna a mettere a immediata disposizione dell'Assicurato un aiuto, che consiste nella Prestazione di un servizio, nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Beneficiario

Persona fisica o persona giuridica, che può coincidere o meno con l'Assicurato stesso, e che riceve la prestazione prevista dal contratto quando si verifica l'evento.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che l'Assicuratore indennizza in caso di sinistro ed è riportato in Polizza.

Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione a favore degli Assicurati.



Controversia

S'intende il primo atto scritto dal quale deriva in capo all'Assicurato la necessità di assistenza legale o anche il primo atto scritto dal quale deriva in capo all'Assicurato il proprio diritto in termini di "assistenza legale".

Convalescenza

Periodo di tempo successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti.

Danni

I danni risarcibili ai sensi di Legge in conseguenza di morte o lesioni personali e/o distruzione o deterioramento di cose.

Day hospital

La degenza in Istituto di cura senza pernottamento, documentata da cartella clinica.

Day surgery

La degenza in Istituto di cura senza pernottamento, documentata da cartella clinica, utilizzata nel caso in cui l'utente debba sottoporsi ad interventi chirurgici o procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi invasive che non richiedano il pernottamento in ospedale.

Difetti fisic

La mancanza o l'imperfezione non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della Polizza.

Franchigia

Il numero di giorni o l'importo (espresso in valore assoluto o in percentuale sul capitale/massimale assicurato) dedotti dal danno indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico.

Frattura

Soluzione di continuità del tessuto osseo provocata da infortunio. S'intende pertanto esclusa qualsiasi lesione al solo tessuto cartilagineo od ai soli altri tessuti aventi rapporti di continuità e contiguità con l'osso.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, l'Assicuratore procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Gessatura

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili. Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molli";
- i busti ortopedici elastici;



- d. i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e. altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

Inabilità temporanea

Temporanea incapacità fisica ad attendere, in tutto od in parte, alle occupazioni professionali svolte abitualmente.

Indennizzo / Indennità

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in Istituto di cura o in ambulatorio, realizzabile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica, luminosa o microonde.

Invalidità permanente

Incapacità fisica definitiva ed irrimediabile dell'Assicurato a svolgere in tutto od in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

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

Malattie coesistenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Malattie preesistenti

La malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.

Malformazione

Ogni alterazione fisica e/o psichica sviluppatasi durante la vita intrauterina.



Manifestazione

Sintomatologia oggettiva della malattia.

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun sinistro e anno assicurativo, l'Assicuratore presta la garanzia.

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone legate da vincolo di parentela, di affinità o di fatto con l'Assicurato e con lui stabilmente conviventi.

Parte

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Prestazioni

L'Assistenza da erogarsi in natura da parte dell'Assicuratore tramite la Struttura Organizzativa, nel momento del bisogno.

Questionario Sanitario

Modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell'Assicurando, che l'Assicuratore utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione.

Il Questionario Sanitario deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurando.

Ricovero

La degenza, comportante almeno un pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera (esclusi stabilimenti termali).

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scoperto

La parte di danno, indennizzabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Sinistro

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



Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Piazza Trento, 8 – 20135 Milano – costituita da medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con l'Assicuratore provvede, per incarico in quest'ultimo, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Assicuratore stesso, le Prestazioni di Assistenza previste in Polizza.

Transazione

Accordo con il quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Ustione

Lesione provocata dal calore che determina la distruzione della pelle e/o dei tessuti sottostanti. Viene considerata di 2° grado nel caso la distruzione si limiti agli strati superficiali della pelle e di 3° grado nel caso la distruzione riguardi l'intero spessore della pelle.

PREMESSA

VITANUOVA FAMIGLIA è il prodotto che NET INSURANCE ha appositamente studiato per la protezione della Salute dei Clienti dei Consulenti Assicurativi di VITA NUOVA.

VITANUOVA FAMIGLIA prevede infatti piani assicurativi prestabiliti e a coperture crescenti per la soddisfazione delle diverse esigenze della clientela; la sua modularità, inoltre, permette al cliente di poter costruire la propria copertura assicurativa in base ai propri bisogni assicurativi e alla propria disponibilità economica.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul modello di Polizza, ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati e/o nelle presenti Condizioni di Assicurazione per le singole Garanzie, fatte salve altresì le Franchigie e i limiti di Indennizzo che siano riportati in Polizza o all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le coperture assicurative indicate sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo Premio.

Il prodotto è suddiviso in 4 Sezioni secondo lo schema seguente:

1. SEZIONE INFORTUNI
 - a. Garanzia **Morte da Infortunio**
 - b. Garanzia **Invalidità permanente da Infortunio**
 - c. Garanzia **Lesioni da Infortunio**
 - d. Garanzia **Rimborso spese di cura da Infortunio**
 - e. Garanzia **Diaria da Infortunio**
2. SEZIONE MALATTIA
 - a. Garanzia **Invalidità permanente da Malattia**
3. SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI
 - a. Garanzia **Grandi Interventi chirurgici**
4. SEZIONE ASSISTENZA ALLE PERSONE
 - a. Garanzia **Assistenza persona**



NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio

Fermi i termini di Carenza di cui agli Artt. 37 e 43 - "Termini di Carenza", l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

L'Assicurazione ha una durata pari a quattro anni ed in mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente. È comunque in facoltà di ciascuna delle Parti di rescindere l'Assicurazione al termine di ogni annualità, dando comunicazione all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Il contratto prevede il pagamento di un Premio da corrispondersi con cadenza annuale, il cui importo è indicato in Polizza.

Il Premio annuo di durata è frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o trimestrali senza oneri aggiuntivi se il Premio di rata è uguale o maggiore ad € 150,00.

Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

Art. 3 - Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza

Fermo il disposto dell'Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del contratto", qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di sottoscrivere il presente contratto (data di effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto, salvo il diritto di recesso consentito al Contraente dalla Legge. Il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando all'Assicuratore la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata;

L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono all'Assicuratore, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il contratto.



Art. 6 - Aggravamento del Rischio

Il **Contraente** o l'**Assicurato** deve dare comunicazione scritta all'**Assicuratore** di ogni aggravamento del **Rischio**. Gli aggravamenti di **Rischio** non noti o non accettati dall'**Assicuratore** possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, nonché la stessa cessazione dell'**Assicurazione**, ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 7 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio l'**Assicuratore** è tenuto a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 c.c., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni **Sinistro** denunciato a termini di **Polizza** e fino al 60° gio no dal pagamento o rifiu o dell'**Indennizzo**, le **Parti**, mediante lettera raccomandata A.R., posta elettronica certificata o fax possono ecedere dall'**Assicurazione** con preavviso di almeno 30 giorni.

In caso di recesso esercitato dall'**Assicuratore**, quest'ultimo, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di **Premio**, al netto dell'imposta, relativa al periodo di **Rischio** non corso.

Il presente disposto non è applicabile in caso di **Sinistro** inerente la SEZIONE 2 – MALATTIA e la SEZIONE 3 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

Art. 9 - Riduzione dei capitali assicurati

In caso di **Sinistro**, i Capitali assicurati con le singole Garanzie di Polizza ed i relativi limiti di Indennizzo, si intendono ridotti con effetto immediato e fino al termine del periodo di Assicurazione in corso, di un importo uguale a quello del Danno rispettivamente indennizzabile senza corrispondente restituzione del Premio.

Qualora a seguito del **Sinistro** stesso l'**Assicuratore** decida invece di recedere dal contratto si farà luogo al rimborso del Premio, al netto dell'imposta, non goduto sulle somme assicurate rimaste in essere.

Art. 10 - Cambiamento della residenza

In caso di variazione di residenza (risultante dal certificato anagrafico relativo), il Contraente deve comunicarlo all'**Assicuratore**, entro le ore 24 del 30° giorno dalla data della variazione.

Art. 11 - Validità territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole coperture, l'**Assicurazione** è valida in tutto il mondo.

Art. 12 - Colpa grave

L'**Assicurazione** è efficace, anche per i Danni determinati da colpa grave dell'**Assicurato**.

Art. 13 - Buona fede

L'omissione della comunicazione, da parte del Contraente, di una circostanza eventualmente aggravante il Rischio successiva alla stipulazione della presente Polizza, non pregiudica il diritto al risarcimento dei Danni, sempreché tale omissione sia avvenuta in buona fede, e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere all'**Assicuratore** il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 14 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**Assicurato**, così come disposto dall'art. 1891 c.c.



Art. 15 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.
Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 16 - Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare, in sede di stipula dell'Assicurazione, l'eventuale esistenza di altre coperture assicurative per lo stesso Rischio, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di Sinistro.
Se sulle medesime cose e per il medesimo Rischio coesistono più assicurazioni, in caso di Sinistro il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori e deve richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato ai sensi dell'art. 1910 c.c.
L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo, può comportare la perdita del diritto all'Indennizzo.

Art. 17 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'art. 1914 c.c., a nessun titolo l'Assicuratore potrà essere tenuto a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 18 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 19 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 20 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna Indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o Indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Art. 21 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente regolato, valgono le norme di Legge.



NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 22 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I. .S.), i soggetti sieropositivi al virus H.I.V., nonché le persone affette da epilessia, dalla **Malattia** di Parkinson o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

L'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi, ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 23- Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto l'età degli Assicurati non potrà essere superiore:

- per la **SEZIONE 1 – INFORTUNI**, a **70 anni**.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte;

- per la **SEZIONE 2 - MALATTIA**, a **60 anni**.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte;

- per la **SEZIONE 3 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**, a **60 anni**.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 65° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.

Art. 24 - Dichiarazioni di buono stato di salute - Questionario Sanitario

Con riferimento alla **SEZIONE 1 – INFORTUNI** l'Assicuratore presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni del **Contraente**, riportate in **Polizza**.

Con riferimento alla **SEZIONE 2 – MALATTIA** ed alla **SEZIONE 3 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**, l'Assicuratore presta il suo consenso all'Assicurazione in base alle dichiarazioni del **Contraente/Assicurati**, inerenti lo stato di salute degli Assicurati, riportate in **Polizza** e nel **Questionario Sanitario**, che sono parte integrante del contratto.

Le inesattezze e le reticenze del **Contraente/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, 1894 c.c.

Art. 25 – Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività delle Garanzie, ricevuta la documentazione completa necessaria per la valutazione, e compiuti gli accertamenti del caso, l'Assicuratore determina l'Indennizzo che risulti dovuto, ne dà comunicazione scritta agli aventi diritto e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 30 giorni dalla data in cui è stato firmato l'atto di liquidazione.

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi, tuttavia:

1. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire dopo che l'Indennizzo sia già stato liquidato o comunque sia pervenuto al medesimo offerta in misura determinata, l'Assicuratore pagherà agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.
2. nel caso in cui l'Assicurato dovesse morire prima del termine per l'accertamento dei postumi permanenti dell'Invalidità derivante dall'Infortunio o dalla Malattia o prima dell'accertamento medico-legale dell'Assicuratore, per cause diverse da quella che hanno generato l'Invalidità, gli eredi dell'Assicurato possono dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di altra documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

Per le prestazioni di rimborso delle spese sostenute, qualora lo stesso abbia presentato anche a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.



Il pagamento dell'Indennizzo viene effettuato in Italia e in valuta corrente, anche per le spese sostenute all'estero, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 26 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Qualora l'Infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi, l'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili del Sinistro.

Art. 27 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalidità permanente da Infortunio, sul grado di Invalidità permanente da Malattia, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla determinazione della riconducibilità dell'Intervento chirurgico alla Tabella di cui all'Allegato 2, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità, a norma e nei limiti delle Condizioni di Assicurazione, possono essere demandate per iscritto a due medici, nominati uno per Parte, i quali si riuniscono nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato o quello a lui preferito.

Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo; le decisioni sono prese a maggioranza con dispensa da ogni formalità di Legge e sono vincolanti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Se una Parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta ad istanza della Parte più diligente dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino all'Assicurato).

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può concedere una provvisoria sull'Indennizzo.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del medico da essa designato, quelle del terzo medico sono ripartite a metà.

Resta salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex art. 5 D. Lgs 28/2010 avanti ad organismo di mediazione abilitato.



SEZIONE 1 - INFORTUNI

Le seguenti Garanzie sono valide solo se è richiamato in Polizza il relativo Capitale assicurato e se è stato pagato il relativo Premio:

Art. 28 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale, per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- a. dell'attività professionale dichiarata in Polizza;
- b. di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità (extraprofessionale);

anche se derivanti da:

1. negligenza, imprudenza o imperizia anche gravi, a parziale deroga dell'art. 1900 c.c.;
2. aggressioni, o tumulti popolari, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**, a parziale deroga dell'art. 1912 c.c.;
3. atti di temerarietà, **soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa**;

sono equiparati ad Infortunio e quindi indennizzabili:

4. gli Infortuni sofferti in stato di maleore o incoscienza;
5. l'asfissia non dipendente da patologie pregresse;
6. l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento accidentale e acuto di sostanze;
7. l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole, di calore, di freddo e le altre influenze termiche ed atmosferiche;
8. le affezioni conseguenti a morsi o punture di animali **(con esclusione della malaria e delle Malattie tropicali)**;
9. le conseguenze dell'embolia gassosa, **purché non conseguenti a pratica subacquea**;
10. gli Infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei di trasporto pubblico o privato, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi i viaggi effettuati**:
 - a. su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - b. su aeromobili in esercizio da parte di aeroclubs;
 - c. su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
 la copertura inizia dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui scende.

Resta convenuto che in caso di Sinistro aereo che colpisca più Assicurati con l'Assicuratore, il limite aggregato di Indennizzo non potrà comunque superare la somma di € 5.000.000,00 per tutti gli Indennizzi riconducibili allo stesso evento. Qualora gli Indennizzi complessivamente dovuti dall'Assicuratore per il medesimo Sinistro aereo eccedano il limite sopra indicato, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite ed il totale degli Indennizzi dovuti.¹

A. GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza la morte, se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, l'Assicuratore garantisce l'Indennizzo corrispondente al Capitale assicurato indicato in Polizza, anche successivamente alla scadenza del contratto. L'Indennizzo sarà liquidato ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali fra loro.

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuta la morte, l'Assicuratore liquida, agli aventi diritto di cui sopra, il Capitale assicurato previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà non prima che siano trascorsi 6 mesi dalla dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 c.c.

Qualora, dopo il pagamento dell'Indennizzo, l'Assicurato risultasse in vita, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma pagata. L'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.



MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI COMMORIENZA DEI GENITORI

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte di entrambi i genitori, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo supplementare per il caso morte ai:

- figli minorenni;
- figli fino a 25 anni, se studenti o non lavoratori;
- figli portatori di handicap;

tale Indennizzo supplementare è pari al:

- 50% nel caso in cui entrambi i genitori risultino Assicurati con la presente Garanzia;
- 25% nel caso in cui un solo genitore risulti Assicurato con la presente Garanzia.

B. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza una Invalidità permanente, se la stessa si verifica **entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio**, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo determinato mediante applicazione, sul Capitale assicurato, della percentuale di Invalidità permanente accertata secondo i criteri stabiliti dalla "Tabella delle menomazioni" allegata al D.M. 38/2000 del 12 luglio 2000. Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Invalidità permanente, non determinabile sulla base dei valori stabiliti nella citata tabella, verranno applicati i criteri di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni funzionali, che non comportino la perdita di un arto o di un organo, o in caso di minorazioni diverse da quelle di cui alla tabella citata, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo sulla base del grado di Invalidità permanente calcolato in proporzione alla funzionalità perduta con il limite delle percentuali riportate nella tabella stessa;
- nel caso di menomazioni di uno o più distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo corrispondente alla somma matematica delle percentuali di Invalidità permanente distintamente valutate, con il limite del valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella citata tabella, il grado di Invalidità permanente viene determinato attraverso i valori e i criteri sopra indicati e tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di Invalidità permanente calcolata sulla base dei valori indicati nella citata tabella e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

In caso di Invalidità permanente accertata superiore al 65%, viene liquidato un Indennizzo pari al 100% del Capitale assicurato per il caso di Invalidità permanente.

Tale estensione di Garanzia non è operante per gli Assicurati di età superiore a 75 anni.

FRANCHIGIA

La liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente viene effettuata con le seguenti modalità:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Invalidità Permanente liquidata
1%	0,2%
2%	0,5%
3%	1%
4%	2%
5%	3%
6%	4%
7%	5%
8%	6%
9%	7%
dal 10% al 50%	corrispondente percentuale dal 10% al 50%
dal 51% al 65%	65%
dal 66% al 100%	100%



ESTENSIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE O DA SFORZO

Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, tecnicamente non operabili,

L'Assicuratore corrisponde un'Indennità pari alla percentuale di Invalidità permanente accertata con il massimo del 10% del Capitale assicurato per il caso di Invalidità permanente, ferma l'applicazione della Franchigia. Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di ernia precedentemente alla stipulazione del contratto. Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diverse da quelle addominali traumatiche o da sforzo.

PERDITA ANNO SCOLASTICO

Nel caso di Infortunio che causi una Invalidità permanente, indennizzabile a termini di Polizza, che comporti l'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, **L'Assicuratore corrisponde una Indennità aggiuntiva pari a € 2.500,00.**

La presente Garanzia opera per gli Assicurati che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria, italiane o straniere, situate nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Il pagamento dell'Indennità viene corrisposto previa certificazione, rilasciata dalla competente autorità amministrativa pubblica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni e previa dimostrazione, mediante certificazione medica, che tali assenze siano diretta conseguenza dell'Infortunio denunciato.

INFORTUNI CONSEGUENTI A SCIPPO E RAPINA

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio a seguito di scippo o rapina, i Capitali Assicurati relativi ai casi Morte e Invalidità Permanente, s'intendono aumentati del 25%, **ferme le Franchigie previste.**

La comunicazione del Sinistro deve essere corredata da denuncia all'Autorità Giudiziaria e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento.

ESONERO PREMIO

Qualora il Contraente che sia anche Assicurato, subisca un Infortunio che abbia come conseguenza un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 10%, l'Assicuratore esonera il Contraente stesso dal pagamento del Premio annuo complessivo della presente Assicurazione, anche se frazionato, comprensivo di tutte le garanzie presenti in Polizza e delle imposte, relativo all'annualità successiva alla data di accadimento del Sinistro.

C. GARANZIA LESIONI DA INFORTUNIO

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio che abbia come conseguenza una Frattura od una Ustione tra quelle individuate nella tabella di seguito riportata, denominata "Tabella Indennizzi delle Lesioni", l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato in unica soluzione, per la lesione indicata nella tabella, l'Indennizzo corrispondente.

TABELLA INDENNIZZI DELLE LESIONI

TIPOLOGIA LESIONI	INDENNIZZO CORRISPOSTO
FRATTURE DEL CAPO (TECA CRANICA, MASSICCIO FACCIALE, ESCLUSI DENTI)	
Frattura della teca cranica che necessiti di intervento chirurgico	€ 2.000,00
Tutti gli altri tipi di Frattura della teca cranica	€ 1.000,00
Frattura massiccio facciale che necessiti di intervento chirurgico	€ 1.300,00
Tutti gli altri tipi di Frattura massiccio facciale	€ 500,00
FRATTURE DEL TRONCO	
Frattura clavicola, scapola o sterno che necessiti di intervento chirurgico	€ 800,00
Tutti gli altri tipi di Frattura clavicola, scapola o sterno (indennizzo riferito al singolo osso)	€ 400,00
Frattura costole (almeno due costole, indennizzo complessivo)	€ 400,00
FRATTURE DELLA COLONNA VERTEBRALE TRATTO CERVICALE	



Frattura del corpo/anello vertebrale	€ 1.800,00
Frattura di uno o più processi trasversi o spinosi o del peduncolo vertebrale	€ 800,00
FRATTURE DELLA COLONNA VERTEBRALE TRATTO DORSO-LOMBARE	
Frattura del corpo/anello vertebrale	€ 1.800,00
Frattura di uno o più processi trasversi o spinosi o del peduncolo vertebrale	€ 800,00
FRATTURE DELLA COLONNA VERTEBRALE TRATTO SACRO COCCIGEO	
Frattura di ogni singolo osso	€ 400,00
FRATTURE DELLE OSSA DEL BACINO	
Frattura di anca o coccige che necessiti di intervento chirurgico	€ 2.000,00
Frattura di anca o coccige che non necessiti di intervento chirurgico	€ 1.000,00
FRATTURE DEGLI ARTI SUPERIORI: Omero, ulna, radio	
una o più Fratture non esposte (per singolo osso)	€ 400,00
una o più Fratture esposte (per singolo osso)	€ 1.300,00
FRATTURE DEGLI ARTI SUPERIORI: OSSA DELLA MANO (ESCLUSE DITA)	
Frattura di una o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo o il polso che necessiti di intervento chirurgico	€ 800,00
Frattura di una o più ossa che compongono il carpo e/o il metacarpo o il polso che non necessiti di intervento chirurgico	€ 400,00
FRATTURE DEGLI ARTI SUPERIORI: OSSA DELLE DITA	
Frattura falange/falangina/falangetta (almeno due falangi, indennizzo complessivo)	€ 400,00
FRATTURE DEGLI ARTI INFERIORI: FEMORE	
Frattura esposta	€ 1.800,00
Frattura non esposta	€ 800,00
FRATTURE DEGLI ARTI INFERIORI: ROTULA	
Frattura che necessiti di intervento chirurgico	€ 800,00
Frattura che non necessiti di intervento chirurgico	€ 400,00
FRATTURE DEGLI ARTI INFERIORI: TIBIA/PERONE	
Frattura non esposta, per singolo osso	€ 400,00
Frattura esposta, per singolo osso	€ 1.000,00
FRATTURE DEGLI ARTI INFERIORI: CAVIGLIA	
Fratture articolari caviglia (per ogni osso)	€ 600,00
FRATTURE DEGLI ARTI INFERIORI: OSSA DEL PIEDE (ESCLUSE DITA)	
Frattura di una o più ossa	€ 600,00
FRATTURE DEGLI ARTI INFERIORI: OSSA DELLE DITA DEL PIEDE	
Frattura di almeno tre falangi, indennizzo complessivo	€ 400,00
USTIONI DI 2° E 3° GRADO	
superiori al 20% della superficie corporea	€ 4.000,00
dal 9% al 20% della superficie corporea	€ 2.500,00

LIMITE DI INDENNIZZO DELLA GARANZIA LESIONI DA INFORTUNIO

La Garanzia viene prestata fino al Limite di Indennizzo per Sinistro e per Anno assicurativo di € 10.000,00

CONDIZIONI DI OPERATIVITA' ED ESCLUSIONI DELLA GARANZIA LESIONI DA INFORTUNIO

La copertura opera in conformità alle condizioni di seguito riportate, **rimanendo escluse dalla Garanzia assicurativa tutte le lesioni che non rispondono a tali condizioni:**



Fratture

La Frattura è indennizzabile esclusivamente se diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio. Inoltre la diagnosi deve essere certificata da esame di diagnostica per immagini (radiografia, T.A.C., R.M.N.) effettuato in un Pronto Soccorso pubblico o in un Istituto di Cura privato autorizzato all'esercizio della diagnostica per immagini.

Ustioni

La quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da Ustioni, ed il tipo di Ustione (secondo o terzo grado) avviene in base a quanto indicato nella documentazione medica rilasciata dall'Istituto di Cura.

D. GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio, indennizzabile per le Garanzie A. MORTE DA INFORTUNIO e B. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO, l'Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del Capitale assicurato indicato in Polizza, le seguenti spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 120 giorni successivi alla data del Sinistro:

- per il Ricovero in Istituto di cura pubblico o privato: rette di degenza, onorari medici, chirurgo, aiuto chirurgo, anestesista, materiale di Intervento, diritti di sala operatoria, medicinali;
- per Intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- per terapie fisiche anche specialistiche quali ad esempio: laserterapia, chiroterapia, chinesiterapia, trazioni vertebrali, ultrasuoni, marconiterapia, massoterapia.

In relazione alle prestazioni indennitarie di cui alle lettere c), e) ed f), la Garanzia è operante a condizione che le spese siano sostenute previa specifica prescrizione medica.

La Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 25%, con il minimo di € 100,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio.

Il sopraindicato Scoperto non si applica in caso di Sinistro che abbia comportato un Intervento chirurgico.

Le spese per i medicinali e per i trattamenti fisioterapici e rieducativi sono rimborsate fino alla concorrenza del 20% del Capitale assicurato.

ESTENSIONE AI DANNI ESTETICI

L'Assicurazione si intende estesa al rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per cure, applicazioni ed Interventi chirurgici effettuati allo scopo di eliminare o ridurre il Danno derivante da Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza per la **Garanzia B. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**, che abbia per conseguenza deturpazioni di carattere estetico.

L'estensione di Garanzia viene prestata con il massimo di € 5.000,00, entro il limite del Capitale assicurato per la Garanzia D. RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO e con l'applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 50,00.

E. GARANZIA DIARIA DA INFORTUNIO

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicuratore corrisponde la diaria indicata in Polizza per ogni giorno di Ricovero, documentato da cartella clinica, **con il massimo di 365 giorni per Sinistro ed Anno assicurativo.**

Le giornate di entrata e di uscita dall'Istituto di cura sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora di inizio del Ricovero e della dimissione.

L'Assicurazione vale anche in caso di:

- Day hospital e Day surgery, purché la degenza diurna sia di almeno 5 ore senza pernottamento**, in struttura sanitaria autorizzata, con rilascio di cartella clinica, **di durata superiore a 2 giorni anche non continuativi per uno stesso Infortunio; l'Indennità giornaliera è corrisposta in misura pari al 50%.**



ESTENSIONI DI GARANZIA

- b. In caso di **Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile**, anche se indipendente dal Ricovero, viene corrisposta la diaria prevista per il Ricovero fino alla rimozione dell'Apparecchio terapeutico amovibile e comunque per un **massimo di 60 giorni**. In caso di Sinistro che comporti anche il Ricovero tale prestazione non è cumulabile con l'Indennità giornaliera;
- c. **Diaria per Convalescenza post Ricovero**: in caso di Convalescenza domiciliare dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicuratore corrisponde un'Indennità giornaliera, **pari al 50% della diaria indicata in Polizza**, nei seguenti casi e con i seguenti limiti:
 - **Ricovero per Intervento chirurgico** - una Indennità pari ai giorni di Ricovero con il **minimo di 3 ed il massimo di 30**;
 - **Ricovero senza Intervento chirurgico superiore a 7 giorni** - una Indennità pari ai giorni di Ricovero con il **massimo di 30**;
 - **Day surgery, solo con Intervento chirurgico in anestesia totale od epidurale** - una Indennità pari a **3 giorni**.

Il periodo di Convalescenza decorre dal giorno successivo alla data di cessazione del Ricovero in Istituto di cura o del Day surgery.

FRANCHIGIA

L'Indennità giornaliera viene corrisposta con l'applicazione di una Franchigia assoluta di 2 giorni. La Franchigia non verrà applicata nei casi di Ricovero, conseguente ad Infortunio e/o Intervento Chirurgico, superiore a 7 giorni.

Art. 29 – Esclusioni

Le seguenti esclusioni si intendono valide ed operanti in caso di Infortunio, sia per la SEZIONE 1 – INFORTUNI che per la SEZIONE 3 - RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI.

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- a. dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto al punto 10) dell'Art. 28 - "Oggetto dell'Assicurazione";
- b. dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio;
- c. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- d. dalla guida e uso di mezzi subacquei;
- e. dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato;
- f. dalla pratica di sport estremi e pericolosi in genere quali a puro titolo esemplificativo: pugilato, atletica pesante, sollevamento pesi, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di difficoltà superiore al 3° grado della scala UIAA, free climbing, skeleton, velocità pura su sci, sci alpinismo, sci estremo, football americano, rugby, hockey, discese su rapide con qualsiasi mezzo, regate o traversate in alto mare effettuate solitariamente, bungee jumping, paracadutismo, salti dal trampolino con sci od idrosci, kitesurf nonché sci acrobatico, immersioni con autorespiratore, speleologia, guidoslitta (bob);
- g. dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- h. alla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- i. dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;
- j. dalla partecipazione a competizioni (e relative prove ed allenamenti) di baseball, calcio, calcetto, calciotto e simili, pallavolo, beach-volley, pallacanestro, pallamano, sci e snowboard non estremi, ciclismo, sport equestri, pattinaggio, se organizzate da Federazioni sportive o Enti Sportivi riconosciuti dal Comitato Olimpico Nazionale Italiano (C.O.N.I.);

- k. da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- l. da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- m. da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- n. da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo;
- o. da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- p. da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
- q. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.);

Per la sola SEZIONE 1 – INFORTUNI sono inoltre esclusi:

- r. gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- s. gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S);
- t. gli infarti e ictus;
- u. le ernie di qualsiasi tipo e localizzazione e le rotture sottocutanee di tendini, salvo quanto previsto all' "Estensione alle ernie addominali traumatiche o da sforzo" della Garanzia B. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO.

Art. 30 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.

La denuncia dell'Infortunio deve essere inviata all'Assicuratore e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento nonché dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento e deve essere corredata da certificato medico.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato deve sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della documentazione medica compresa la cartella clinica se prevista, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato, acconsentendo al trattamento dei dati personali secondo le norme legislative vigenti.

E' prevista la visita presso un medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, nei casi in cui l'Assicuratore ritenga di verificare la natura delle lesioni derivanti dall'Infortunio denunciato.

L'accertamento dell'Infortunio viene effettuato dall'Assicuratore, non prima che sia decorso il termine di 10 giorni e non oltre il termine di 365 giorni dalla ricezione della denuncia.

In caso di morte dell'Assicurato, i relativi aventi diritto devono consentire all'Assicuratore le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

In conformità a quanto indicato alle Condizioni di operatività ed esclusioni della Garanzia C. LESIONI DA INFORTUNIO, in caso di Frattura è necessario inviare il referto clinico radiologico redatto da Pronto Soccorso pubblico o da Istituto di Cura, mentre in caso di Ustione la documentazione medica rilasciata dall'Istituto di Cura attestante la quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da Ustioni, ed il tipo di Ustione.

Per la Garanzia E. DIARIA DA INFORTUNIO vale quanto di seguito:

- per Diaria da Ricovero, Day hospital e Day surgery, deve essere fornita la copia della cartella clinica completa;
- per Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile, deve essere fornita la copia della documentazione sanitaria (certificato del pronto soccorso o del medico ortopedico-traumatologo) da cui risulta la prescrizione e/o l'applicazione della Gessatura nonché quella della sua rimozione. Per i casi di Fratture che non comportino Gessatura, l'Assicurato o i suoi familiari devono far pervenire copia della documentazione sanitaria (la radiografia e la prescrizione del medico ortopedico-traumatologo o del pronto soccorso);



- per **Diaria per Convalescenza post Ricovero**, l'Assicurato o i suoi familiari devono fornire, oltre alla copia della cartella clinica completa, anche copia dei certificati medici, che prescrivono ed indicano la durata della Convalescenza. L'eventuale prolungamento della Convalescenza deve essere documentato da ulteriori certificate medici.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo viene fatta considerando come data di guarigione quella indicata dall'ultimo certificato prodotto, salvo che l'Assicuratore possa accertare una data anteriore di guarigione.

Art. 31 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se, al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, escludendo così dalla valutazione l'eventuale maggior pregiudizio derivato all'Assicurato dalle condizioni preesistenti.

In relazione alla **Garanzia B. INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO**, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui al citato articolo sono diminuite tenendo conto del grado di Invalidità preesistente.

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'Art. 25 "Pagamento dell'Indennizzo".

In relazione alla **Garanzia D. RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO**, qualora l'Assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la Garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicuratore rimborserà le spese non riconosciute dallo stesso, compresi eventuali ticket (rimborsati sempre integralmente), sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte.

Art. 32 - Cumulo di Indennizzi

Fermo quanto indicato al punto b. dell'ESTENSIONE DI GARANZIA della Garanzia E. DIARIA DA INFORTUNIO, le Indennità per tutte le Garanzie sono cumulabili fra di loro tranne quella per il **caso morte che non è cumulabile con** quella per l'**Invalidità permanente**; tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente, ma entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre hanno diritto alla differenza tra l'Indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità permanente.

Art. 33 - Anticipo Indennizzi

L'Assicurato ha diritto di ottenere su esplicita richiesta, il pagamento di un **acconto pari al 50%** del presumibile ammontare dell'Indennizzo per **Invalidità permanente da Infortunio** da congruarsi in sede di definitiva liquidazione del Sinistro a condizione che:

- non esistano contestazioni sull'indennizzabilità dell'Infortunio;
- il grado di Invalidità permanente stimato dall'Assicuratore sia uguale o superiore al 25%

Fermo restando quanto previsto, l'anticipo non deve essere considerato impegno definitivo dell'Assicuratore sul grado percentuale di Invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Assicuratore sorgerà comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio ed entro un limite di € 50.000,00.

Art. 34 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli Art. 29 - "Esclusioni", Art. 1 - "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" e dell'Art. 6 - "Aggravamento del Rischio", si stabilisce che si stabilisce che qualora l'Infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata:

- l'Indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il Rischio;
- l'Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, in base alle percentuali indicate nella "Tabella delle percentuali di Indennizzo" che segue, se la diversa attività aggrava il Rischio:



Tabella delle percentuali di Indennizzo

Attività svolta al momento del Sinistro	Attività dichiarata	
	1	2
Classi di Rischio		
1	100%	100%
2	60%	100%

A tal fine, per determinare il livello di Rischio dell'attività dichiarata in Polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività professionali" (Allegato 1.), ove sono indicate le varie attività e le corrispondenti classi di Rischio.

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

Qualora l'attività effettivamente svolta al momento del Sinistro non rientri e non trovi analogia con quelle previste nell'elenco verrà applicato il disposto dell'Art. 6 - "Aggravamento del Rischio".

SEZIONE 2 - MALATTIA

Le seguenti Garanzie sono valide se è richiamato in Polizza il relativo Capitale assicurato e se è stato pagato il relativo Premio

Art. 35 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale per le Malattie subite dall'Assicurato.

A. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

L'Assicuratore corrisponde all'Assicurato il Capitale assicurato indicato in Polizza in caso di Invalidità permanente, causata da Malattia, che abbia per conseguenza un'Invalidità riduttiva in modo permanente della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo dell'Assicurato di grado non inferiore al 65% della totale, insorta successivamente alla data di decorrenza della Polizza e, comunque non oltre la scadenza della stessa, fermi i termini di Carenza di cui al successivo Art. 37 "Termini di Carenza".

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'Art. 25 - "Pagamento dell'Indennizzo".

L'Assicurazione relativa alla persona indennizzata cessa con il pagamento dell'Indennizzo, che pertanto può essere corrisposto una sola volta.

Art. 36 - Esclusioni

Le seguenti esclusioni si intendono valide ed operanti per la SEZIONE 2 – MALATTIA.

Fermo quanto previsto dall'Art. 37 - "Termini di Carenza", sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità permanenti:

- preesistenti alla data di effetto della presente Polizza;
- derivanti da Malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza della Polizza e già note in quel momento, in quanto già diagnosticate o curate all'Assicurato;
- conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
- derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche;
- derivanti da stato di guerra, internazionale o civile, lotta armata e insurrezione, tumulti popolari e atti di terrorismo, comprese le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche e biologiche;
- conseguenti a movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;



- h. derivanti da Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
- i. derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate;
- j. conseguenti ad atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
- k. derivanti da patologie determinate da influenze elettromagnetiche;
- l. le conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.

Art. 37 - Termini di Carenza

Fermo quanto previsto dall'Art. 35 - "Oggetto dell'Assicurazione", dall'Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del contratto" e dall'Art. 3 - "Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza", la Garanzia è valida dalle ore 24.00:

- del 60° giorno successivo all'effetto dell'Assicurazione per le Malattie insorte successivamente a tale data;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra Polizza dell'Assicuratore, riguardante gli stessi Assicurati, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla Polizza precedente, per le prestazioni ed i Massimali da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto della Garanzia, di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

In caso di Polizza emessa in prosecuzione di altra Polizza dell'Assicuratore, entro i 30 giorni successivi la scadenza della Polizza precedente, si applicano le disposizioni del capoverso precedente.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di Carenza suddetto decorre dalla data della variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 38 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 3 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, possa interessare la Garanzia prestata. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c. La denuncia deve essere corredata da certificazione medica circa la natura dell'invalidità.

L'Assicurato deve:

- inviare all'Assicuratore informazioni relative al decorso della Malattia, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali Ricoveri ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore o suoi incaricati;
- fornire all'Assicuratore il certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della Malattia.

Trascorsi 6 mesi dalla data del certificato medico attestante la stabilizzazione degli esiti della Malattia e comunque non prima che ne siano decorsi 12 dalla denuncia (18 in caso di patologie di natura neoplastica), l'Assicurato deve presentare specifica certificazione medica attestante il grado di Invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla Malattia denunciata.

Qualora, trascorso tale periodo, non sia possibile, a giudizio del medico curante, attestare la stabilizzazione degli esiti della Malattia, l'Assicurato potrà comunque presentare specifica documentazione medica attestante il grado di Invalidità permanente residua al momento della richiesta.



In caso di omissione da parte dell'Assicurato, l'Assicuratore entro il termine massimo di 24 mesi dalla denuncia, procederà, comunque, alla definizione del grado di Invalidità permanente, direttamente ed esclusivamente residuo dalla Malattia denunciata, sulla base degli accertamenti e controlli medici disposti.

In caso di scadenza del contratto prima che la Malattia sia stata denunciata, la relativa denuncia può essere presentata non oltre 2 anni dalla cessazione del contratto stesso, sempreché la Malattia si sia manifestata entro il periodo di validità della Polizza.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 39 - Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia denunciata. Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie e/o Invalidità preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, oltre a quanto disposto dall'Art. 36 - "Esclusioni", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti o concorrenti.

Qualora invece, la Malattia colpisca un soggetto già menomato da una precedente Malattia che ha determinato nel corso dell'Assicurazione, una Invalidità permanente non indennizzata perché è stata ritenuta inferiore alla Franchigia, nel caso gli esiti della nuova Malattia concorrano con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 40 - Determinazione dell'Indennizzo

Il grado di Invalidità permanente viene accertato e concordato direttamente dall'Assicuratore o da un medico da questi incaricato, con il Contraente o persona da lui designata, in un periodo compreso fra i 6 ed i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia, in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.

Nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 65%.



SEZIONE 3 - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Le seguenti Garanzie sono valide se è richiamato in Polizza il relativo Capitale assicurato/Massimale e se è stato pagato il relativo Premio:

Art. 41 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per le Malattie e gli Infortuni subiti dall'Assicurato.

A. GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

1. INTERVENTI

Fermo quanto previsto dall'Art. 43 - "Termini di Carenza", la Garanzia opera esclusivamente in caso di Intervento chirurgico elencato nella Tabella "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici" di cui all'Allegato 2. delle presenti Condizioni di Assicurazione, reso necessari da Malattia o Infortunio.

L'Assicuratore rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza del Massimale riportato in Polizza, le spese sostenute: prima, durante, dopo il periodo di Ricovero per l'Intervento chirurgico, con le modalità e nei limiti di seguito indicati:

Il Massimale riportato in Polizza costituisce la somma massima, per Assicurato, per Sinistro e per Anno assicurativo, fino alla concorrenza della quale l'Assicuratore presta la Garanzia.

Prestazioni prima del Ricovero:

- a. esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati anche al di fuori dell'Istituto di Cura o dell'Ambulatorio, nei **90 giorni precedenti la data dell'Intervento chirurgico** purché direttamente inerenti la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato il successivo Intervento chirurgico.

Prestazioni durante il Ricovero:

- b. onorari del chirurgo, del personale medico di supporto all'Intervento, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'Intervento, diritti di sala operatoria e materiale di Intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'Intervento);
- c. assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici riguardanti il periodo del ricovero;
- d. rette di degenza;

Qualora l'Assicurato non abbia richiesto all'Assicuratore alcun rimborso relativo a spese per "Prestazioni durante il Ricovero", l'Assicuratore corrisponde, **per ogni giorno di Ricovero, un'Indennità sostitutiva di € 100,00 con il massimo di 120 giorni per Anno assicurativo.**

Il primo e l'ultimo giorno di degenza sono considerati una sola giornata mentre l'Intervento chirurgico senza Ricovero è equiparato ad un giorno di Ricovero.

Prestazione dopo il Ricovero:

- e. esami ed analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi **con esclusione delle cure termali, effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del Ricovero** purché inerenti la Malattia o l'Infortunio che hanno determinato l'Intervento chirurgico **ed entro il limite del 10% del Massimale assicurato per l'Intervento chirurgico medesimo;**



Art. 42 – Esclusioni

Le seguenti esclusioni si intendono valide ed operanti per la Sezione 3 – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.

Fermo quanto previsto dall'Art. 29 - "Esclusioni" della SEZIONE 1 - INFORTUNI e dall'Art. 43 - "Termini di Carenza" l'Assicurazione, inoltre, non è operante per:

- a. gli Infortuni, le Malattie e gli stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipula del contratto (anche eventualmente non emerse dal Questionario Sanitario);
- b. le Malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- c. le cure relative a psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia o fenomeni comportamentali in genere;
- d. le cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita e simili, impotenza;
- e. il parto naturale o cesareo e l'aborto volontario non terapeutico;
- f. la cura di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni e simili;
- g. le cure e gli Interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti fisici;
- h. le cure per l'eliminazione o correzione di Malformazioni;
- i. la correzione della miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- j. le applicazioni e gli Interventi di carattere estetico;
- k. le protesi dentarie nonché le prestazioni e le cure odontoiatriche ed ortodontiche (comprese le parodontopatie);
- l. le cure non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché quelle non effettuate da medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività professionale;
- m. le cure fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- n. l'agopuntura;
- o. i Ricoveri e le degenze in regime di Day hospital avvenuti al fine di effettuare visite specialistiche e/o accertamenti diagnostici a qualunque titolo praticati o allo scopo di praticare trattamenti terapeutici che possano essere effettuati ambulatorialmente, senza recare pregiudizio alla salute del paziente;
- p. i Ricoveri in Istituti o reparti specializzati per le cure geriatriche o terapie di lunga degenza;
- q. le conseguenze e/o eventi derivanti da patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate da OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile;
- r. le spese non direttamente inerenti il Ricovero per l'Intervento chirurgico, quali ad esempio spese per telefonate, televisione, bar, ristorante e simili;
- s. gli accertamenti diagnostici, la psicoterapia, le terapie mediche e quelle chirurgiche, legati ai disturbi d'identità sessuale;
- t. gli Interventi chirurgici non riconducibili all'elenco presente nella Tabella "Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici" di cui all'Allegato 2. delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 43 - Termini di Carenza

Fermo quanto previsto dall'Art. 41 - "Oggetto dell'Assicurazione", dall'Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del contratto" e dall'Art. 3 - "Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza", la Garanzia è valida dalle ore 24:

- a. del giorno di effetto dell'Assicurazione, per gli Infortuni occorsi successivamente a tale data;
- b. del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le Malattie;
- c. del 180° giorno successivo all'effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato ma insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza.



Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra Polizza dell'Assicuratore, riguardante gli stessi Assicurati, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni ed i Massimali da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto della Garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

In caso di Polizza emessa in prosecuzione di altra Polizza dell'Assicuratore, entro i 30 giorni successivi la scadenza della Polizza precedente, si applicano le disposizioni del capoverso precedente.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, il termine di Carenza suddetto decorre dalla data della variazione stessa, per le maggiori somme o le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 44 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso all'Assicuratore entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 c.c.

In caso di Infortunio, la denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da referto della struttura sanitaria pubblica di pronto soccorso o di prima medicazione. L'Assicurato deve sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dall'Assicuratore, fornire allo stesso ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali secondo le norme legislative vigenti.

L'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento delle spese sanitarie e successivamente chiederne il rimborso all'Assicuratore, che avverrà previa presentazione a quest'ultimo della seguente documentazione:

- Prestazioni sanitarie effettuate durante il Ricovero, alla richiesta di rimborso vanno allegate la copia di fatture, notule o ricevute quietanzate e copia della cartella clinica completa; l'Assicuratore rimborserà le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto applicando le Franchigie e limiti di Indennizzo previsti.
- Prestazioni sanitarie effettuate prima e dopo il Ricovero (visite mediche specialistiche, esami ed analisi, accertamenti diagnostici, trattamenti e terapie), alla richiesta di rimborso va allegata la copia del certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la presunta patologia e/o la relativa diagnosi, va inoltre allegata la copia delle notule, fatture o ricevute quietanzate; l'Assicuratore rimborserà le spese sostenute per prestazioni sanitarie previste dal contratto applicando le Franchigie e limiti di Indennizzo previsti.

1. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Qualora l'Intervento chirurgico dell'Assicurato avvenga integralmente o parzialmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale presso strutture pubbliche od Istituti di cura accreditati dal Servizio Sanitario Nazionale, saranno rimborsate le eventuali spese sanitarie sostenute e rimaste a carico dell'Assicurato, purché indennizzabili a termini di Polizza, sempre che l'Assicurato non abbia richiesto per le medesime prestazioni l'erogazione dell'Indennità sostitutiva.

In tal caso l'Assicurato dovrà provvedere direttamente al pagamento di dette spese, e successivamente chiederne il rimborso delle stesse con le modalità sopra indicate.

2. Richiesta dell'Indennità sostitutiva

Qualora in caso di Intervento chirurgico con utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato scelga di richiedere l'Indennità sostitutiva, lo stesso o i suoi familiari devono recapitare all'Assicuratore, con le modalità sopra indicate, copia della cartella clinica completa.

L'Indennità sostitutiva non è soggetta all'applicazione di alcuna Franchigia.

SEZIONE 4 – ASSISTENZA ALLE PERSONE

Le Prestazioni di seguito riportate sono valide solo se è richiamata in Polizza la Garanzia A. ASSISTENZA ALLE PERSONE e se è stato pagato il relativo Premio

La gestione del servizio di Assistenza di cui alle Prestazioni sotto indicate è stata affidata dall'Assicuratore a **Europ Assistance Italia S.p.A.** (di seguito Europ Assistance)

L'Assicuratore, lasciando invariati la portata e i limiti delle Prestazioni di Assistenza, ha la facoltà di affidare il servizio di Assistenza ad altra società autorizzata; in tale caso verrà comunicata al Contraente la nuova società di Assistenza senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Le Prestazioni di Assistenza seguono le sorti della presente Polizza della quale formano parte integrante; le medesime si intendono quindi inefficaci nel caso di sospensione, annullamento o comunque di perdita di efficacia della Polizza stessa.

Le Prestazioni di Assistenza possono essere richieste direttamente dall'Assicurato/Contraente o da un componente del suo Nucleo Familiare.

A. GARANZIA ASSISTENZA PERSONA

Art. 45 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di Infortunio o Malattia delle persone Assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti Prestazioni:

PRESTAZIONI

Le Prestazioni possono essere erogate per un massimo di tre volte per ciascun tipo, nel corso dell'Anno assicurativo. Nei limiti dei Massimali previsti, le Prestazioni di cui ai successivi articoli vengono fornite con esclusione delle spese che l'Assicurato avrebbe comunque dovuto sostenere e che pertanto restano a suo carico.

CONSULENZA MEDICA

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 con i medici della Struttura Organizzativa che forniranno il consulto.

Si precisa che tale consulto, considerato le modalità di prestazione del servizio non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

MYCLINIC

MyClinic Europ Assistance è un insieme di servizi di assistenza medica a distanza, attivi 24 ore su 24, forniti attraverso una piattaforma digitale, denominata MyClinic Europ Assistance, con accesso via Web e App.

Le Prestazioni di assistenza medica previste sono le seguenti:

CONSULTO DI MEDICINA GENERALE H24: TELEFONICO O VIDEO

Attraverso un contatto telefonico o una videochiamata Skype, l'utente può ottenere un consulto medico di medicina generale h24, da parte dei medici della Struttura Organizzativa di Europ Assistance. Il consulto potrà essere supportato dai dati medici inseriti dall'utente in piattaforma e compilata a cura dello stesso. Il consulto medico ottenuto non vale quale diagnosi di patologie in essere o future e non può in alcun modo sostituirsi all'esame obiettivo del medico curante né può costituire la base per ottenere prescrizioni di eventuali farmaci o di esami diagnostici.



DATI MEDICI

L'utente ha la possibilità di compilare la cartella medica online sulla piattaforma MyClinic Europ Assistance, con la quale può archiviare, consultare e conservare tutti i suoi dati medici caricati. I dati inseriti sono trattati dalle SOCIETÀ esclusivamente per dar seguito alle richieste di erogazione dei servizi della piattaforma e previo consenso dell'utente.

VALUTAZIONE DEI SINTOMI

Attraverso la funzione Valutazione dei sintomi, l'utente può usufruire di un programma di autovalutazione dei propri sintomi al termine del quale riceverà indicazioni su probabili cause del sintomo e un suggerimento relativo ai comportamenti da tenere.

INVIO DI UN MEDICO GENERICO AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un medico **dalle ore 20 alle ore 8 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.

GUIDA SANITARIA

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18 esclusi i giorni 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.

TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA

(Prestazione valida in Italia)

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.

TRASPORTO DAL PRONTO SOCCORSO

(Prestazione valida in Italia)

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).

TRASFERIMENTO IN ISTITUTO DI CURA SPECIALISTICO

(Prestazione valida in Italia)

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'orga-



nizzazione 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;
- 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.

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 ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa, il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

INVIO DI UN FISIOTERAPISTA AL DOMICILIO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o Fratture semplici e/o per riabilitazione cardiovascolare di base derivanti da Infortunio, 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 10 sedute e 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 Organizzativa stessa.

INVIO DI UNA COLLABORATRICE FAMILIARE

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, sia impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una Collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, sostenendone l'onorario **fino ad un massimo di 10 ore e per Sinistro**, usufruibili **in non più di 5 giorni**.

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

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA POST RICOVERO

(Prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia che abbia comportato un Ricovero, necessiti la prosecuzione del Ricovero in forma domiciliare, come prescritto dal proprio medico curante, potrà contattare la Struttura Organizzativa. Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato, mediante intervento di proprio personale medico e paramedico per un **massimo di 7 giorni continuativi** e non frazionabili post-Ricovero.

Per poter organizzare il servizio è richiesto l'accordo con il medico curante dell'Assicurato e un preavviso alla Struttura Organizzativa di almeno 48 ore.

SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Si tratta di una prestazione che consente di ottenere una valutazione clinico-diagnostica, in un ampio spettro di patologie, su casi che comportano un dubbio diagnostico e/o terapeutico. La prestazione viene erogata utilizzando una rete di Medici Specialisti e Centri Clinici di primaria importanza internazionale. La prestazione presuppone una prima impostazione clinica fatta dal medico curante e la necessità di ottenere un parere da parte di specialisti internazionali della materia. La prestazione è erogata dalla Struttura Organizzativa.



va che trasmetterà agli specialisti internazionali i dati clinico-diagnostici, preventivamente inviati dall'Assicurato.

Per i casi clinici più complessi la Struttura Organizzativa potrà organizzare il consulto in tempo reale, tra gli specialisti internazionali, i medici della Struttura Organizzativa e i medici curanti dell'Assicurato.

Erogazione della Prestazione

Qualora l'Assicurato a seguito di un Infortunio o Malattia, per la quale sia già stata effettuata una diagnosi o definito un approccio terapeutico, e desidera richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica: potrà contattare la Struttura Organizzativa che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri Medici qualificati. I medici della Struttura Organizzativa, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai Medici Specialisti. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi al Centro Medico internazionale di riferimento. Il Centro Medico internazionale di riferimento, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei Medici Specialisti, formula rapidamente la propria risposta scritta, che viene inviata alla Struttura Organizzativa che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla.

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere.

Art. 46 – Esclusioni

Sono escluse le Prestazioni conseguenti a:

- a. Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto;**
- b. partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- c. stati patologici correlati alla infezione da HIV;**
- d. Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive e relative conseguenze/complicanze;**
- e. Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;**
- f. aborto volontario non terapeutico;**
- g. Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;**
- h. Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;**
- i. Infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;**
- j. guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;**
- k. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);**
- l. soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cure);**
- m. tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni.**

Art. 47 - Come attivare le Prestazioni Assistenza persona

Per usufruire delle Prestazioni di Assistenza, sopra indicate, l'Assicurato potrà contattare la Struttura Organizzativa – in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 – ai seguenti recapiti:

- dall'Italia al numero : 800 542 009
- dall'estero al numero : +39.02.58.28.65.49



- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a:
EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Piazza Trento, 8
20135 MILANO
- oppure inviare un fax al numero : +39.02.58.47.72.01

In ogni caso l'Assicurato dovrà comunicare con precisione:

1. Il tipo di Assistenza di cui necessita
2. Cognome e Nome
3. Numero di Polizza preceduto dalla sigla **NIPT**
4. Indirizzo del luogo in cui si trova
5. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza.

OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa, salvo il caso di oggettiva e comprovata impossibilità; in tal caso l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa appena ne ha la possibilità e comunque sempre prima di prendere qualsiasi iniziativa personale.

Per la prestazione ASSISTENZA DOMICILIARE, in caso di Sinistro l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa almeno 48 ore prima della attivazione dei servizi richiesti.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la decadenza dal diritto alla prestazione ai sensi dell'art. 1915 C.C..

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'Assistenza; in ogni caso è necessario inviare alla Struttura Organizzativa gli ORIGINALI (non le fotocopie) di giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

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



ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

La valutazione del grado di Rischio delle varie attività professionali è classificata secondo una classe di Rischi crescente da 1 a 2.

La valutazione della classe di Rischio RD è riservata all'Assicuratore.

CLASSE DI RISCHIO 1	
Addetto al montaggio di mobili	1
Addetto alle imprese di pulizie	1
Agente di assicurazione	1
Agente di borsa	1
Agente di cambio	1
Agente di commercio	1
Agente di pubblicità	1
Agente di viaggio	1
Agente immobiliare	1
Agente Polizia ferroviaria	1
Agricoltore con prestazioni manuali senza guida di macchine agricole	1
Agricoltore (proprietario, affittuario, ecc.) con mansioni amministrative	1
Agronomo	1
Albergatore	1
Allenatore sportivo	1
Allevatore di animali diversi da equini, bovini, suini	1
Ambulante	1
Amministratore di beni propri o altrui	1
Analista chimico	1
Antiquario	1
Architetto	1
Archivista	1
Arredatore	1
Assistente sociale	1
Attore	1
Autorimessa: esercente senza prestazioni manuali	1
Autotrasportatore: titolare senza prestazioni manuali	1
Avvocato e procuratore legale	1
Baby sitter	1
Badante	1
Bagnino	1
Ballerino	1
Barista	1
Benestante	1
Bibliotecario	1
Bidello	1
Bigliettaio e cassiere di cinema o teatro	1
Biologo	1
Calzolaio	1
Cameriere	1

Cantante	1
Casalinga	1
Casaro	1
Casellante	1
Ceramista	1
Certificatore di qualità	1
Chimico di laboratorio (senza trattamento di materiali esplodenti o esplosivi)	1
Clero (appartenente al)	1
Commercialista	1
Concessionario di autoveicoli	1
Concessionario di motoveicoli	1
Consulente del lavoro	1
Corniciaio	1
Cuoco	1
Custode, portiere	1
Direttore artistico	1
Direttore d'orchestra	1
Dirigente	1
Disegnatore	1
Disinfestatore (anche derattizzazione)	1
Disk jockey	1
Distributori di carburante (gestore di) senza manutenzione, lavaggio	1
Domestico (collaboratore familiare)	1
Enologo ed enotecnico	1
Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Sottufficiale	1
Esercito (esclusi Carabinieri, Guardie di Finanza): Ufficiale	1
Estetista (callista, pedicure, manicure, ecc.)	1
Fabbricante di apparecchi ortopedici	1
Farmacista	1
Fattorino	1
Ferroviero: personale viaggiante	1
Fotografo	1
Fotomodella, indossatrice	1
Geologo	1
Geometra	1
Giardiniere, vivaista, floricultore	1
Giornalaio	1
Giornalista (cronista, corrispondente)	1
Grafico	1
Guardacaccia	1
Guardapesca	1
Guardia giurata	1
Guida ed animatore turistico	1
Impiegato	1
Imprenditore che non presta o meno opera manuale purchè non rientrante in altra specifica attività con relativo codice di rischio	1
Infermiere	1



Ingegnere	1
Insegnante di ballo	1
Insegnante di educazione fisica, attività sportive (esclusi equitazione, arti marziali e lotta nelle diverse forme)	1
Insegnante di materie non sperimentali o di pratica professionale	1
Insegnante di materie sperimentali o di pratica professionale	1
Insegnante di musica	1
Installatore di tende, veneziane, serramenti senza uso di ponteggi, impalcature	1
Interprete	1
Investigatore	1
Ispettore di assicurazione	1
Istruttore di scuola guida	1
Legatore di libri	1
Litografo	1
Magazziniere	1
Magistrato	1
Magliaia	1
Massaggiatore e fisioterapista	1
Materassaio	1
Mediatore (compreso bestiame)	1
Medico	1
Musicista	1
Notaio	1
Odontotecnico	1
Operaio senza uso di macchine e con accesso a officine e cantieri	1
Operatore di medicina alternativa	1
Operatore ecologico	1
Ostetrica	1
Ottico	1
Paramedico	1
Parrucchiere, barbiere	1
Pellettiere	1
Pensionato	1
Perito	1
Pittore	1
Portavalori	1
Postino	1
Produttore assicurazioni	1
Programmatore / consulente informatico	1
Promotore finanziario	1
Rappresentante	1
Restauratore solo a terra	1
Riparatore radio, TV (esclusa posa di antenne), elettrodomestici in genere, computers	1
Sarto	1
Scrittore	1
Scultore	1
Stagista * 1	1
Stilista	1

Studente	1
Tappezziere	1
Tipografo	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: abiti, confezioni	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: accessori per autoveicoli	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: armeria con o senza confezionamento di cartucce e munizioni	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: articoli da regalo	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: articoli ed apparecchi fotografici e di ottica	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: articoli igienico-sanitari	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: articoli in pelle, calzature	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: articoli sportivi	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: bar, caffè, birreria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: cartoleria, libreria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: casalinghi	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: colori e vernici	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: computers, mobili per ufficio	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: dischi, musica, strumenti musicali	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: drogheria, vini e liquori	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: elettrodomestici, radio, TV (esclusa posa di antenne)	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: ferramenta	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: fiori e piante	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: frutta e verdura	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: generi alimentari	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: giocattoli	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: macelleria (esclusa macellazione)	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: merceria, tessuti	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: mobili	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: oreficeria, orologeria, gioielleria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: panetteria, latteria, pasticceria, gelateria: con o senza produzione	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: pellicce, capi in pelle	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: pescheria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: profumeria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: ristorante, trattoria, pizzeria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: salumeria, rosticceria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: surgelati	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: tabaccheria	1
Titolare/Addetto negozio o esercizio commerciale di: tintoria, lavanderia	1
Titolare/Addetto pompe funebri	1
Usciere	1
Veterinario	1
Vetraio solo a terra	1
Vetrinista	1
Vigile urbano	1
CLASSE DI RISCHIO 2	
Addetto pony express	2
Agente di custodia	2
Agricoltore con prestazioni manuali con guida di macchine agricole	2



Allevatore di equini, bovini, suini	2
Archeologo	2
Arrotino	2
Ascensorista	2
Autista di autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici	2
Autista di veicoli, esclusi: autocarri superiori a 40 q.li a pieno carico, autobus, macchine operatrici, taxi	2
Autorimessa: addetto riparazione, manutenzione, lavaggio, ecc.	2
Autotrasportatore con guida di veicoli	2
Boscaiolo, abbattitore e potatore di alberi di alto fusto (senza uso di espositivi)	2
Caldaista	2
Cantoniere	2
Carpentiere	2
Carrozziere di autoveicoli (autoriparatore)	2
Cavaiole senza uso di mine	2
Chimico di laboratorio (con trattamento di materiali esplodenti o esplosivi)	2
Conciatore (di pelle)	2
Distributori di carburante (gestore di) con manutenzione, lavaggio	2
Elettrauto	2
Elettricista	2
Fabbro	2
Facchino	2
Falegname	2
Ferroviero: macchinista	2
Fochista	2
Gommista	2
Gruista	2
Guardia di Finanza	2
Guida alpina	2
Idraulico	2
Imbianchino	2
Imprenditore edile che presta opera manuale	2
Insegnante di arti marziali e lotta nelle sue varie forme	2
Insegnante di equitazione	2
Installatore di distributori automatici (compresa manutenzione)	2
Installatore di tende, veneziane, serramenti con uso di ponteggi, impalcature	2
Lattoniere	2
Macellaio (compresa macellazione)	2
Marinaio	2
Marmista	2
Meccanico	2
Mobiliere	2
Mototaxi	2
Muratore	2
Operaio con uso di macchine ed accesso a officine, cantieri, ponteggi e impalcature (escluso settore edile)	2
Pavimentatore	2
Pescatore su fiumi e laghi	2
Pescatore su mare	2



Piastrellista	2
Portuale (dipendente, esclusi facchini)	2
Restauratore con accesso a ponteggi, impalcature	2
Riparatore radio, TV (compresa posa di antenne)	2
Spazzacamino	2
Stagista * 2	2
Taxista	2
Tornitore	2
Vetraio anche su ponteggi e impalcature	2
Vigile del fuoco	2
Vulcanizzatore	2
Carabiniere	2
Agente Polizia di Stato	2

NOTE STAGISTI

*La classe di rischio corrispondente alla figura dello stagista deve essere selezionata in funzione dell'attività svolta (es. lo stage svolto nell'ambito di uno studio notarile rientra nella classe di rischio 1; se invece l'attività collegata è di Meccanico, la classe di rischio di riferimento è la 2).



ALLEGATO 2. ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o trans orale
 Interventi di cranio plastica
 Intervento sulla ipofisi per via tran sfenoidale
 Asportazione tumori dell'orbita
 Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
 Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
 Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
 Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori maligni del cavo orale
 Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
 Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
 Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
 Ricostruzione della catena ossiculare
 Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
 Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
 Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
 Interventi per fistole bronchiali
 Interventi per echinococchi polmonare
 Pneumectomia totale o parziale
 Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Interventi sul cuore per via toracotomia
 Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
 Interventi sull'aorta addominale per via laparotomia
 Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
 Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
 Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
 Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
 Interventi con esofago plastica
 Intervento per mega-esofago
 Resezione gastrica totale
 Resezione gastro-digiunale
 Intervento per fistola gastro-digiunocolica
 Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

Interventi di amputazione del retto-ano
 Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
 Exeresi di tumori dello spazio retro peritoneale
 Drenaggio di ascesso epatico
 Interventi per echinococchi epatici
 Resezioni epatiche
 Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
 Interventi chirurgici per ipertensione portale
 Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomia
 Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomia
 Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

Nefroureterectomia radicale
 Surrenalectomia
 Interventi di cistectomia totale
 Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
 Cistoprostatovesicoleclectomia
 Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
 Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
 Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
 Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per costola cervicale
 Interventi di stabilizzazione vertebrale
 Interventi di resezione di corpi vertebrali
 Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
 Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
 Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

Tutti (esclusi i trapianti di cute aventi finalità estetica e quelli di capelli)



PROPOSTA



FAC SIMILE PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Agenzia Sub Cod.Prod.

CONTRAENTE (Cognome e Nome)	
Nato a	il gg/mm/aaaa
Codice fiscale	
Residente in (via, piazza, ecc.)	n. civico
Città e provincia	c.a.p.
Indirizzo e-mail	n. cellulare

DATI DI POLIZZA

Data decorrenza polizza	gg/mm/aaaa	Data scadenza polizza	gg/mm/aaaa
Scadenza prima quietanza	gg/mm/aaaa	Scadenza prima quietanza	gg/mm/aaaa
Caratteristica contratto: ☐ annuo con tacito rinnovo. Premio annuale anticipato.			
Rateazione pagamento :	☐ annuale	☐ semestrale	☐ trimestrale
Polizza sostituita n.	Tacito rinnovo	SI	Coassicurazione NO
Condizioni di assicurazione operanti : Mod. NET/0101 - Ed. 04.2019			
Allegati operanti :			

PREMIO

IMPORTO RATE SUCCESSIVE		
PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
€	€	€

IMPORTO RATE SUCCESSIVE		
PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO
€	€	€

ASSICURATO n. 1 (Cognome e Nome)				
Nato a		il	gg/mm/aaaa	
Codice fiscale				
Residente in (via, piazza, ecc.)		n. civico		
Città e provincia		c.a.p.		
Indirizzo e-mail		n. cellulare		
Attività Professionale dichiarata				
GARANZIE	CAPITALE ASSICURATO	PREMIO IMPONIBILE	IMPOSTE	PREMIO LORDO IMPOSTE
Morte da Infortunio	€	€	€	€
Invalità permanente da Infortunio	€	€	€	€
Lesioni da Infortunio	€	€	€	€
Rimborso spese di cura da Infortunio	€	€	€	€
Diaria da Infortunio	€	€	€	€
Invalità Permanente da Malattia	€	€	€	€
Grandi Interventi chirurgici	€	€	€	€
Assistenza persona	€	€	€	€
Beneficiario in caso di morte				



DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto, Contraente sopra indicato:

- chiede a NET INSURANCE S.p.A. - e previo consenso di questa - di stipulare quale Contraente in nome proprio ed in nome e per conto delle persone Assicurate, il contratto di assicurazione "Vitanuova Famiglia" in conformità alle Condizioni di Assicurazione di cui al Mod. NET/0101/1 - Ed 04.2019;
- dichiara ai sensi dell'art.56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 di aver ricevuto i seguenti documenti:
 - Allegato 3 - Comunicazione Informativa sugli obblighi di comportamento cui gli Intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti,
 - Allegato 4 - Informativa da cui risultino i dati essenziali del distributore e della sua attività e le informazioni in materia di conflitti di interesse, da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista nella conclusione del contratto;
- **dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo di cui al Mod. NET/0101/1 - Ed 04.2019 predisposto da Net Insurance S.p.A., contenente il Documento Informativo Precontrattuale, il Documento Informativo Precontrattuale Riunificato, il Questionario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac - Simile della Polizza e di accettare i documenti ivi contenuti come parte integrante del Contratto di Assicurazione;**
- dichiara che le persone Assicurate:
 - non sono state assicurate in passato per i medesimi Rischi e che non sono state risolte anticipatamente dall'impresa di assicurazioni;
 - non hanno subito Infortuni per i quali siano tuttora in corso in corso di risarcimento o i postumi invalidanti.
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del Rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura cui siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardano il sottoscritto, autorizzando fin da ora Net Insurance S.p.A. a richiedere e ricevere le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal sottoscritto prima di fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Nei casi espressamente previsti dalle Condizioni di Assicurazione, l'Assicurando che deve compilare il Questionario Sanitario, deve verificare l'esattezza delle informazioni rilasciate prima della sottoscrizione dello stesso.

Il Contraente dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 120 del CAP, di aver scelto di ricevere la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, del contratto di assicurazione, e durante la vigenza del contratto di assicurazione, delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, VIA E-MAIL IN FORMATO PDF, agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.

il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, i sottoscritti dichiarano di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nel Mod. NET/0101/1 - Ed.04.2019:

Art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio" - Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio" - Art. 6 - "Aggravamento del Rischio" - Art. 8 - "Recesso in caso di Sinistro" - Art. 17 - "Limite massimo dell'Indennizzo" - Art. 22 - "Persone non assicurabili" - Art. 23- "Limiti di età" - Art. 24 - "Dichiarazioni di buono stato di salute - Questionario Sanitario" - Art. 29 - "Esclusioni" - Art. 30 - "Cosa fare in caso di Sinistro" - Art. 34 - "Variazioni di Rischio - Attività diversa da quella dichiarata" - Art. 36 - "Esclusioni" - Art. 37 - "Termini di Carenza" - Art. 38 - "Cosa fare in caso di Sinistro" - Art. 42 - "Esclusioni" - Art. 43 - "Termini di Carenza" - Art. 44 - "Cosa fare in caso di Sinistro" - Art. 46 - "Esclusioni" - Art. 47 - "Come attivare le prestazioni Assistenza persona".

il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuo frazionabile in rate semestrali o trimestrali.

Il Premio può essere corrisposto dal Contraente, attraverso i seguenti mezzi di pagamento:

- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario Net Insurance S.p.A., quale impresa di assicurazione.

Preso atto dell'informativa ai sensi del Regolamento Generale Protezione Dati/UE 2016/679, il sottoscritto dà il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali secondo il contenuto di cui al punto 2.a. della "Informativa Privacy" (Mod. NET/Nota_Privacy) preventivamente ricevuta.

il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

Inoltre il sottoscritto, per il trattamento da parte di Net Insurance S.p.A. e della Controllata Net Insurance Life S.p.A. dei propri dati personali, ad esclusione dei dati sensibili, per le seguenti finalità, di cui al punto 2.b della "Informativa Privacy" (Mod. NET/Nota_Privacy): invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali:

☐ **DA' IL CONSENSO** ☐ **NEGA IL CONSENSO**

il Contraente **FAC SIMILE FIRMA**

CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A:

tutte le garanzie ad eccezione dell'Assistenza e della Tutela Legale – Net Insurance S.p.A.

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106, 26100 CREMONA - Italia
- Per e-mail: claims@netinsurance.it Fax +39 06 97625707

PER ASSISTENZA ALLA PERSONA

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

- dall'Italia al numero verde : 800 542 009
- dall'estero al numero : +39.02.58.28.65.49
- se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma o una raccomandata a: EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. Piazza Trento, 8 20135 MILANO
- oppure inviare un fax al numero : +39.02.58.47.72.01

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI

Numero Verde 800 9096 55 (Contact Center)

Sito www.netinsurance.it => pagina www.netinsurance.wecare.it

e-mail wecare@netinsurance.it;

Fax + 39 06 97625707

PER INOLTARE UN RECLAMO

Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA

Fax +39 06 89326570

PEC Ufficio.reclami@pec.netinsurance.it

