

POLIZZA DI ASSICURAZIONE

PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della famiglia

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP VITA
- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO MULTIRISCHI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- IL FAC-SIMILE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE COMPENSIVO DI QUESTIONARIO SANITARIO

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 12/2020

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplice e Chiari”.



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

CHE TIPO DI ASSICURAZIONE È?

L'assicurazione temporanea per il caso di morte costituisce, insieme alle coperture che compongono le sezioni danni, la Polizza multigaranzia Protection offerta al singolo assicurato e alla famiglia.

 Che cosa è assicurato? / Quali sono le prestazioni?	 Che cosa NON è assicurato?
Decesso: in caso di Decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso della durata dell'assicurazione, NET INSURANCE LIFE S.p.A. riconosce al beneficiario il pagamento della prestazione assicurata in un'unica soluzione. Il rischio di morte è coperto qualunque possa essere la causa del Decesso – senza limiti territoriali e senza tenere conto dei cambiamenti di professione dell'Assicurato. La predetta garanzia di ramo Vita è prestata congiuntamente alle garanzie di ramo danni offerte dalla Società NET INSURANCE S.p.A e previste dalla Polizza multigaranzia Protection. La Prestazione Assicurata non può essere superiore ad € 300.000,00. Qualora l'Assicurato, all'ingresso in copertura, abbia un'età superiore a 60 anni, la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000.	Non è assicurabile: ✗ chi al momento dell'adesione, abbia un'età non compresa tra 18 anni 70 anni ✗ l'Assicurato che in fase di stipula non abbia risposto alle domande riportate nel questionario sanitario ✗ l'Assicurato che abbia risposto a questionario sanitario con una sola risposta positiva Inoltre: ✗ la permanenza in copertura è limitata al compimento dei 75 anni. Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del contratto per la restante Parte.  Ci sono limiti di copertura? Il Rischio morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa salvo le esclusioni previste. La garanzia, per esempio e a titolo non esaustivo, è esclusa in caso di decesso dell'Assicurato derivante da: ! dolo del Contraente o dei Beneficiari; ! partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; ! partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e simili in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa; ! eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti; ! guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi; ! La garanzia prevede inoltre un periodo di carenza, pertanto la stessa non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i 6 mesi immediatamente successivi alla Conclusione del contratto di Assicurazione.



Dove vale la copertura?

La copertura vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

In fase di sottoscrizione del contratto: l'Assicurato deve compilare il questionario sanitario rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo. In caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore per iscritto. L'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata deve essere corredata di: originale del certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente; certificato del medico che ha constatato il decesso; copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato; verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale.

Nei casi in cui Beneficiari siano gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, costoro dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore: copia autentica del testamento, se esistente, contenente la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato; atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi; decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di attendere, con esonero per l'Assicuratore da ogni responsabilità; copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

L'Assicuratore, informato del decesso, potrà inoltre richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriori documenti.



Come e quando devo pagare?

Il Contraente può versare i premi mediante addebito in conto corrente, SDD o bonifico. Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuale frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi se il premio della Polizza multigaranzia Protection è uguale o maggiore ad € 120,00. 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. Ad ogni rinnovo annuale, si procederà all'adeguamento del Premio applicando per ogni Assicurato il nuovo Premio corrispondente all'età corrente dell'Assicurato, secondo la tabella di tasso, da applicare per ogni € 1.000,00 di somma assicurata.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo. Il contratto si intende concluso nel momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di assicurazione del Contraente. L'assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

La Revoca o Recesso possono essere esercitati, a scelta del Contraente a mezzo lettera raccomandata oppure a mezzo posta elettronica certificata. L'esercizio della Revoca o del Recesso libera l'Assicuratore da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato. L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto. Per impedire il rinnovo automatico della polizza almeno 30 giorni prima della scadenza annuale del Contratto, il Contraente può inviare alla Società la richiesta di disdetta con lettera raccomandata.

La Proposta di Assicurazione è revocabile fino alla Data di Decorrenza.

Il Contraente ha altresì il diritto di esercitare Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.



Sono previsti riscatti o riduzioni? Sì ☐ NO ☒

Il presente contratto non prevede valore di riscatto né di riduzione.

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

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione danni che prevede diverse garanzie costituisce, insieme all'assicurazione temporanea caso morte, la Polizza multigaranzia Protection offerta al singolo assicurato, alla famiglia e anche a protezione dell'abitazione.

 Che cosa è assicurato?	 Che cosa NON è assicurato?
✓ Indennitaria Gravi malattie Indennizzo in caso di grave malattia comprovata (infarto del miocardio, ictus e cancro) da idonea documentazione medica. La somma indennizzabile una tantum è pari ad € 10.000 ✓ Infortuni Capitale in caso di Morte o Invalidità Permanente, Rimborso per Spese di cura, Somma giornaliera per Inabilità temporanea e Diaria da Ricovero. La somma assicurata è scelta dal cliente. ✓ Invalidità permanente da Malattia Capitale assicurato 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, ✓ Salute In base al piano assicurativo prescelto, somma giornaliera per garanzie ospedaliere, indennizzo forfettario per surgical cash, rimborso spese per accertamenti diagnostici compresi ricoveri, visite specialistiche, spese sanitarie, trattamenti fisioterapici e rieducativi, spese odontoiatriche e check-up. I massimali sono prestabiliti e sono applicati per anno assicurativo, per persona o, qualora previsto per gruppo familiare. ✓ Responsabilità civile Danni a terzi nell'ambito della vita privata e quelli derivanti dalla proprietà del fabbricato. Il massimale assicurato è scelto dal cliente. ✓ Tutela legale e Cyber risk Assistenza di un legale, in sede giudiziale ed extragiudiziale, per controversie nascenti nell'ambito della vita privata/ tempo libero o determinate dall'utilizzo del web (reputazione on-line, acquisti on-line, furto di identità). ✓ Incendio Capitale in caso di danni all'abitazione e/o al suo contenuto determinati da: incendio, fulmine, eventi che colpiscono l'impianto elettrico, fenomeni atmosferici, fuoriuscita d'acqua, eventi socio-politici e atti vandalici. La somma assicurata è a scelta del cliente. La polizza assicura anche altre garanzie, se acquistate dal cliente, tra le quali: - Assistenza persona - Perdita d'impiego	<i>Non è assicurabile:</i> ✗ <u>Per la sezione Gravi malattie:</u> l'Assicurato che al momento dell'adesione abbia un'età non compresa tra 18 anni 64 anni; ✗ <u>Per la sezione Invalidità permanente da Malattia:</u> l'Assicurato che al momento dell'adesione abbia un'età non compresa tra 18 anni 65 anni; ✗ <u>Per la sezione Salute:</u> l'Assicurato che al momento dell'adesione abbia un'età superiore a 70 anni; ✗ <u>Per la sezione Gravi malattie, per la garanzia Diaria da ricovero, per la sezione Invalidità permanente da Malattia e per la Sezione Salute (ad esclusione della garanzia Dental),</u> l'Assicurato che in fase di stipula non abbia risposto alle domande riportate nel questionario sanitario o abbia risposto con una sola risposta positiva. ✗ <u>Per la sezione Perdita d'impiego,</u> chi al momento dell'adesione non sia un lavoratore a tempo indeterminato del settore privato. Inoltre: alla scadenza dell'Assicurazione, l'età: ✗ <u>Per la sezione Gravi malattie,</u> non può risultare superiore a 65 anni. ✗ <u>Per la sezione Infortuni,</u> non può risultare superiore a 70 anni per la garanzia diaria da ricovero e 75 anni per le altre garanzie. ✗ <u>Per la sezione Invalidità permanente da Malattia</u> non può risultare superiore a 70 anni. ✗ <u>Per la sezione Salute,</u> l'età massima all'uscita non può essere superiore ai 75 anni compiuti. Per la sezione "Gravi malattie", le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 65° e, per la sezione "Salute", del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione; mentre per la sezione "Infortuni" possono recedere ad ogni scadenza annua successiva ai 70 anni per la Diaria da ricovero e 75 anni per le altre garanzie. Per la sezione Invalidità Permanente da Malattia possono recedere ad ogni scadenza annua successiva ai 70 anni.

• Furto e Rapina • Assistenza abitazione abituale • Energie rinnovabili all risk ✓ Terremoto Capitale in caso di danni materiali e diretti – compresi quelli di Incendio, Esplosione, Scoppio - alle cose assicurate causati da Terremoto, purché il Fabbicato assicurato si trovi in un'area individuata tra quelle interessate dal Terremoto nei provvedimenti assunti dalle Autorità competenti. ✓ Alluvione Capitale in caso di danni materiali e diretti - compresi quelli di incendio, esplosione, scoppio - causati alle cose assicurate da: a) alluvioni o inondazioni, ovvero fuoriuscita d'acqua e quanto da essa trasportato, dalle usuali sponde di corsi d'acqua e/o di bacini naturali od artificiali, anche se provocata da Terremoto, franamento, cedimento o smottamento del terreno, purché riscontrabile su una pluralità di beni assicurati e non assicurati posti nelle vicinanze. b) allagamento, ovvero rapido accumulo di acqua causato da un eccesso di precipitazioni atmosferiche in un breve lasso temporale (Flash flood), dovuto all'impossibilità del suolo di drenare e/o assorbire l'acqua, verificatosi all'interno del Fabbicato.	
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte e garanzie sono previste limitazioni ed esclusioni.

Ad esempio, e a titolo non esaustivo, di seguito carenze e franchigie:

- ✓ **Malattie gravi:** carenza 90 giorni
- ✓ **Infortuni:**
 - : Per la garanzia Invalidità permanente da Infortunio, sul capitale eccedente € 250.000:
 - non si darà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari od inferiore al 8% della totale;
 - se invece essa risulterà superiore al 8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando una Franchigia dell'8%;
 - Per la garanzia Inabilità temporanea da infortunio, Franchigia 7 giorni.
 - Per la garanzia Diaria da ricovero, Franchigia 2 giorni
- ✓ **Invalidità Permanente da Malattia:** Previsti massimali. Carenza massima 180 giorni
- ✓ **Salute:** previste Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali. Carenza massima 270 giorni.
- ✓ **Perdita d'impiego:** franchigia assoluta 60 giorni e carenza 180 giorni.
- ✓ **Responsabilità civile:** franchigia € 150 per danni a cose, copertura massima: € 500.000 per danni alle cose di terzi da incendio.
- ✓ **Incendio Contenuto:** franchigia fino ad € 300 per ogni sinistro, con limite d'indennizzo per anno e/o per evento variabile.
- ✓ **Furto e rapina, Assistenza abitazione, Energie rinnovabili all risk:** previste Franchigie, Scoperti e/o massimali.
- ✓ **Terremoto ed Alluvione:** Previsti massimali.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale in tutto il mondo salvo i seguenti casi:
 - **Assistenza** in Italia- valida nella Repubblica Italiana
 - **Tutela legale e Cyber risk**- valida per alcune garanzie, per le controversie trattate presso Ufficio Giudiziario sito nei paesi UE .
 - **Terremoto ed Alluvione** 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 dell'assicurazione, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno, ovvero il diritto di rivalsa per i danni risarciti obbligatoriamente a terzi.

L'Assicurato, per la garanzia "Diaria da ricovero", per la Sezione "Gravi malattie" e per la Sezione "Salute" (in quest'ultimo caso solo se con età superiore a 64 anni) deve compilare il questionario sanitario, rendendo dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul suo stato di salute. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, possono comportare la perdita del diritto all'indennizzo.

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



Come e quando devo pagare?

Il Contraente può versare i premi mediante addebito in conto corrente, SDD o bonifico.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuale frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi se il premio della Polizza multigaranzia Protection è uguale o maggiore ad € 120,00. 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. Il premio delle garanzie Indennitaria gravi malattie, Diaria da ricovero, Interventi chirurgici, Spese mediche ed Invalidità permanente da malattia viene adeguato automaticamente in base all'età dell'Assicurato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha durata annuale con tacito rinnovo. Il contratto si intende concluso nel momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di assicurazione del Contraente. L'assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente può impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Società richiesta di disdetta, mediante lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione *Multigaranzia*

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi
(DIP aggiuntivo Multirischi)



Compagnie che realizzano il prodotto: NET INSURANCE S.p.A. e NET INSURANCE LIFE S.p.A.
Prodotto: PROTECTION

Data di realizzazione: 12.2020

Il DIP aggiuntivo Multirischi pubblicato è l'ultimo disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e 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.

L'Aderente/Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RAMO VITA

Net Insurance Life S.p.A. – Società per Azioni con unico socio – fa parte del Gruppo Net Insurance – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 Roma; Tel. 06 893261 – Fax 06 89326800; Sito internet: www.netinsurance.it;
Email: info@netinsurancelife.it; PEC: netinsurancelife@pec.netinsurancelife.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nel Ramo Vita I con provvedimento IVASS n. 2591 del 14/02/2008. Iscritta all'Albo Imprese IVASS al n. 1.000164.

Il patrimonio netto di Net Insurance Life S.p.A. ammonta a € 20,1 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 15 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 5,1 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 13,4 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 3,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 28,6 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 213%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2019 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link:
<http://www.netinsurance.it>

RAMO DANNI

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 € 65,6 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 12,7 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 48,1 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 35,6 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 12,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 69,1 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 192%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2019 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link:
<http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

PROTECTION è una Polizza multigaranzia dedicata alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti all'area delle persone ed all'area del loro patrimonio.

PROTECTION è un prodotto modulare che consente ai Clienti di costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfi le loro esigenze di protezione, combinando le Garanzie previste dalla Polizza.

SEZIONE VITA

Temporanea caso morte

In caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, NET INSURANCE LIFE S.p.A. riconosce la Prestazione Assicurata in unica soluzione, ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato in parti uguali fra loro.

La Prestazione Assicurata non può essere superiore ad € 300.000,00. Qualora l'Assicurato, all'ingresso in copertura, abbia un'età superiore a 60 anni, la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000.

SEZIONE GRAVI MALATTIE

Indennitaria Gravi Malattie

In caso di diagnosi opportunamente comprovata, da idonea documentazione medica, di una Malattia Grave NET INSURANCE S.p.A. riconosce, per una sola volta nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, un Indennizzo all'Assicurato pari ad Euro diecimila (10.000).

La presente Assicurazione considera Malattie Gravi: l'infarto del miocardio, l'Ictus e il Cancro

SEZIONE INFORTUNI

Morte da Infortunio

In caso di infortunio che abbia come conseguenza la morte, se la stessa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, NET INSURANCE S.p.A. riconosce un Indennizzo pari 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.

La copertura è valida anche in caso di morte presunta dell'Assicurato.

Inoltre, nel caso di morte di entrambi i genitori, viene riconosciuto un indennizzo supplementare.

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.

Invalità permanente da infortunio

In caso di infortunio che abbia come conseguenza un'invalidità permanente, se la stessa si verifica entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio, NET INSURANCE S.p.A. riconosce 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.

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.

ESTENSIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE O DA SFORZO

Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, tecnicamente non operabili, NET INSURANCE S.p.A. riconosce 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.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI SOFFERENZE PSICOFISICHE

Nel caso di Infortunio che causi una Invalidità permanente pari o superiore al 30%, NET INSURANCE S.p.A. riconosce una somma supplementare pari al 10% di quella spettante per il caso di Invalidità permanente a titolo di Indennizzo per sofferenze psico-fisiche conseguenti all'Infortunio stesso.

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, NET INSURANCE S.p.A. riconosce una Indennità aggiuntiva pari a € 2.500,00. La presente 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.
Inabilità temporanea da Infortunio	In caso di infortunio che abbia come conseguenza l'inabilità temporanea, NET INSURANCE S.p.A. riconosce un indennizzo giornaliero. L'Indennità è dovuta: - integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in Polizza; - al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività dichiarate in Polizza. L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 260 giorni per Sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato. ESTENSIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE O DA SFORZO Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, che comportino Ricovero o Intervento chirurgico, l'Assicuratore corrisponde l'Indennità giornaliera indicata in Polizza, per un periodo massimo di 20 giorni per Sinistro. Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di ernia precedentemente alla stipulazione della Polizza. Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diverse da quelle addominali traumatiche o da sforzo.
Rimborso spese di cura da Infortunio	Per le spese di cura conseguenti ad infortunio, comprese le cure estetiche per eliminare o ridurre il danno derivante da infortunio che abbia comportato un'invalidità permanente, NET INSURANCE S.p.A. riconosce il rimborso In caso di Infortunio NET INSURANCE S.P.A. riconosce un rimborso, fino alla concorrenza del Capitale assicurato indicato in Polizza, le seguenti spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro: a) 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; b) per Intervento chirurgico anche ambulatoriale; c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali; d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa; e) per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie; f) 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. Le spese di cui alla lettera f) vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni successivi alla data dell'Infortunio. 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.
Diaria da ricovero	In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico, donazione di organi, NET INSURANCE S.p.A. riconosce 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: - Ricovero dell'Assicurato per donazione di organi; - 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 una stessa Malattia od Infortunio; l'Indennità giornaliera è corrisposta in misura pari al 50%.

	La diaria da ricovero viene riconosciuta anche in caso di: - Gessatura o applicazione di Apparecchio terapeutico amovibile, anche se indipendente dal Ricovero. In questo caso 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; - Convalescenza post Ricovero ossia di convalescenza domiciliare dell'Assicurato successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico, donazione di organi. In questo caso NET INSURANCE S.p.A. riconosce 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.
SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	
Invalità 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 riportati nelle Condizioni di Assicurazione. L'Assicurazione relativa alla persona indennizzata cessa con il pagamento dell'Indennizzo, che pertanto può essere corrisposto una sola volta.
SEZIONE SALUTE – PIANO ASSICURATIVO A	
Indennità giornaliera	In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento) compreso il parto e l'Aborto Terapeutico un'Indennità Giornaliera, NET INSURANCE S.p.A riconosce un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute. L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza. Al fine del calcolo dei giorni in caso di Ricovero, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno. L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery. Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da un Istituto di Cura privato o pubblico oppure da un Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN. L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash". Le somme assicurate si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.
Surgical Cash	In caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale NET INSURANCE S.p.A. riconosce un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute. L'indennizzo viene riconosciuto se l'evento avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza . Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo. Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe. Gli indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo. L'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery.
SEZIONE SALUTE – PIANO ASSICURATIVO B	
Indennità giornaliera	In caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico un'Indennità Giornaliera, NET

	INSURANCE S.p.A. riconosce un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute. L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza. Al fine del calcolo dei giorni in caso di Ricovero, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno. L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery. Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da un Istituto di Cura privato o pubblico oppure da un Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN. L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash". Le somme assicurate si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.
Surgical Cash	In caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale NET INSURANCE S.p.A. riconosce un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute. L'indennizzo viene riconosciuto se l'evento avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza . Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo. Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe. Gli indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo. L'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'"Indennità Giornaliera" per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery
Accertamenti diagnostici	In caso di spese sostenute per Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza NET INSURANCE S.p.A riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'assicurazione. Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare .
Visite specialistiche	In caso di spese sostenute per: - onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio; - Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista); effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza NET INSURANCE S.P.A. riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'assicurazione. Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.
SEZIONE SALUTE – PIANO ASSICURATIVO C	
Rimborso spese mediche	In caso di spese sanitarie effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza, NET INSURANCE S.P.A. riconosce un rimborso, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti previsti dall'assicurazione. In caso di Ricovero iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, l'Assicuratore riconosce la Prestazione entro i limiti indicati dall'assicurazione:

	- fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura; - per prestazioni effettuate nel periodo POST Ricovero, purché le stesse siano inerenti il Ricovero stesso. È compreso il parto e l'Aborto Terapeutico. Salvo quanto previsto, le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnostiche o Infortuni accorsi durante la validità dell'Assicurazione non sono riconosciute. Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia: 1. Spese mediche per Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale Vengono rimborsate, entro il limite massimo le: SPESE PRE Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. SPESE DURANTE Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica ed ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onorari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie). Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse. SPESE POST Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale. 2. Spese mediche per Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto. Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato dall'assicurazione e senza applicazione di Scoperti/Franchigie. Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la Retta di Degenza dalla madre e per il nido. 3. Spese mediche per Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi In caso di: - anisometropia superiore a 4 diottrie; - difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto. Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato dall'assicurazione e senza applicazione di Scoperti/Franchigie. Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la Retta di Degenza. 4. Spese mediche per Neonato Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST descritte al precedente punto per il neonato, fermo il Sub-massimale indicato dall'assicurazione. Per l'operatività della presente garanzia devono essere assicurati entrambi i genitori. Il neonato verrà incluso nella Polizza del genitore senza pagamento di un Premio aggiuntivo, fino al compimento dell'anno di età:
--	---

	- per le prestazioni ospedaliere; - condividendo gli stessi Massimali delle prestazioni ospedaliere in essere per il genitore, fermo il Sub-massimale previsto per il neonato; - fermi Scoperti, Franchigie e condizioni di Polizza. Nel Sub-massimale previsti per il neonato, sono ricompresi i soli interventi per l'eliminazione o correzione di Malformazioni Congenite e Difetti Fisici effettuati entro il primo anno di età. Alla scadenza dell'anno di età per poter beneficiare della copertura assicurativa per il neonato, se assicurabile ai termini di Polizza, dovrà essere corrisposto il relativo Premio. I Termini di Carenze non verranno ricalcolati. 5. Indennità Sostitutiva Con riferimento al solo Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, qualora le prestazioni siano a totale carico del SSN, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva. Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery. L'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta per: - Intervento Chirurgico Ambulatoriale; - chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi. - permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria. Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico. Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come descritte al precedente punto senza applicazione di Scoperti/Franchigie. L'Indennità Sostitutiva viene riconosciuta senza applicazione di Scoperti/Franchigie. 6. Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati dall'assicurazione. Tali spese non sono riconosciute per: - Intervento Chirurgico Ambulatoriale; - chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi. 7. Spese per il Trasporto dell'Assicurato Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente. 8. Rimpatrio della salma Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio. Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione. 9. Spese mediche per Ticket SSN ospedaliere Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione, fermi i limiti previsti. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza, salvo quanto descritto per "le spese mediche per Neonato".
--	---

Accertamenti diagnostici	In caso di spese sostenute per Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza NET INSURANCE S.p.A. riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'assicurazione. Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare .
Visite specialistiche	In caso di spese sostenute per: - onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio; - Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista); effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza NET INSURANCE S.P.A. riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'assicurazione. Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.
Trattamenti fisioterapici e rieducativi	In caso di spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati presso Istituto di Cura o Centro Medico, da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia a seguito di Malattia o Infortunio, NET INSURANCE S.P.A. riconosce un rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati dall'assicurazione. I Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.
Prevenzione - Check Up	Questa garanzia è prevista solo per Assicurati di età pari o superiore a 30 anni al fine di monitorare le condizioni di salute. Il pacchetto Prevenzione – Check Up dovrà essere effettuato: - in un'unica seduta; - una volta all'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Pagamento diretto con la Centrale Operativa;
SEZIONE SALUTE – PIANO ASSICURATIVO D	
Dental	In caso di spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza, e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, NET INSURANCE S.P.A. riconosce, entro i limiti indicati dall'assicurazione, le spese per: - prestazioni di Emergenza Odontoiatrica; - prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica Resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio. L'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) attivando preventivamente il Pagamento diretto sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso). Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico dell'Assicuratore. Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dall'Assicuratore non potrà essere superiore all'importo indicato dall'assicurazione. Nel caso di utilizzo del SSN è previsto il rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati dall'assicurazione. I limiti si intendono applicati per prestazione.

SEZIONE ASSISTENZA ALLE PERSONE	
Assistenza persona	In caso di infortunio o malattia sono garantite le seguenti prestazioni di assistenza: 1) Invio di un medico in caso di urgenza; 2) Invio di un'ambulanza in caso di urgenza; 3) Trasferimento sanitario programmato.
SEZIONE PERDITA IMPIEGO	
Perdita di impiego	In caso di licenziamento per "giustificato motivo oggettivo" dell'Assicurato, NET INSURANCE S.p.A. corrisponde l'Indennizzo indicato in polizza per ogni mese di disoccupazione documentata. Inoltre, a seguito di sinistro indennizzabile verificatosi in corso di copertura, è possibile accedere al servizio di Valutazione del profilo professionale e Orientamento nel mercato del lavoro. Sono assicurabili i soggetti che al momento del sinistro siano lavoratori dipendenti a tempo indeterminato del settore privato, siano assunti da almeno 180 giorni e abbiano superato il periodo di prova.
SEZIONE RESPONSABILITÀ CIVILE	
Responsabilità Civile della Vita privata	NET INSURANCE S.p.A. tiene indenne l'Assicurato e/o il suo nucleo familiare, per la somma che deve risarcire (capitale, interessi e spese), se civilmente responsabili, ai sensi di legge, di danni involontariamente causati a terzi per: 1. morte, lesioni personali; 2. distruzione o deterioramento di cose; 3. danni ad animali; in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nell'ambito della vita privata e della proprietà dell'abitazione abituale o saltuaria, situata nel territorio della Repubblica Italiana. A titolo esplicativo e non esaustivo sono garantiti i fatti di seguito elencati: 1. proprietà e conduzione dell'abitazione; 2. nella vita quotidiana; 3. nel tempo libero; 4. nella famiglia con figli; 5. responsabilità per proprietà o uso di animali domestici.
Responsabilità Civile della Proprietà	NET INSURANCE S.p.A. tiene indenne il proprietario dell'abitazione assicurata per la somma che deve risarcire (capitale, interessi e spese), se civilmente responsabile di danni involontariamente causati a terzi per: 1. morte, lesioni personali; 2. distruzione o deterioramento di cose; 3. danni ad animali; in conseguenza di un fatto accidentale che derivi dalla proprietà delle abitazioni, diverse da quella abituale, situate nel territorio della Repubblica Italiana, comprese le parti del fabbricato costituenti proprietà comune di abitazioni in fabbricati plurifamiliari. Sono compresi i danni derivanti dalla proprietà dell'impianto fotovoltaico e/o Impiantosolare termico. Sono comprese le pertinenze quali: dipendenze, recinzioni fisse e cancelli anche con comandi elettrici, giochi ed attrezzature sportive, piscine, parchi, alberi e strade private, purché realizzati nell'abitazione e negli spazi ad essa adiacenti.
SEZIONE TUTELA LEGALE E CYBER RISK	
Tutela legale Vita privata e Immobile	Copertura assicurativa che garantisce all'Assicurato la Tutela legale nell'ambito della vita privata. NET INSURANCE S.p.A. fornisce l'assistenza legale e garantisce il rimborso delle spese legali e peritali extragiudiziali e giudiziali occorrenti per la tutela degli Assicurati in relazione a vertenze e procedimenti previsti in Polizza. Sono garantite: 1. l'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi; 2. l'azione in sede civile (o l'eventuale costituzione di parte civile nell'ambito di procedimenti penali) per ottenere il risarcimento di danni che derivino da sinistri stradali nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni oppure come conducenti di biciclette o, infine, come passeggeri di qualsiasi veicolo a motore o natante; 3. la difesa in sede penale nei procedimenti per reati colposi. La garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato; 4. la difesa in sede penale nei procedimenti per reati dolosi, purché gli Assicurati vengano

	prosciolti o assolti con decisione passata in giudicato o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo (art. 530 comma 1, Codice di Procedura Penale); sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa. Resta fermo l'obbligo per gli Assicurati di denunciare il sinistro nel momento in cui ha inizio il procedimento penale. Restano esclusi i casi di estinzione del reato ad eccezione delle ipotesi di estinzione per remissione di querela; 5. le controversie di lavoro con i collaboratori addetti ai servizi domestici, regolarmente assunti; 6. le controversie derivanti da contratti di locazione o diritti reali delle unità immobiliari, costituenti le dimore abituali e saltuarie dell'Assicurato, ad eccezione di quelle controversie aventi ad oggetto il pagamento del bene, oggetto del contratto di locazione;
Tutale Legale Cyber risk	Copertura assicurativa che assicura il Cyber risk, la protezione dai rischi derivanti da illeciti commessi attraverso internet. NET INSURANCE S.p.A. fornisce l'assistenza legale e garantisce il rimborso delle spese legali e peritali extragiudiziali e giudiziali occorrenti per la tutela degli Assicurati in relazione a vertenze e procedimenti previsti in polizza. Sono garantite richieste di risarcimento danni per reati di terzi commessi tramite utilizzo del web.
SEZIONE INCENDIO	
Incendio Fabbricato	Copertura assicurativa contro i danni al Fabbricato derivanti da: 1) incendio, fulmine, implosione e scoppio; 2) fenomeno elettrico; 3) eventi atmosferici (uragano, bufera, grandine, ecc.); 4) sovraccarico neve; 5) atti vandalici dolosi e sabotaggio; 6) esplosione anche provocata da sostanze ed ordigni esplosivi; 7) urto di veicoli; 8) fumo, gas e vapori; 9) caduta di aeromobili, satelliti e meteoriti; 10) onda di pressione; 11) fuoriuscita di acqua condotta; 12) fuoriuscita di acqua condotta a seguito di traboccamento; 13) fuoriuscita di acqua a seguito di rottura delle apparecchiature domestiche; 14) guasti ai beni assicurati allo scopo di impedire o arrestare l'incendio; 15) spese necessarie per demolire, sgombrare, trattare e trasportare alla discarica i residui del sinistro; 16) spese di ospitalità alberghiera per il tempo necessario alla riparazione dei danni; 17) le spese straordinarie (onorari progettisti, consulenti, spese per rimuovere/trasportare le cose mobili assicurate non colpite da sinistro o parzialmente danneggiate, ecc.); 18) spese peritali; 19) spese per la ricerca e riparazione dei guasti; 20) perdita delle pigioni; 21) spese sostenute per la sostituzione di lastre. Inoltre: - è possibile chiedere e ottenere, prima della liquidazione del Sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere pagato in base alle risultanze acquisite (anticipo indennizzi) NET INSURANCE S.p.A. si obbliga a tenere indenne l'Assicurato delle somme che egli sia tenuto a corrispondere per capitale, interessi e spese - quale civilmente responsabile ai sensi di Legge - per danni materiali e diretti cagionati alle cose di terzi da incendio, esplosione, scoppio non causato da ordigni esplosivi e indennizzabile a termini di polizza (ricorso terzi).
Incendio Contenuto	Copertura assicurativa contro i danni al Contenuto derivanti da: 1) incendio, fulmine, implosione e scoppio; 2) fenomeno elettrico; 3) eventi atmosferici (uragano, bufera, grandine, ecc.); 4) sovraccarico neve; 5) atti vandalici dolosi e sabotaggio; 6) esplosione anche provocata da sostanze ed ordigni esplosivi; 7) urto di veicoli; 8) fumo, gas e vapori; 9) caduta di aeromobili, satelliti e meteoriti; 10) onda di pressione; 11) fuoriuscita di acqua condotta; 12) fuoriuscita di acqua condotta a seguito di traboccamento; 13) fuoriuscita di acqua a seguito di rottura delle apparecchiature domestiche; 14) guasti ai beni assicurati allo scopo di impedire o arrestare l'incendio; 15) spese necessarie per demolire, sgombrare, trattare e trasportare alla discarica i residui del sinistro; 16) spese di ospitalità alberghiera per il tempo necessario alla riparazione dei danni; 17) le spese straordinarie (onorari progettisti, consulenti, spese per rimuovere/trasportare le cose mobili assicurate non colpite da sinistro o parzialmente danneggiate, ecc.); 18) spese peritali; 19) spese per la ricerca e riparazione dei guasti; 20) perdita delle pigioni; 21) spese sostenute per la sostituzione di lastre. Inoltre: - è possibile chiedere e ottenere, prima della liquidazione del Sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere pagato in base alle risultanze acquisite (anticipo indennizzi) - NET INSURANCE S.p.A. si obbliga a tenere indenne l'Assicurato delle somme che egli sia tenuto a corrispondere per capitale, interessi e spese - quale civilmente responsabile ai sensi di Legge - per danni materiali e diretti cagionati alle cose di terzi da incendio, esplosione, scoppio non causato da ordigni esplosivi e indennizzabile a termini di polizza (ricorso terzi) La copertura è estesa: 1. agli oggetti portati temporaneamente fuori dall'abitazione, nei locali occupati dall'Assicurato o dai suoi familiari durante il periodo di villeggiatura,

	2. al Contenuto delle dipendenze.
Rischio locativo	Nei casi di responsabilità dell'Assicurato, la copertura indennizza i danni materiali direttamente cagionati da incendio, esplosione, scoppio e fumo, anche se causati con colpa grave dell'Assicurato ai locali tenuti in locazione dallo stesso in base a quanto riportato per l'"Incendio del fabbricato". L'Indennizzo verrà corrisposto tenendo conto dello stato di conservazione, d'uso e di ogni altra circostanza concomitante.
SEZIONE TERREMOTO ED ALLUVIONE	
Garanzia Terremoto	Copertura assicurativa contro i danni materiali e diretti – compresi quelli di Incendio, Esplosione, Scoppio - alle cose assicurate causati da Terremoto, purché il Fabbricato assicurato si trovi in un'area individuata tra quelle interessate dal Terremoto nei provvedimenti assunti dalle Autorità competenti. Agli effetti della presente Garanzia le scosse registrate nelle 168 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto un singolo sinistro, purché avvenuti nel periodo di assicurazione.
Garanzia Alluvione	Copertura assicurativa contro i danni materiali e diretti - compresi quelli di incendio, esplosione, scoppio - causati alle cose assicurate da: a) alluvioni o inondazioni, ovvero fuoriuscita d'acqua e quanto da essa trasportato, dalle usuali sponde di corsi d'acqua e/o di bacini naturali od artificiali, anche se provocata da Terremoto, franamento, cedimento o smottamento del terreno, purché riscontrabile su una pluralità di beni assicurati e non assicurati posti nelle vicinanze. b) allagamento, ovvero rapido accumulo di acqua causato da un eccesso di precipitazioni atmosferiche in un breve lasso temporale (Flash flood), dovuto all'impossibilità del suolo di drenare e/o assorbire l'acqua, verificatosi all'interno del Fabbricato. Agli effetti della presente garanzia i danni verificati da Alluvione / Inondazione sono considerati parte di un unico Sinistro se si sono verificati nelle 504 ore successive ad un medesimo evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile.
SEZIONE FURTO E RAPINA	
Furto del Contenuto	Copertura assicurativa per i danni materiali e diretti provocati dai seguenti eventi: 1) Furto a) Con Scasso, ossia l'autore dello stesso si sia introdotto nei locali contenenti le cose assicurate violandone le difese esterne mediante rottura, Scasso, uso fraudolento di chiavi, uso di grimaldelli o di arnesi simili; b) per via diversa da quella ordinaria, che richieda superamento di ostacoli o di ripari mediante impiego di mezzi artificiali o di particolare agilità personale; c) con presenza di persone all'interno dei locali stessi e non siano stati posti in essere i mezzi di protezione e chiusura delle finestre o porte-finestre; d) in altro modo, rimanendovi clandestinamente, ed abbia poi asportato la refurtiva a locali chiusi. 2) Rapina o estorsione avvenute nell'Abitazione indicata in polizza, anche quando le persone sulle quali viene usata violenza o minaccia, siano prelevate dall'esterno e costrette a recarsi nell'Abitazione stessa. La copertura vale anche nei seguenti casi: a) guasti cagionati dai ladri; b) spese per migliorie; c) atti vandalici; d) scippo e rapina di effetti personali; e) gioielli e valori portati nei locali di villeggiatura. Sono sempre operanti le seguenti disposizioni normative: Operatività della garanzia-mezzi di chiusura; perizia contrattuale; mandato ai periti; determinazione dell'ammontare del danno; recupero delle cose rubate.
SEZIONE ASSISTENZA ABITAZIONE ABITUALE	
Assistenza abitazione	La prestazione opera 24 ore al giorno 365 giorni l'anno e mette a disposizione specialisti per affrontare imprevisti. - Invio di un elettricista - Invio di un idraulico - Invio di un fabbro/falegname

	- Invio di un vetraio - Invio di una guardia giurata - Ripristino dell'abitabilità - Sistemazione provvisoria d'emergenza - Rientro anticipato - Trasloco definitivo - Servizio di ricerca artigiani convenzionati - Consulenza veterinaria d'urgenza - Informazioni veterinarie Inoltre, le seguenti condizioni sono sempre valide ed operanti: Operatività della garanzia; Limitazione del servizio - Estensione territoriale.
SEZIONE ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK	
Energie rinnovabili All risk	Copertura assicurativa per i danni materiali diretti (compreso furto, rapina, guasti e fenomeno elettrico) e per i danni indiretti che un impianto fotovoltaico e/o solare termico può subire secondo il principio all risk salvo quanto espressamente indicato nelle "Esclusioni". Gli impianti devono essere stati installati e collaudati in conformità con le disposizioni normative in vigore, così come comprovato dal certificato di collaudo o dalla dichiarazione di conformità dell'impianto di cui il Contraente dichiara di essere in possesso, all'atto della sottoscrizione della polizza. La garanzia è operante purché gli impianti si trovino nelle ubicazioni indicate in polizza (se totalmente o parzialmente integrati) o comunque nelle immediate vicinanze delle stesse - massimo 300 mt in linea d'aria – per gli impianti a terra. 1) Danni diretti NET INSURANCE S.p.A. si obbliga a indennizzare i danni materiali e diretti causati da un qualunque evento accidentale non espressamente escluso che colpisca gli impianti individuati in Polizza, anche se di proprietà di terzi. NET INSURANCE S.p.A. indennizza inoltre i costi sostenuti per demolire, sgomberare e trasportare fino al più vicino punto di raccolta o di scarico, i residui delle cose assicurate e danneggiate a seguito di sinistro indennizzabile. 2) Danni indiretti NET INSURANCE S.p.A. indennizza le perdite per i danni indiretti che possono derivare dall'interruzione o diminuzione della produzione di energia elettrica per effetto di un danno materiale e diretto, solo se indennizzabile a termini della garanzia, che abbia colpito gli impianti assicurati. Inoltre, le seguenti condizioni sono sempre valide ed operanti: Perizia contrattuale; Mandato ai periti; Determinazione dell'ammontare del danno per i danni diretti all risk e per i danni indiretti; Assicurazione parziale.



Che cosa NON è assicurato?

Esclusioni SEZIONE VITA Temporanea caso morte	Il Rischio morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, salvo quanto di seguito stabilito. Oltre a quanto espressamente già indicato nel DIP VITA, La garanzia è esclusa anche in caso di decesso dell'Assicurato derivante da: - incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute; - suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione; - malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati; - danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo; - 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); - esercizio delle seguenti attività lavorative: le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquei, in miniere, cave, pozzi e stive; - uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore; - infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione; - soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione. La Carenza così come indicata nel DIP VITA non è operante qualora il decesso sia dovuto a: - Infortunio; - una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la Conclusione del contratto di assicurazione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, febbri puerperali, tifo esantematico, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragico, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica, tetano; - shock anafilattico.
Esclusioni SEZIONE INDENNITARIA GRAVI MALATTIE	Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del contratto di Assicurazione: - hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99. indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni; - siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico; - abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o son o in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi: • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma; • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris; • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi

	polmonare, insufficienza respiratoria; • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa; • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere; Diabete (tipo 1 e 2); • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite; - soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci; - hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla; - si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti; - è stata rifiutata oppure accettata a condizioni particolari da qualsiasi altra società di Assicurazione una proposta per un'assicurazione Malattie Gravi (o Dread Disease o Critical Illness), invalidità, spese mediche o sulla vita; - nella propria parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) hanno avuto casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni prima dell'età di 60 anni. Infarto miocardico Sono esclusi: - angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta; - cardiomiopatia da stress (Takotsubo); - lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia. Ictus Sono esclusi: - attacco ischemico transitorio (TIA); - danni cerebrali dovuti ad infortunio o trauma; - disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina; - eventi vascolari della colonna vertebrale; - ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini. Cancro Sono esclusi: - tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali; - qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual; - tutti i tumori della pelle diversi da melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai - linfonodi o a organi/siti distanti; - Tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali, e tumori tiroidei T1N0M0 che misurino meno di 2cm; - tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti - dall'edizione più recente dell' AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0; - tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche. L'Assicurazione non prevede il pagamento di alcuna prestazione per le Malattie Gravi, come descritte sopra qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza). Nessuna prestazione verrà corrisposta per le Malattie Gravi diagnosticate successivamente al decesso dell'Assicurato. Sono sempre esclusi gli eventi derivanti da: - qualsiasi delle Malattie Gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante i Termini di Carenza; - dolo del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario; - guerra e insurrezioni;
--	--

	- atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche; - ubriachezza, alcolismo o dipendenza da droghe o farmaci non prescritti da medici abilitati alla professione; - atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio; - partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi; - negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche; - Patologie Preesistenti come; - sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV; - contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato; - pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob; - atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata; - Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili; - guida di qualsiasi veicolo, o natante, a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione; - esercizio delle seguenti attività lavorative: estrazione petrolio o gas naturali; in miniere o altiforni; a contatto con esplosivi, pesticidi o altri materiali chimici pericolosi tra cui l'amianto; ad altezze superiori a 5 mt dal suolo (impalcature, tetto, ecc); guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari etc.) con uso di armi, vigili del fuoco, attività subacquee; - stati depressivi patologie psichiatriche, sindromi psico-organiche. L'Assicurazione non copre i casi di Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza e relative complicanze, dirette o indirette. Nessun Indennizzo verrà pagato se durante i primi 90 (novanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione (termini di carenza): - l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie Gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure - all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie Gravi coperte ai sensi dell'Assicurazione. Qualora la diagnosi di una Malattia Grave derivi da accertamenti sanitari eseguiti mentre è operante il periodo di Carenza della relativa copertura, l'Indennizzo previsto non è dovuto, l'Assicurazione si risolve e l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine dell'Anno Assicurativo per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.
Esclusioni SEZIONE INFORTUNI Morte /invalidità permanente da Infortunio/ Inabilità temporanea da Infortunio/ Rimborso spese di cura da Infortunio / Diaria da ricovero	Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. Per tutte le garanzie, sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati: - dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto al punto 10) dell'Art. 58 - "Oggetto dell'Assicurazione"; - dalla pratica di sport aerei in genere quali a puro titolo esemplificativo: deltaplani, velivoli ultraleggeri, paracadutismo, parapendio; - 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; - dalla guida e uso di mezzi subacquei; - dalla guida di veicoli in conseguenza di crisi epilettiche dell'Assicurato; - 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); - dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta; - dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove anche a scopo amatoriale ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore; - dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici; - 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 svolte a livello professionistico e/o che siano per l'atleta fonte di introito economico. Resta comunque inclusa in garanzia la partecipazione a gare / competizioni a carattere amatoriale, compresi i relativi allenamenti; - da ubriachezza dell'Assicurato, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni; - da tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva; - da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; - da azioni delittuose dell'Assicurato, suicidio ed autolesionismo; - da movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche; - da guerra, insurrezioni, o atti terroristici comprese le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni chimiche e biologiche; - 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.); Sono inoltre esclusi: - gli Infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio; - gli Infortuni le cui conseguenze si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S); - gli infarti e ictus; - 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 ed all' "Estensione alle ernie addominali traumatiche o da sforzo" della Garanzia C. INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO. <u>Solo con riferimento alla garanzia invalidità permanente da infortunio</u> La liquidazione viene effettuata: - sul Capitale assicurato fino ad € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila) si applicherà la tabella prevista dall'assicurazione; - sulla parte di Capitale assicurato eccedente € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila): • non si darà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari od inferiore al 8% della totale; • se invece essa risulterà superiore al 8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando una Franchigia dell'8%. <u>Solo con riferimento alla garanzia Inabilità temporanea da Infortunio</u> L'Indennità è dovuta: - integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in Polizza; - al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività dichiarate in Polizza. L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 260 giorni per Sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato. I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di una Franchigia di 7 giorni. Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, che comportino Ricovero o Intervento chirurgico, l'Assicuratore corrisponde l'Indennità giornaliera indicata in Polizza, per un periodo massimo di 20 giorni per Sinistro. Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di ernia precedentemente alla stipulazione della Polizza. Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diverse da quelle addominali traumatiche o da sforzo. <u>Solo con riferimento alla garanzia Rimborso spese di cura da Infortunio</u> La Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 50,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio. <u>Solo con riferimento alla garanzia Diaria da Ricovero</u> 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, o in caso di donazione di organi. Per la Diaria da Ricovero dovuta a Malattia sono esclusi i Ricoveri: - dovuti a Patologie Preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza; - 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; - derivanti da Malattia Mentale e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
--	--

	- derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate; - conseguenti ad atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti; - derivanti da patologie determinate da influenze elettromagnetiche.
Esclusioni SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità permanenti: 1. preesistenti alla data di effetto della presente Polizza; 2. 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; 3. conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili; 4. derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche; 5. 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; 6. conseguenti a movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche; 7. derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; 8. derivanti da Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive; 9. derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate; 10. conseguenti ad atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti; 11. derivanti da patologie determinate da influenze elettromagnetiche; 12. 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.
Esclusioni SEZIONE SALUTE Indennità giornaliera"/ "Surgical Cash"/ "Rimborso Spese Mediche"/ "Accertamenti Diagnostici"/ "Visite Specialistiche"/ "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"	Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del contratto di Assicurazione: - hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99. indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni; - siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico; - abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o son o in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi: • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma; • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris; • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria; • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa; • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere Diabete (tipo 1 e 2); • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite; - soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci; - hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla; - si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti. Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in alcun modo più operante per detto Assicurato. L'Assicurazione non è operante per:

	1. le Patologie preesistenti; 2. le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta e della data d'insorgenza a meno che non rientrino nella garanzia "Prevenzione – Check Up"; 3. le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età; 4. le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa; 5. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; 6. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), a meno che non rientrino nella garanzia "Prevenzione – Check-up, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine; 7. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, Trattamenti Fisioterapici (salvo se previste dal Piano Assicurativo prescelto); 8. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica; 9. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale; 10. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche; 11. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale; 12. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse; 13. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni; 14. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose; 15. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa; 16. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; 17. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti; 18. gli Infortuni accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale; 19. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; 20. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; 21. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo; 22. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; 23. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati: - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età; - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza; - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna; 24. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicità e conseguenze; 25. l'interruzione volontaria della gravidanza; 26. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche; 27. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;
--	--

	28. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali; 29. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); 30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery; 31. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio; 32. le lenti ed occhiali; 33. i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri); 34. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti; 35. le prestazioni non specificate nelle singole garanzie. L'Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicità, conseguenze dirette e indirette. Le prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni, per: - gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa. Per il solo neonato che viene incluso in copertura, nella Polizza dei genitori – che devono essere entrambi assicurati - fino all'anno di età, la carenza di 30 giorni di cui sopra decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura. Al compimento dell'anno il bambino, se assicurabile, potrà essere incluso in copertura previo versamento del relativo Premio. Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con il presente Assicuratore, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in riferimento: - alle maggiori somme assicurate per prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura; - alle prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura; - alle nuove persone Assicurate. Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.
Esclusioni SEZIONE SALUTE Dental	Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. L'Assicurazione non è operante per: 1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza; 2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione; 3. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"; 4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale; 5. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia; 6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche; 7. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain

	bike e “downhill” nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; 8. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell’assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico; 9. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico; 10. le estrazioni di denti decidui (da latte); 11. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile. 12. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca; 13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose; 14. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all’uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni; 15. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell’atomo come pure di radiazioni provocate dall’accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l’uso terapeutico; 16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l’Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo; 17. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS; 18. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di “Prevenzione Odontoiatrica”; 19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; 20. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti; 21. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione; 22. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale. Le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione sono escluse solo per le prestazioni da “Emergenza Odontoiatrica”. Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni, per: - gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell’Assicurazione; - prestazioni di “Emergenza odontoiatrica” e “Prevenzione odontoiatrica”: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione. Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.
Esclusioni Assistenza persona	Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da: 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.

Esclusioni Perdita di impiego	La garanzia non è operante nel caso di: a) licenziamenti dovuti a “giusta causa”, giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari e professionali; b) dimissioni; c) licenziamenti tra congiunti, ascendenti e discendenti; d) cessazioni, alla loro scadenza, dei contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) stagionali, temporanei e contratti di lavoro intermittente; e) contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano; f) licenziamenti a seguito dell’età richiesta per il diritto al trattamento pensionistico di vecchiaia; g) risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza; h) messa in mobilità del Lavoratore dipendente che, nell’arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico di anzianità e/o di vecchiaia; i) situazioni di disoccupazione che diano luogo alla prestazione da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria (anche in deroga), Edilizia o Straordinaria (anche in deroga); j) licenziamento per superamento del periodo di comportamento; k) licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore. La Garanzia non è operante se: a) alla data di decorrenza dell’assicurazione, l’Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato; b) la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell’Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, di inserimento, apprendistato, etc.) o della interruzione di un rapporto di “Lavoro a progetto”; c) l’Assicurato non si è iscritto nell’elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di “mobilità”; d) al momento del Sinistro l’Assicurato stava svolgendo la propria normale attività lavorativa all’estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell’ambito di un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana o comunque se l’Assicurato ha un contratto non regolato dalla Legge italiana.
--	---

Esclusioni Responsabilità Civile	Sono esclusi i Danni: 1. cagionati dolosamente; 2. alle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed alle cose altrui che derivino da incendio, implosione, esplosione o scoppio. Sono in ogni caso esclusi i danni ai locali ed al contenuto dell'abitazione detenuta a qualsiasi titolo; 3. da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore; 4. da proprietà ed uso di natanti o unità naviganti; 5. da furto; 6. derivanti dalla proprietà di abitazioni e di altri immobili diversi da quelli assicurati; 7. derivanti dalla proprietà o uso di animali non domestici 8. provocati ai terzi, se l'uso e la proprietà dell'Animale Domestico sono esercitati in violazione alle disposizioni di legge, compresi quelli derivanti da cani non iscritti all'anagrafe canina, nonché i cani per i quali l'ente locale, a seguito di segnalazione del "servizio veterinario", ha predisposto misure di prevenzione in seguito ad episodi di morsicatura, di aggressione o sulla base di criteri di rischio; sono altresì esclusi i danni conseguenti a uso professionale; 9. derivanti dalla proprietà di animali da sella; 10. derivanti dall'esercizio della caccia e della pesca subacquea; 11. verificatisi nello svolgimento di gare sportive e relativi allenamenti se sono effettuati non a carattere amatoriale o prevedano l'impiego di veicoli a motore; 12. verificatisi nella pratica del paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere; 13. causati da esercizio di attività professionali, od attività comunque retribuite, svolte dall'Assicurato e/o dal proprio Nucleo Familiare; 14. conseguenti a inadempimenti di natura contrattuale o tributaria; 15. derivanti da impiego di aeromobili 16. derivanti da detenzione o impiego di esplosivi; 17. verificatisi in relazione alla proprietà e conduzione dello studio professionale; causati da presenza, detenzione di amianto, di prodotti di amianto o contenenti amianto o da questo derivanti; 19. derivanti da campi elettromagnetici; 20. conseguenti ad attività di volontariato di natura medico-infermieristica; 21. conseguenti a: a. inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo b. deviazione, alterazione, interruzione, impoverimento di sorgenti, corsi d'acqua, falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto si trovi nel sottosuolo, suscettibile di sfruttamento; c. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione ed uso di sostanze radioattive; 22. a Cose dei Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby-sitter); 23. verso i Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby-sitter) non in regola con le normative di Legge; 24. causati dai Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby-sitter) non in regola con le normative di Legge; 25. derivanti dall'esecuzione in proprio di lavori di Manutenzione straordinaria; 26. derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali; 27. derivanti dalla violazione intenzionale di Leggi e regolamenti relativi alla proprietà, detenzione ed uso di armi per difesa, tiro a segno, tiro a volo e simili; 28. limitatamente alla proprietà, da spargimento d'acqua diverso da quello conseguente a rotture accidentali di tubazioni, condutture o impianti idrici ed igienici; 29. da rigurgito o traboccamento della rete fognaria pubblica. Non sono considerati terzi il coniuge, i genitori dell'Assicurato, i genitori del coniuge, i figli dell'Assicurato, il convivente di fatto, l'unito civilmente, le persone iscritte nello stato di famiglia dell'Assicurato, e qualsiasi altro parente od affine con lui convivente. A parziale deroga di quanto sopra, i genitori ed i figli con anagrafico di stato di famiglia residenti e domiciliati in porzione indipendente del Fabbricato dell'Assicurato, sono considerati terzi limitatamente ai danni materiali da spargimento di liquidi e da Incendio, Esplosione e Scoppio di cose dell'Assicurato.
--	---

Esclusioni Tutela Legale e Cyber risk	Salvo quanto diversamente previsto, le prestazioni - oltre a quanto espressamente già indicato nel DIP DANNI - non sono valide per Sinistri relativi: a) al diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni; b) alla materia fiscale, tributaria, amministrativa o previdenziale; c) a fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive; d) ad attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato; e) a fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme; f) ai diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva o relativi a turbativa d'asta, concorrenza sleale o normativa antitrust, o relativi a compravendite di quote societarie o a vertenze tra amministratori e/o soci; g) al pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere; h) a vertenze derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli, anche qualora viaggino su tracciato veicolato o su funi metalliche, di aeromobili, di imbarcazioni da diporto, di navi da diporto e di natanti da diporto (ai sensi dall'art. 3 del D. Lgs. 171/2005). Le prestazioni non sono valide anche per Sinistri occorsi in occasione dell'uso professionale dei mezzi assicurati; i) a fatti dolosi delle persone assicurate; j) a fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente; k) per Controversie connesse alla circolazione stradale; l) alla violazione della normativa relativa al divieto di guida sotto l'effetto di alcool o di sostanze stupefacenti o della normativa inerente l'omissione di fermata e assistenza; m) a fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni automobilistiche/motociclistiche/motonautiche e relative prove; n) a fatti derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta; o) all'esercizio di qualsiasi attività di lavoro autonomo, dipendente, professionale o imprenditoriale svolte dall'Assicurato o da cariche sociali rivestite dallo stesso, anche a titolo gratuito, presso Enti pubblici o privati; p) a immobili o parte di essi non costituenti l'Abitazione abituale o l'Abitazione saltuaria - direttamente utilizzata - dell'Assicurato; q) per controversie derivanti da prestazioni mediche aventi finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva; r) alla compravendita, permuta di immobili e alla loro costruzione ex novo, e a contratti di appalto, fornitura e posa in opera di materiali; s) a casi di adesione a class action; t) a casi di difesa penale per reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nell'ambito professionale; u) alla difesa penale per abuso di minori; v) a vertenze con l'Assicuratore; w) le Controversie contrattuali. L'assicurazione è valida per le Controversie verificatesi nei Paesi dell'Unione Europea. Sono comunque esclusi dalla copertura di Polizza gli oneri di Assistenza stragiudiziale e giudiziale per violazioni di Legge o lesioni di diritti verificatesi in Paesi o in zone nelle quali siano in atto fatti bellici o rivoluzioni. Sono inoltre escluse dalla Garanzia Cyber risk : x) le Controversie aventi ad oggetto contenuto pornografico, pedopornografico, violento, discriminatorio o che violi la dignità umana; y) si specifica inoltre che sono esclusi dall'operatività della Garanzia nell'ambito dell'e-commerce, gli acquisti relativi a: 1. animali e vegetali; 2. Gioielli e/o beni preziosi, oggetti d'arte, argenteria; 3. oggetti intangibili con valore monetario come a titolo di esempio: azioni, obbligazioni, titoli, denaro, assegni, bonds, certificati statali, francobolli, travellers cheques, biglietti per eventi di vario genere (esclusi i biglietti di viaggio); 4. beni deperibili, cibo e bevande, medicinali, armi; 5. materiale digitale scaricato on-line; 6. oggetti per uso industriale; 7. beni non consegnati per cause imputabili a disservizi del vettore (es. corrieri, servizio postale); 8. acquisti effettuati tramite aste on-line; 9. veicoli a motore e natanti; 10. beni non nuovi.
---	---

Esclusioni INCENDIO Incendio Fabbricato/ Incendio Contenuto/ Rischio locativo	Sono esclusi i danni: 1. causati da atti di guerra, insurrezione, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato, di occupazione militare, di invasione (salvo quanto previsto per gli atti vandalici dolosi e sabotaggio); 2. commessi con dolo del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti legali o dei soci a responsabilità illimitata; 3. causati da terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, mareggiate, inondazioni, alluvioni, allagamenti; 4. di smarrimento, furto, rapina, estorsione o imputabili a qualsiasi ammanco dei beni assicurati, avvenuti in occasione degli eventi coperti dall'assicurazione; 5. alla macchina od all'impianto nel quale si sia verificato uno Scoppio o Implosione se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetto di materiale; 6. da gelo e acqua condotta (salvo quanto previsto per la fuoriuscita di acqua condotta); 7. subiti dagli alimenti in refrigerazione per effetto di mancata od anormale produzione o distribuzione del freddo o di fuoriuscita del fluido frigorigeno, anche se conseguenti ad eventi per i quali è prestata l'assicurazione; 8. conseguenti ad Esplosione che derivi dalla detenzione illegale di sostanze o ordigni esplosivi conosciuta dal Contraente o dall'Assicurato; 9. indiretti, tranne quelli indicati nell'oggetto dell'assicurazione; 10. causati da Esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure causati da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; 11. da umidità, stillicidio, trasudamento, infiltrazione; 12. da cedimento, franamento o smottamento del terreno. Inoltre sono previste ulteriori esclusioni, tra le quali: • Fenomeno elettrico- sono esclusi i danni: alle lampadine elettriche, alle valvole termoioniche, alle resistenze scoperte ed ai fusibili; causati da usura, manomissione, difetti di materiali, mancata manutenzione; derivanti da operazioni di montaggio, prova o manutenzione; dovuti a difetti noti al Contraente o all'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza; ai trasformatori elettrici e generatori di corrente posti all'aperto ed all'esterno dell'Abitazione. • Eventi atmosferici- sono esclusi i danni causati da: straripamento di corsi o specchi d'acqua naturali o artificiali; mareggiate e penetrazione di acqua marina, cedimento o franamento del terreno ancorché verificatisi a seguito di eventi atmosferici sopra descritti; formazione di ruscelli, allagamento, accumulo esterno d'acqua, rottura o rigurgito dei sistemi di scarico; sovraccarico neve tranne quanto disciplinato al punto 4. del presente articolo; gelo, valanghe o slavine, insufficiente deflusso dell'acqua piovana; umidità, stillicidio, trasudamento e infiltrazione; ed anche i Danni subiti da: Fabbricati in plastica o aperti da uno o più lati o incompleti nelle chiusure o nei Serramenti e relativo Contenuto; insegne, antenne, cavi aerei, e simili installazioni esterne; tettoie e tende esterne; Cose all'aperto, ad eccezione di: serbatoi, recinzioni, cancelli ed impianti fissi per natura e destinazione; alberi, cespugli, coltivazioni floreali ed agricole in genere • Sovraccarico neve- sono esclusi i danni: causati da valanghe e slavine; causati da gelo, anche se conseguente all'evento coperto dalla presente Polizza; alle Abitazioni non conformi alle Leggi ed ad eventuali disposizioni locali relative ai carichi e sovraccarichi neve vigenti all'epoca della costruzione, ricostruzione o per mancata ristrutturazione obbligatoria del Tetto; all'Abitazione in costruzione o in ristrutturazione, a meno che i lavori siano ininfluenti ai fini di questa garanzia, ed al suo Contenuto; a tegole, camini, antenne, tende esterne, lucernari, vetrate e serramenti e all'impermeabilizzazione, a meno che il loro danneggiamento sia causato da crollo totale o parziale del tetto o delle pareti. • Atti vandalici dolosi e sabotaggio- sono esclusi i danni: da furto, rapina, consumati o tentati, smarrimento, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere; da imbrattamento dei muri esterni dell'Abitazione e delle sue dipendenze; avvenuti durante occupazione non militare che duri più di 5 giorni consecutivi, diversi da Incendio, Esplosione o Scoppio, Implosione, caduta di aeromobili, loro parti o Cose da essi trasportate; verificatisi nel corso di confisca, sequestro, requisizione dei beni assicurati per ordine di qualunque autorità, di diritto o di fatto, od in occasione di serrata; da terrorismo. Sono inoltre esclusi i costi o le spese derivanti direttamente od indirettamente da contaminazione nucleare, biologica o chimica. • Fumo, gas e vapori fuoriusciti dagli impianti dell'abitazione- sono esclusi i danni determinati da usura, corrosione, difetti di materiale o carenza di manutenzione. • Fuoriuscita di acqua condotta- sono esclusi i danni: da umidità, stillicidio, stillicidio, insalubrità dei locali; da gelo nel caso in cui l'Abitazione sia adibita a dimora non abituale; conseguenti a gelo dovuti a rottura di tubazioni o condutture, interrate o installate all'esterno del Fabbricato; da usura, corrosione, difetti di materiali o carenza di manutenzione; derivanti da occlusione di
---	---

	fognature o rigurgito delle stesse; provocati da colaggi o Rotture degli impianti automatici di estinzione; causati da rottura di tubi di gomma e di Tubi interrati. • Fuoriuscita di acqua a seguito di traboccamento- sono esclusi: i Danni derivanti da rigurgito delle fognature; le spese di demolizione e ripristino di parti del Fabbricato e di impianti, sostenute allo scopo di ricercare ed eliminare l'occlusione che ha dato origine allo spargimento di acqua. • Spese per demolire, sgomberare, trattare e trasportare alla discarica idonea più vicina i residui del Sinistro indennizzabile- sono esclusi materiali tossici e nocivi • Perdita pigioni- Sono esclusi i Danni causati da ritardi nel ripristino di locali danneggiati, anche se dovuti a cause eccezionali, o da ritardi di locazione od occupazione dei locali ripristinati. • Spese per la sostituzione di Lastre- sono esclusi i Danni: alle Lastre che costituiscono parte integrante di apparecchiature elettrodomestiche od elettroniche; derivanti da operazioni di trasloco, da rimozione o da lavori sulle Lastre o sui mobili, Infissi, supporti, sostegni o cornici su cui le stesse sono collocate. Non costituiscono rotture indennizzabili a termine della presente Garanzia le scheggiature e le rigature. • Ricorso terzi- esclusi i Danni: a Cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo; di qualsiasi natura conseguenti ad inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo. Non sono comunque considerati terzi: il coniuge, i genitori, i genitori del coniuge, i figli dell'Assicurato nonché ogni altra persona stabilmente convivente con l'Assicurato; quando l'Assicurato non sia una persona fisica: il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al punto precedente; le società le quali, rispetto all'Assicurato che non sia una persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate, ai sensi dell'art. 2359 c.c., nonché gli amministratori delle medesime.
Esclusioni Terremoto ed Alluvione	Relativamente a tutte le Garanzie, l'Assicuratore non indennizza i danni: 1. verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, salvo che il Contraente/Assicurato provi che il Sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi, nonché i danni causati da atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato; 2. causati da esplosione, emanazione di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, anche se i fenomeni medesimi risultassero originati da Terremoto, Inondazione, Alluvione, Allagamento; 3. causati da eruzione vulcanica, da maremoto, tsunami, onde anomale, maree, frane, cedimento o smottamento del terreno, valanghe e slavine anche se conseguenti a Terremoto; 4. causati da eventi atmosferici, quali uragano, bufera, tempesta, vento e cose da esso trascinate, sollevate, trasportate o abbattute, grandine, tromba d'aria; 5. avvenuti a seguito di rotture, brecce o lesioni provocate al tetto, alle pareti od ai serramenti dal vento o dalla grandine; 6. causati da umidità, stillicidio, trasudamento, infiltrazione; 7. causati da sovraccarico neve o fenomeno elettrico; 8. causati da mancata od anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica o idraulica, salvo che tali circostanze siano connesse al diretto effetto del Terremoto/Inondazione/alluvione/allagamento sulle cose assicurate; 9. subiti dagli alimenti in refrigerazione per effetto di mancata od anormale produzione o distribuzione del freddo o di fuoriuscita del fluido frigorifero, anche se conseguenti ad eventi per i quali è prestata l'Assicurazione; 10. da furto, smarrimento, rapina, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere; 11. causati a fabbricati considerati abusivi ai sensi delle leggi vigenti in materia edilizia; 12. per ritardi nel ripristino dei locali danneggiati dovuti a cause eccezionali o per qualsiasi ritardo di occupazione dei locali ripristinati; 13. determinati da dolo dell'Assicurato o del Contraente; 14. a macchine ed impianti elettrici ed elettronici, apparecchi e circuiti compresi, causati da sbalzi di corrente o scariche elettriche (fenomeno elettrico) anche se conseguenti a eventi per i quali è prestata la copertura; 15. subiti da alberi, piante, prati e coltivazioni agricole; 16. indiretti, quali cambiamenti di costruzione, mancanza di locazione di godimento o di reddito commerciale o industriale, sospensione di lavoro o qualsiasi danno che non riguardi la materialità delle cose assicurate; 17. causati da inquinamento e/o contaminazione da materiale chimico e/o biologico; 18. Danni consequenziali ai beni assicurati che non siano direttamente causati dall'azione del Terremoto/Inondazione/alluvione/allagamento, quali ad esempio lo sviluppo di fumo gas e vapori o mancata distribuzione di energia elettrica, termica ed idraulica; 19. a enti mobili all'aperto quali capannoni pressostatici, tendostrutture e tensostrutture; 20. ai Fabbricati non conformi alle caratteristiche costruttive ed alle condizioni di operatività

	indicate al successivo Art. 130 – “Condizioni di operatività della garanzia: stato d’uso del Fabbricato”; 21. riguardanti: Gioielli, Preziosi, Valori, veicoli soggetti a immatricolazione e l’eventuale attrezzatura oggetto di contratto di leasing. Inoltre relativamente alla garanzia Inondazione, Alluvione ed Allagamento da evento atmosferico, l’Assicuratore non indennizza i danni: 22. causati da mareggiata, marea, maremoto, umidità, trasudamento, guasto o rottura degli impianti automatici di estinzione; 23. a enti mobili all'aperto; 24. alle cose assicurate che si trovino ad altezza inferiore a 12 cm dal pavimento per i piani interrati; 25. i danni causati da gelo, disgelo, umidità anche di risalita, stillicidio, infiltrazioni; 26. causati da intasamento, traboccamento, rottura o rigurgito di grondaie, pluviali o altri sistemi di scarico, quali fognature, qualora non direttamente correlati all’evento; 27. a Fabbricati costruiti in aree golenali.
Esclusioni Furto e Rapina	Sono esclusi i danni: 1. verificatisi in occasione di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione, atti di terrorismo o sabotaggio, purché il Sinistro sia in rapporto con tali eventi; 2. verificatisi in occasione di Incendi, Esplosioni anche nucleari, Scoppi, radiazioni o contaminazioni radioattive, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura, purché il Sinistro sia in rapporto con tali eventi; 3. commessi o agevolati con dolo o colpa grave dal Contraente o dall’Assicurato oppure: • da persone che abitano con loro od occupano i locali contenenti i beni assicurati o locali con questi comunicanti; • da Collaboratori addetti ai servizi domestici; • da persone del fatto delle quali devono rispondere; • da incaricati della sorveglianza dei beni assicurati o dei locali che li contengono; • da persone a loro legate da vincoli di parentela o affinità, anche se non coabitanti; 4. avvenuti a partire dalle ore 24.00 del 45° giorno se i locali contenenti i beni assicurati rimangono per più di 45 giorni consecutivi disabitati o incustoditi. Limitatamente ai Gioielli e Valori l’esclusione decorre dalle ore 24.00 del 8° giorno per Gioielli fuori Cassaforte e del 15° giorno per Gioielli e Valori in Cassaforte; per i locali adibiti ad Abitazione saltuaria la copertura è operativa anche in caso di Disabitazione; 5. indiretti, quali profitti sperati, i Danni del mancato godimento o uso o altri eventuali pregiudizi; 6. causati ai beni assicurati da Incendio, Esplosione o Scoppio provocati dall’autore del Sinistro; 7. a Gioielli e Valori inerenti le attività professionali; 8. alle Cose riposte all’aperto, su balconi o terrazze oppure in anditi, corridoi e pianerottoli ad uso comune; 9. resi possibili dalla mancanza di mezzi di protezione e chiusura; 10. quando l’Abitazione viene lasciata incustodita e non vengono resi operanti i mezzi di protezione e chiusura; 11. avvenuti attraverso le aperture di serramenti od inferriate senza manomissione od effrazione delle relative strutture o dei congegni di chiusura; 12. verificatisi in conseguenza di confische e requisizioni.

Esclusioni Assistenza Abitazione	Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da: - eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale; - sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività; - dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio; - atti di pura temerarietà dell'Assicurato; - stato di ebbrezza, uso non terapeutico di psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e allucinogeni; - eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura. NET INSURANCE S.p.A. non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali Danni da questi provocati. NET INSURANCE S.p.A. non riconosce e quindi non rimborsa spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Struttura Organizzativa, i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio di NET INSURANCE S.p.A.. Inoltre sono previste ulteriori esclusioni, tra le quali: • Invio di un elettricista- sono esclusi gli interventi: • sul cavo di alimentazione generale dell'edificio in cui è situata l'Abitazione dell'Assicurato; • richiesti a seguito di interruzione della fornitura di energia elettrica da parte dell'Ente erogatore; • a timer, impianti di allarme o apparecchiature similari; • per corto circuito provocato da falsi contatti causati dall'Assicurato. • Invio di un idraulico- sono esclusi gli interventi: • su elettrodomestici (lavatrici, lavastoviglie e simili) o su tubature e rubinetterie ad essi collegate e danneggiate dal loro utilizzo; • sull'impianto idraulico generale dell'edificio in cui sono situata l'Abitazione dell'Assicurato; • richiesti a seguito di infiltrazioni, rigurgiti, straripamenti, causati da incuria o lavori ai pozzi neri o di ordinaria manutenzione; • per danni causati dal gelo.
---	---

Esclusioni Energie rinnovabili all risk	Sono esclusi i danni: - causati da atti di guerra, o verificatisi in conseguenza di insurrezione, occupazione militare, invasione; - causati da Esplosione o da emanazione di calore o da radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche; - causati da atti di terrorismo o di sabotaggio; - causati con dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti legali o dei soci; - causati da maremoti, eruzioni vulcaniche, terremoti, inondazioni, alluvioni, allagamenti; - dovuti all'inosservanza delle prescrizioni per la manutenzione e l'esercizio indicate dal costruttore o fornitore delle Cose assicurate; - di deperimento o logoramento, che siano conseguenza naturale dell'uso o del funzionamento o causati dagli effetti graduali degli agenti atmosferici, nonché da ruggine, corrosione, incrostazione, limitatamente alla sola parte direttamente colpita; - per i quali deve rispondere, per Legge o per contratto, il costruttore, fornitore, venditore o locatore delle Cose assicurate; - causati da montaggi e smontaggi non connessi a lavori di pulitura, manutenzione e revisione; - subiti durante il trasporto; - di natura estetica che non siano connessi con Danni indennizzabili; - causati da mareggiate, maree e penetrazione di acqua marina; - dovuti a difetti di rendimento; - causati da urto di veicoli e/o mezzi di sollevamento o trasporto di proprietà o al servizio del Contraente o dell'Assicurato; - dovuti a inquinamento e/o contaminazione in genere sia graduale che accidentale che sinergico; - causati da mancato riaggancio automatico dell'inverter alla rete a seguito di sbalzi di tensione; - causati da malfunzionamento di hardware, software o chip incorporati, e Danni correlati (quali perdita di dati o perdita di supporti informatici); - alle linee di distribuzione o trasmissione di energia; - connessi o dovuti ad umidità, brina, condensa, stillicidio, siccità, batteri, funghi, infiltrazioni e roditori; - connessi o dovuti a sospensione e/o interruzione di energia, gas, acqua, purché tale sospensione e/o interruzione non sia stata provocata da evento non altrimenti escluso, che abbia colpito le Cose
--	---

	assicurate; 21. causati o dovuti a frode, truffa, ammanchi, smarrimenti, appropriazione indebita o infedeltà da parte di dipendenti, saccheggio, estorsione, malversazione, Scippo e loro tentativi, anche se avvenuti in occasione di eventi non altrimenti esclusi; 22. a moduli e componenti elettronici dell'impianto assicurato (ivi compresi i costi della ricerca e l'identificazione di difetti) verificatisi in costanza di garanzia della ditta produttrice e/o fornitrice degli stessi e/o la cui eliminazione è contemplata nell'ambito delle prestazioni normalmente comprese nei contratti di assistenza tecnica e cioè: • controlli di funzionalità; • manutenzione preventiva; • eliminazione dei disturbi e difetti a seguito di usura; • eliminazione dei Danni e disturbi (parti di ricambio e costi di manodopera); verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di causa esterna; 23. NET INSURANCE S.p.A., inoltre, non è obbligata ad indennizzare: • conduttori esterni alle Cose assicurate; • costi di scavo, sterro, puntellatura, muratura, intonaco, pavimentazioni e simili. Con riferimento ai Danni indiretti, sono inoltre esclusi: • le perdite e le spese conseguenti a prolungamento dell'inattività dell'impianto conseguenti ad un Sinistro, ancorché indennizzabile a termini della presente Polizza, causato da: • serrate, provvedimenti imposti dalle autorità; • mancata disponibilità da parte dell'Assicurato dei mezzi finanziari sufficienti per la ripresa dell'attività; • difficoltà di ricostruzione, limitazioni dell'esercizio e difficoltà nella rimessa in efficienza, ripristino o rimpiazzo delle Cose distrutte o danneggiate imputabili a cause esterne, quali regolamenti urbanistici locali o statali o altre norme di Legge o da provvedimenti dell'autorità. 24. penali o indennità o multe da corrispondere a terzi; 25. perdite conseguenti a prolungamento od estensione dell'inattività causati da: • disastri naturali o eventi di forza maggiore; • scioperi che impediscano o rallentino la fornitura di materiali; • revisioni, modifiche o miglioramenti effettuati in occasione della rimessa in efficienza o del rimpiazzo delle apparecchiature o degli impianti danneggiati o distrutti. Sono sempre esclusi i danni relativi ad impianti installati e collaudati non in conformità con le disposizioni normative in vigore così come comprovato dal certificato di collaudo o dalla dichiarazione di conformità dell'impianto di cui il Contraente dichiara di essere in possesso, all'atto della sottoscrizione della Polizza. La garanzia è operante per gli impianti che si trovino nelle ubicazioni indicate in Polizza (se totalmente o parzialmente integrati) o comunque nelle immediate vicinanze delle stesse - massimo 300 metri in linea d'aria - per gli impianti a terra.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le tabelle riepilogative dei limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti per ogni garanzia.

Pacchetti	Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo																																
	Temporanea Caso Morte	---	---	6 mesi	Indennizzo fino ad € 300.000,00; qualora l'Assicurato, all'ingresso in copertura, abbia un'età superiore a 60 anni, la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000.																																
	Indennitaria Gravi Malattie	---	---	90 giorni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione: se: - l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie Gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; - se all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie Gravi coperte ai sensi dell'Assicurazione.	Indennizzo pari ad € 10.000,00 una tantum																																
Pacchetto A Pacchetto B	Indennità giornaliera	---	---	Le prestazioni saranno operanti ed per: - gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione; - le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa. Per il solo neonato che viene incluso in copertura, fino all'anno di età, la carenza di 30 giorni di cui sopra decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.	Ricovero con / senza intervento chirurgico: 100€ per ciascun giorno di ricovero con pernottamento con un massimo di 200 giorni Day Hospital / Day surgery: 50% dell'indennità giornaliera con un massimo di 50 giorni Le somme si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.																																
Pacchetto A Pacchetto B	Surgical Cash	---	---	come Indennità giornaliera	<table><thead><tr><th>Classe di intervento</th><th>Esempio interventi</th><th>Privato (€)</th><th>SSN (€)</th></tr></thead><tbody><tr><td>I</td><td>Asportazione cisti</td><td>200</td><td>100</td></tr><tr><td>II</td><td>Adenocidectomia</td><td>400</td><td>200</td></tr><tr><td>III</td><td>Meriscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)</td><td>1.500</td><td>750</td></tr><tr><td>IV</td><td>Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla</td><td>2.000</td><td>1.000</td></tr><tr><td>V</td><td>Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale</td><td>4.000</td><td>2.000</td></tr><tr><td>VI</td><td>Artroprotesi anca</td><td>8.000</td><td>4.000</td></tr><tr><td>VII</td><td>Trapianto del polmone</td><td>15.000</td><td>7.500</td></tr></tbody></table> Gli indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo. L'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery	Classe di intervento	Esempio interventi	Privato (€)	SSN (€)	I	Asportazione cisti	200	100	II	Adenocidectomia	400	200	III	Meriscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	1.500	750	IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000	1.000	V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000	2.000	VI	Artroprotesi anca	8.000	4.000	VII	Trapianto del polmone	15.000	7.500
Classe di intervento	Esempio interventi	Privato (€)	SSN (€)																																		
I	Asportazione cisti	200	100																																		
II	Adenocidectomia	400	200																																		
III	Meriscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	1.500	750																																		
IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000	1.000																																		
V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000	2.000																																		
VI	Artroprotesi anca	8.000	4.000																																		
VII	Trapianto del polmone	15.000	7.500																																		

Pacchetti	Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo	
Pacchetto B Pacchetto C	Accertamenti diagnostici (Alta diagnostica; Accertamenti Analisi di laboratorio)		In strutture convenzionate - pagamento diretto: 15%; In strutture non convenzionate - a rimborso: 25% Ticket SSN: senza alcuno scoperto (rimborso al 100%)	come Indennità giornaliera	Massimale annuo: €5.000 Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.	
Pacchetto B Pacchetto C	Visite specialistiche		Per visite specialistiche In strutture convenzionate - pagamento diretto: 15%; In strutture non convenzionate - a rimborso: 25% Ticket SSN: senza alcuno scoperto (rimborso al 100%) Per assistenza infermieristica domiciliare nessuno scoperto	come Indennità giornaliera	Massimale annuo per visite specialistiche: 1.000 per PACCHETTO B 1.500 per PACCHETTO C Massimale per assistenza infermieristica domiciliare: € 50 (senza applicazione di scoperti e franchigie) I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.	
Pacchetto C	Rimborso spese mediche	--	Per Ricovero con / senza intervento chirurgico in strutture non convenzionate - a rimborso: 20% Per Day Hospital / Day surgery / Intervento chirurgico ambulatoriale in strutture non convenzionate - a rimborso: 200€	come Indennità giornaliera	Ricovero con / senza intervento chirurgico Day Hospital / Day surgery Intervento chirurgico ambulatoriale Spese Pre e Post SUBMASSIMALI Parto fisiologico (inclusa retta di degenza nel submassimale) Parto cesareo / aborto terapeutico (inclusa retta di degenza nel submassimale) Chirurgia refrattiva (inclusa retta di degenza nel submassimale) Neonato (inclusa retta di degenza nel submassimale) correzione Malformazioni Conenite e Difetti fisici entro il primo anno di età Limite rette di degenza (per le sole strutture non convenzionate) Indennità sostitutiva Spese pre e post Vitto e pernottamento dell'accompagnatore Trasporto dell'Assicurato Rimpatrio della salma Ticket SSN I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza	€ 200.000 massimale annuo 90 giorni precedenti / 90 giorni successivi € 2.000 senza Scoperti/Franchigie € 4.000 senza Scoperti/Franchigie € 1.000 per occhio senza Scoperti/Franchigie €100.000 con Scoperti/Franchigie € 350 €150 al giorno per un massimo di 100 giorni €75 al giorno per Day Hospital / Day surgery 90 giorni precedenti / 90 giorni successivi (rimborso al 100%) € 50 al giorno per un massimo di 50 gironi senza Scoperti/Franchigie €3.000 senza Scoperti/Franchigie €3.000 senza Scoperti/Franchigie rimborso al 100%
Pacchetto C	Trattamenti fisioterapici e rieducativi	--	15%	come Indennità giornaliera	Massimale: €1.000	
Pacchetto C	Check-up	--	--	--	Donna - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3-T4-TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo - PAP Test - Ecografia mammaria/mammografia (quest'ultima > 40 anni) - Antigene HbsAG - Ab anti HbsAG - Ecografia addominale inferiore	Uomo - Azotemia - Cloremia Sodiemia - Potassiemia - Colesterolo totale (LDL HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3-T4-TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo - ECG elettrocardiogramma - PSA (> 40 anni) - Antigene HbsAG - Ab anti HbsAG - Ecografia addominale inferiore

Pacchetti	Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo			
					Codice	Descrizione	Cure eseguite in strutture Convenzionate (pagamento diretto)	Cure eseguite in strutture non Convenzionate (a rimborso)
Pacchetto D	Dental	--	--	30 giorni	SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Tutte le Prestazioni sono gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane a carico della Società di assicurazione	€ 16.50
					SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o endorale per 2 elementi vicini		€ 16.50
					SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12.75
					SD12	Otturazione per carie semplice cavità di I e V classe di Black		€ 30.00
					SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II classe di Black		€ 52.50
					SD17	Ricostruzione coronale		€ 71.25
						Ricostruzione coronale in composto - colore dente		€ 90.00
					SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22.50
					SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60.00
					SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52.50
					SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82.50
					SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120
					SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26.25
					SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30.00
					SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)		€ 10.00
					SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale; igiene orale		€ 41.25
					SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura), applicazioni topiche di oligoelementi		€ 15.00
Gli indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per prestazione								

Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo	
Morte da infortunio	---	---	---	Limite indicato in Polizza	
Invalidità permanente da infortunio (IP)	---	---	---	Sul Capitale assicurato fino ad € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila): si applicherà la tabella sotto indicata:	
				Percentuale di IP accertata	Percentuale di IP liquidata
				1%	0,20%
				2%	0,50%
				3%	1%
				4%	2%
				5%	3%
				6%	4%
				7%	5%
				8%	6%
				9%	7%
dal 10% al 65%		corrispondente percentuale dal 10% al 65%			
dal 66% al 100%		100%			
sulla parte di Capitale assicurato eccedente € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila): non si darà luogo ad Indennizzo quando l'IP sia di grado pari od inferiore al'8% della totale;					
se invece essa risulterà superiore al 8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando una Franchigia dell'8%.					
Inabilità temporanea da infortunio	7 gg.	--	--	L'Indennità è dovuta: a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella total incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in Polizza; b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività dichiarate in Polizza. L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 260 giorni per Sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore. I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di una Franchigia di 7 giorni.	
Rimborso spese di cura da infortunio	--	10% (min € 50)	--	Limite indicato in Polizza. Estensione ai danni estetici: max € 5.000	
Diaria da ricovero	2 giorni. La Franchigia non verrà applicata nei casi di Ricovero, conseguente ad Infortunio e/o Intervento Chirurgico, superiore a 7 giorni, o in caso di donazione di organi.	--	--	La diaria viene corrisposta con un massimo di 365 giorni per sinistro ed anno assicurativo. L'Assicurazione vale anche in caso di: a. Ricovero dell'Assicurato per donazione di organi; b. 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 una stessa Malattia od Infortunio; l'Indennità giornaliera è corrisposta in misura pari al 50%. 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 Convalescenza domiciliare dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico, donazione di organi, indennizzabili 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.	

Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di Indennizzo
Invalità Permanente da Malattia	---	---	validità dalle ore 24,00 del 60° giorno successivo all'effetto dell'Assicurazione per le Malattie insorte successivamente a tale data; validità dalle ore 24,00 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.	€ 250.000
Terremoto ed Alluvione	10%	80% della somma assicurata per i Danni al Fabbricato; 90% della somma assicurata per i Danni al Contenuto. <i>Danni consequenziali</i> : 10% dell'Indennizzo per i Danni al Fabbricato e al suo Contenuto.	validità dalle ore 24,00 del 60° giorno successivo all'effetto dell'Assicurazione per le Malattie insorte successivamente a tale data; validità dalle ore 24,00 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; al giorno di effetto della Garanzia, di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.	<i>Fabbricato a Primo</i> <i>Rischio Assoluto</i>: € 1.500.000 <i>Contenuto a Primo Rischio Assoluto</i>: 20% della somma assicurata del fabbricato se il fabbricato è posto al piano terra o superiore 4% del valore del fabbricato se lo stesso è al piano interrato o seminterrato <i>Danni consequenziali</i>: € 10.000,00

Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo
Assistenza alle persone	--	--	--	Limiti differenziati per singole prestazioni indicate nelle Condizioni di Assicurazione.
Perdita di impiego	60 gg.	--	--	Limite indicato in Polizza. Max 9 mensilità per anno assicurativo pari all'importo indicato in Polizza.
Responsabilità Civile della vita privata	Indicate nelle Condizioni di Assicurazione	€ 150 Figli tra loro considerati terzi: € 1.500	Interruzione di esercizio: 10%; min. € 500	Interruzione di esercizio: max € 50.000; figli tra di loro considerati terzi: max € 50.000; danni alle cose di terzi da incendio: max € 500.000; inquinamento accidentale: max € 50.000 per sinistro e per anno;
Responsabilità Civile della proprietà	Indicate nelle Condizioni di Assicurazione	€ 150	Interruzione di esercizio: 10%; min. € 500	Interruzione di esercizio: max € 50.000; danni alle cose di terzi da incendio: max € 500.000;
Tutela legale e cyber risk	Indicate nelle Condizioni di Assicurazione	Carenza: 90 gg.	--	L'Assicurazione è prestata per un Massimale di € 15.000 per Sinistro e di € 80.000 per Anno Assicurativo.
Incendio del fabbricato/Incendio del contenuto	Incendio, fulmine, implosione esplosione scoppio	--	--	Limite indicato in Polizza
	Fenomeno elettrico	€ 300	--	max € 3.000
	Eventi atmosferici	€ 300	--	max 80% capitale assicurato
	Danni da grandine	€ 300	--	max € 5.000
	Sovraccarico neve	--	Fabbricato: 10% con il min. € 2.500; contenuto: 10% con il min. € 500	max 50% capitale assicurato
	Atti vandalici	€ 300	--	max 80% capitale assicurato
	Esplosione	--	--	Limite indicato in Polizza
	Urto di veicoli	--	--	
	Fumo gas e vapori	--	--	
	Caduta di aeromobili	--	--	
	Onda sonora	--	--	
	Fuoriuscita acqua condotta	€ 300	--	max € 5.000

Garanzie	Prestazioni	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo
Incendio del fabbricato / incendio del contenuto	Fuoriuscita acqua a seguito di traboccamento	€ 300	--	--	max € 5.000
	Fuoriuscita acqua da apparecchiature	€ 300	--	--	max € 5.000
	Guasti ai beni assicurati per impedire e arrestare l'incendio	--	--	--	Limite indicato in Polizza
	Spese demolizione, sgombero e trasporto	--	--	--	max 10% dell'indennizzo per i danni all'abitazione e al suo contenuto
	Spese di ospitalità alberghiera	--	--	--	max € 2.500
	Spese straordinarie	--	--	--	max € 5.000
	Spese peritali	--	--	--	max € 5.000
	Ricerca e riparazione guasti da acqua condotta	€ 300	--	--	max € 3.000
	Perdita pigioni	€ 150	--	--	3 mensilità max € 3.000
	Sostituzione lastre e specchi	€ 300	--	--	max € 3.000
	Ricorso terzi	--	--	--	25% del capitale assicurato con il massimo di € 300.000
	Anticipo indennizzi	--	--	--	ammontare del sinistro che superi sicuramente l'importo di € 30.000
	Contenuto temporaneamente portato fuori dall'abitazione	--	--	--	max € 2.500,00 per sinistro e per anno assicurativo
	Contenuto dipendenze	--	--	--	max 10% capitale assicurato
Rischio locativo	--	--	--	--	Limite indicato in Polizza
Furto del contenuto	Furto e rapina	--	--	--	Limite indicato in Polizza
	Guasti cagionati dai ladri	--	--	--	max € 1.500
	Migliorie mezzi di protezione	--	--	--	max € 1.000
	Atti vandalici	€ 100	--	--	max 10% capitale assicurato
	Scippo e rapina	--	10%; min. € 100	--	10% capitale assicurato; denaro: max € 500;
	Gioielli e valori portati nei locali di villeggiatura	--	--	--	10% capitale assicurato max € 1.000
	Limite per singolo oggetto (abitazione abituale)	--	--	--	max € 5.000
	Gioielli e valori ovunque riposti (abitazione abituale)	--	--	--	max 20% capitale assicurato
	Gioielli e valori in cassaforte (abitazione abituale)	--	--	--	max 50% capitale assicurato
	Denaro (abitazione abituale)	--	--	--	max € 500
	Contenuto dipendenze (abitazione abituale e saltuaria)	--	--	--	max 20% capitale assicurato

Garanzie	Prestazioni	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo
Energie rinnovabili / all risk	Spese demolizione, sgombero e trasporto	--	--	--	5%; max € 10.000
	Danni diretti all risk	--	5% con il min. di € 1.000	--	--
	Furto, rapina ed atti di terzi	--	20% con il min. di € 1.500	--	Limite indicato in Polizza
	Fenomeni atmosferici	--	15% con il min. di € 1.500	--	max 40% del Capitale assicurato per vento e sovraccarico di neve; max 70% del Capitale assicurato per altri eventi atmosferici.
	Franamento, smottamento del terreno	--	20% con il min. di € 1.500	--	max 40% del Capitale assicurato per o più Sinistri nell'anno assicurativo.
	Guasto e/o fenomeno elettrico	--	- impianti per i quali non siano trascorsi più di 7 anni dalla data del certificato di collaudo: 10% con il min. di €2.500; - impianti per i quali siano trascorsi più di 7 anni dalla data di certificazione del collaudo: 30% con il min. di € 5.000	--	impianti per i quali non siano trascorsi più di 7 anni dalla data del certificato di collaudo: max 30% del Capitale assicurato; - impianti per i quali siano trascorsi più di 7 anni dalla data di certificato del collaudo: 20% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.
	Danni indiretti	--	--	Per Impianti dotati di Telecontrollo: 3 gg.	Per Impianti dotati di Telecontrollo: max 60 gg. al netto della franchigia; per Impianti non dotati di Telecontrollo: una somma forfettaria pari al 10% dell'Indennizzo liquidato a termini di Polizza per i Danni diretti All risk per uno o più Sinistri nell'anno assicurativo.
Assistenza abitazione abituale	Assistenza abitazione	--	--	--	3 volte per ciascun tipo
	Invio di un idraulico	--	--	--	max € 200 per Sinistro
	Invio di un elettricista	--	--	--	max € 200 per Sinistro
	Invio di un fabbro	--	--	--	max € 200 per Sinistro
	Interventi d'emergenza per danni d'acqua: risanamento ed asciugatura	--	--	--	max € 250 per Sinistro
	Invio di un tapparellista	--	--	--	max € 100 per Sinistro
	Invio di un vetraio	--	--	--	max € 100 per Sinistro
	Invio del sorvegliante	--	--	--	max 7 ore per Sinistro e per anno assicurativo
	Impresa di pulizie	--	--	--	max € 150 per Sinistro
	Spese d'albergo	--	--	--	max € 250 per Sinistro e per famiglia
	Rientro anticipato	--	--	--	max € 200 per Sinistro per rientro dall'Italia; max € 400 per Sinistro per rientro dall'estero.
	Trasloco	--	--	--	max € 1.000 per Sinistro per inabitabilità minima 30 gg..



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	DENUNCIA DI SINISTRO
	PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 1 (Temporanea Caso Morte): • Per posta: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia • Per e-mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707 PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 3 (Infortuni) – Sezione 4 (Invalidità Permanente da Malattia) - Sezione 7 (Perdita di Impiego) – Sezione 8 (Responsabilità Civile) - Sezione 10 (Incendio) – Sezione 11 (Terremoto ed Alluvione) - Sezione 12 (Furto e rapina) – Sezione 14 (Energie rinnovabili): • Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia • Per e-mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707 PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 2 (Indennitaria Gravi Malattie) – SEZIONE 4 (Garanzie “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite Specialistiche”, “Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi”) • Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia • Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti) • Tool sinistri: applicativo disponibile presso le filiali SparKasse per la denuncia ed il tracking sul sinistro • Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 4 (“Dental”) • Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA — Italia • Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti) • Tool sinistri: applicativo disponibile presso le filiali SparKasse per la denuncia ed il tracking sul sinistro • Per e-mail: rimborsi@sigmadental.it PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 5 (Assistenza alle Persone) – SEZIONE 11 (Assistenza Abitazione) 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 44 (Contact Center) Sito: www.netinsurance.it/wecare Fax + 39 06 97625707 PER INOLTARE UN RECLAMO Net Insurance Life S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA (Garanzia temporanea Caso Morte) 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 Per la SEZIONE - Temporanea Caso Morte In caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore per iscritto.

L'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata deve essere corredata di:

- originale del certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente;
- certificato del medico che ha constatato il decesso;
- copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;
- verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale.
- Nei casi in cui Beneficiari siano gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, costoro dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore:
- copia autentica del testamento, se esistente, contenente la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi;
- decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di attendere, con esonero per l'Assicuratore da ogni responsabilità;
- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

Per la SEZIONE - Indennitaria Gravi Malattie

Qualora venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta entro 15 giorni successivi, dalla data di diagnosi della Malattia Grave o dal momento in cui ne abbia avuta la possibilità, corredata della seguente documentazione:

- dichiarazione del medico specialista attestante la patologia grave diagnosticata e lo stato di salute dell'Assicurato;
- copia completa della documentazione sanitaria (Cartella Clinica / accertamenti strumentali / referti istologici, ecc.) a conferma della data di prima diagnosi della patologia sofferta dall'Assicurato che ha causato l'evento.

La documentazione sopra elencata dovrà essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

Inoltre, su richiesta dell'Assicuratore, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per consentire l'accertamento della Malattia Grave, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia dello stesso Assicuratore.

Per la SEZIONE - Infortuni

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono fornire formale avviso a NET INSURANCE S.p.A. entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo. La denuncia dell'Infortunio deve essere inviata a deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. L'Assicurato deve sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti da NET INSURANCE S.p.A., fornire alla stessa 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.

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.

Per la SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

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 residua 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 con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

Per la SEZIONE - Salute

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa MyAssistance che risponde al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Garanzie ospedaliere

1. Indennità giornaliera

Al termine delle cure, l'Assicuratore riconosce all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

- della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital / Day Surgery;
- del referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.);

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo mail sinistri.netinsurance@myassistance.it

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle garanzie extraospedaliere, qualora previste dal Piano Assicurativo acquistato.

2. Surgical Cash

L'Assicurato può:

- Richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance;
- Richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

2.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di Intervento Chirurgico da eseguire;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

2.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

	Al termine delle cure, l'Assicuratore imbuca all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia: - della cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Surgery; - dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale; - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.); La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo mail sinistri.netinsurance@myassistance.it 3. Rimborso Spese Mediche L'Assicurato può: - Richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance; - Richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate 3.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza. L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni: - nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione; - patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza; - Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di intervento chirurgico da eseguire; - Ricovero senza intervento o Day Hospital: l'iter diagnostico e terapeutico; - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.). Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle garanzie extraospedaliere. 3.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso) Al termine delle cure, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o note di spesa debitamente quietanzate complete di: - cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital, Day Surgery; - dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale; - referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.). La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it <u>Garanzie Extraospedaliere</u> 4. "Accertamenti diagnostici", "Visite Specialistiche" e "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi" L'Assicurato può: - Richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance - Richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate 4.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante. Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.
--	--

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- tipo di prestazione (es. visita ortopedica, ecografia pelvica etc.);
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio o la Malattia (es. radiografie, referti clinici etc.).

4.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o note di spesa debitamente quietanzate complete di:

- prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista con tipo di prestazione, patologia accertata o sospetta e indicazione della data d'insorgenza; per le sole visite specialistiche è possibile inoltrare in alternativa alla prescrizione il referto del medico specialista;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.)

5. Dental

L'Assicurato può:

- Richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate;
- Richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate

5.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero 02 303500015.

La Centrale Operativa MyAssistance prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale MyAssistance direttamente alla Struttura Convenzionata.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa MyAssistance referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

5.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista; copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: rimborsi@sigmadental.it

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dall'Assicuratore a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

Per la SEZIONE - Assistenza Persona

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:

- Il tipo di Assistenza di cui necessita

	- Cognome e Nome - Numero di Polizza preceduto dalla sigla NIPT - Indirizzo del luogo in cui si trova - Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'Assistenza. Per la SEZIONE - Perdita di impiego Per la Perdita di impiego, in caso di Sinistro, l'Assicurato dovrà avvisare in forma scritta NET INSURANCE S.p.A. entro 3 giorni da quando è venuto a conoscenza dello stesso. Per giustificare l'Indennizzo della prima mensilità, l'Assicurato dovrà fornire a NET INSURANCE S.p.A.: - lettera di assunzione o certificazione equipollente; - lettera di licenziamento del datore di lavoro; - certificato attestante lo stato di disoccupazione nel periodo successivo alla Perdita di Impiego, rilasciato dal Centro per l'Impiego (ex Ufficio di collocamento); - gli ultimi due cedolini di paga. - Per giustificare l'Indennizzo di ogni successiva mensilità, l'Assicurato dovrà fornire a NET INSURANCE S.p.A.: - certificato storico (modello c/2) oppure scheda anagrafico-professionale sintetica, entrambi rilasciati dal Centro per l'Impiego (ex Ufficio di collocamento).
--	---

	Per la SEZIONE - Responsabilità Civile della Vita privata e della Proprietà L'Assicurato deve avvisare in forma scritta NET INSURANCE S.p.A., entro 3 giorni da quando è venuto a conoscenza del Sinistro, (come indicato dall'art. 1913 c.c.) comunicando la descrizione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome dei danneggiati e, possibilmente, dei testimoni nonché la data, il luogo e le cause del Sinistro. Deve, inoltre, far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al Sinistro, adoperandosi alla raccolta degli elementi per la difesa, astenendosi in ogni caso da qualsiasi valutazione inerente la propria responsabilità. Il mancato rispetto degli obblighi sopra indicati può determinare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c. Per la SEZIONE - la Tutela legale e Cyber risk- l'Assicurato deve denunciare qualsiasi Sinistro nel momento in cui si è verificato e/o ne ha avuto conoscenza dall'insorgenza della Controversia. La denuncia sinistro va inviata a: ARAG SE • Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia, Viale del Commercio n.59 - 37135 VERONA • Telefono centralino: 045.8290411, • fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557, • mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it, • fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449 Al quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente. Per l'Incendio del Fabbricato, Incendio del Contenuto e Rischio locativo - in caso di Sinistro l'Assicurato deve: - fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il Danno; - avvisare NET INSURANCE S.p.A. entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'art. 1913 c.c.; - presentare tempestivamente denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo per i fatti di rilevanza penale; nella denuncia dovrà essere indicato: il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta e l'entità approssimativa del Danno, indicando NET INSURANCE S.p.A. come assicuratore dei beni danneggiati, distrutti o sottratti. La copia della denuncia dovrà poi essere trasmessa a NET INSURANCE S.p.A.; - fornire a NET INSURANCE S.p.A. una distinta particolareggiata dei beni distrutti, danneggiati o sottratti, con l'indicazione del rispettivo valore entro i 5 giorni successivi all'avviso, se contiene informazioni diverse da quelle già fornite nell'avviso di Sinistro. - Se l'Assicurato o il Contraente non rispetta uno degli obblighi indicati alle lettere a. e/o b., può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c. - Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui alla lettera a. sono a carico di NET INSURANCE S.p.A. come indicato all'art. 1914 c.c. L'Assicurato deve altresì: - conservare le tracce ed i residui del Sinistro, fino a quando il perito incaricato da NET INSURANCE S.p.A. abbia effettuato il sopralluogo per stimare il Danno. Se non viene richiesto il sopralluogo le tracce ed i residui del Sinistro devono essere conservati fino a quando NET INSURANCE S.p.A. liquida il Danno, senza, per questo, avere diritto ad alcuna indennità; - predisporre un elenco dettagliato dei Danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore dei beni distrutti, sottratti o danneggiati, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato degli altri beni assicurati esistenti al momento del Sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento (scontrini, fatture, registri, conti, etc.) che possa essere richiesto da NET INSURANCE S.p.A. o dai periti ai fini delle loro indagini e verifiche da effettuare anche presso terzi.
	Per la Sezione Terremoto ed Alluvione L'Assicurato deve, in caso di Sinistro: a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il Danno; b) avvisare l'Assicuratore entro 10 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'art. 1913 c.c.; c) presentare tempestivamente denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo; nella denuncia dovrà essere indicato: il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta e l'entità approssimativa del Danno, indicando Net Insurance S.p.A. come Assicuratore dei beni danneggiati o distrutti. La copia della denuncia dovrà poi essere trasmessa all'Assicuratore; d) fornire all'Assicuratore una distinta particolareggiata dei beni danneggiati o distrutti, entro i 15 giorni successivi all'avviso, se contiene informazioni diverse da quelle già fornite nell'avviso di Sinistro.

	Se l'Assicurato o il Contraente non rispetta uno degli obblighi indicati alle lettere a) e/o b), può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c. Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui alla lettera a) sono a carico dell'Assicuratore come indicato all'art. 1914 c.c. L'Assicurato deve altresì: e) conservare le tracce ed i residui del Sinistro, fino a quando il perito incaricato dall'Assicuratore abbia effettuato il sopralluogo per stimare il Danno. Se non viene richiesto il sopralluogo le tracce ed i residui del Sinistro devono essere conservati fino a quando l'Assicuratore liquida il Danno, senza, per questo, avere diritto ad alcuna Indennità; f) predisporre un elenco dettagliato dei Danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore dei beni distrutti o danneggiati, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato degli altri beni assicurati esistenti al momento del Sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento (scontrini, fatture, registri, conti, etc.) che possa essere richiesto dall'Assicuratore o dai periti ai fini delle loro indagini e verifiche da effettuare anche presso terzi.
	Per la SEZIONE - Furto e Rapina- In caso di Sinistro l'Assicurato (o il Contraente) deve: - fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il Danno, adoperarsi immediatamente, nel modo più efficace, per il recupero dei beni sottratti e per la conservazione e la custodia di quelli rimasti, anche se danneggiati; - avvisare NET INSURANCE S.p.A. entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'art. 1913 c.c.; - fare tempestivamente denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo. Nella denuncia dovrà essere indicato: il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta e l'entità approssimativa del Danno, indicando NET INSURANCE S.p.A. come assicuratore dei beni danneggiati, distrutti o sottratti. La copia della denuncia dovrà poi essere trasmessa a NET INSURANCE S.p.A.; - fornire a NET INSURANCE S.p.A. una distinta particolareggiata dei beni distrutti, danneggiati o sottratti, con l'indicazione del rispettivo valore entro i 5 giorni successivi all'avviso, se contiene informazioni diverse da quelle già fornite nell'avviso di Sinistro; - denunciare tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche del debitore, nonché esperire - se la Legge lo consente - la procedura di ammortamento. - Se l'Assicurato non rispetta uno degli obblighi indicati alle lettere a. e/o b., può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c. - Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui alle lettere a. ed e. sono a carico di NET INSURANCE S.p.A. come indicato all'art. 1914 c.c. L'Assicurato deve, altresì: - conservare i beni non rubati o rimasti illesi, gli indizi materiali del reato o le tracce e i residui del Sinistro, fino a quando il perito incaricato da NET INSURANCE S.p.A. abbia effettuato il sopralluogo per stimare il Danno. Se non viene richiesto il sopralluogo le tracce e gli indizi del reato ed i residui del Sinistro devono essere conservati fino a quando NET INSURANCE S.p.A. liquida il Danno, senza, per questo, avere diritto ad alcuna indennità; - predisporre un elenco dettagliato dei Danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore dei beni distrutti, sottratti o danneggiati, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato degli altri beni assicurati esistenti al momento del Sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento (scontrini, fatture, registri, conti, etc.) che possa essere richiesto da NET INSURANCE S.p.A. o dai periti ai fini delle loro indagini e verifiche da effettuare anche presso terzi. Per la SEZIONE - Assistenza Abitazione <i>l'Assicurato potrà contattare la Struttura Organizzativa – in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:</i> • 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 <i>l'Assicurato</i> dovrà comunicare con precisione: - Il tipo di Assistenza di cui necessita - Cognome e Nome - Numero di Polizza preceduto dalla sigla NICT - Indirizzo del luogo in cui si trova - Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso

	dell'Assistenza. Per la SEZIONE - Energie rinnovabili All risk il Contraente deve: - fare quanto è loro possibile per evitare o diminuire il Danno, ottemperando alle disposizioni di NET INSURANCE S.p.A. prima della riparazione; le relative spese sono a carico di NET INSURANCE S.p.A. secondo quanto previsto dalla Legge (art. 1914 c.c.); - avvisare NET INSURANCE S.p.A. entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'art. 1913 c.c.; - in caso di furto, rapina, Incendio o di Sinistro presumibilmente doloso o dovuto ad atto vandalico, fare, nei 3 giorni successivi, dichiarazione scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo, indicando il momento e la causa presunta del Sinistro e l'ammontare approssimativo del Danno; copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa a NET INSURANCE S.p.A.; - conservare le tracce e i residui del Sinistro nonché le parti sostituite fino a liquidazione del Danno, senza per questo avere diritto ad alcuna indennità; - fornire dimostrazione del valore delle Cose danneggiate, dei materiali e delle spese per la riparazione del Danno e di quelle sostenute in relazione agli obblighi di cui alla lettera a.. L'inadempimento di uno degli obblighi di cui ai punti a. e b. può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (art. 1915 c.c.). - La riparazione del Danno può essere iniziata subito dopo l'avviso di cui al punto b.; lo stato delle Cose non può tuttavia essere modificato, prima dell'ispezione da parte di un incaricato di NET INSURANCE S.p.A.. Se tale ispezione, per motivi indipendenti dal Contraente o dall'Assicurato, non avvenisse entro 10 giorni dall'avviso di cui al punto b., il Contraente e l'Assicurato potranno prendere tutte le misure necessarie. Avvenuto il Sinistro, l'assicurazione resta sospesa - relativamente ai guasti meccanici ed elettrici - per la Cosa danneggiata fino alla riparazione definitiva che ne garantisca il regolare funzionamento.
	Prescrizione I diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. I diritti derivanti dall'Assicurazione sulla Vita si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto. Ai sensi della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche/integrazioni, in caso di omessa richiesta della Prestazione Assicurata entro il termine di Prescrizione del relativo diritto, le imprese di assicurazione devono obbligatoriamente versare gli importi non reclamati al "Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie" costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.
	Liquidazione della prestazione 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
	Assistenza in convenzione: Enti/strutture convenzionate con la Società: - MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via delle Tuberose, 14, 20146 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, relativamente alle garanzie della Sezione 4 – Salute (Piano Assicurativo A – B – C) al Pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati - Sigma Dental Europe S.A., con sede legale in Via Valdani, 6030 Chiasso (Svizzera), c.f. CH-1670.3.036.012-8, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, relativamente alle garanzie della Sezione 4 – Salute (Piano Assicurativo D - Dental) al pagamento diretto dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con detti dentisti convenzionati.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il contratto prevede la corresponsione di un Premio, mediante addebito in conto corrente, SDD o bonifico. per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del premio è indicato in Polizza. Il Premio annuo di durata se è uguale o maggiore ad € 120,00, è frazionabile a scelta del Contraente, in

	rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. 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
Rimborso	Ad esclusione della Sezione SALUTE, qualora a seguito del sinistro NET INSURANCE S.P.A. decida di recedere dal contratto, quest'ultima, 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.
Sconti	Possono preverarsi eventuali sconti di premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto ha durata annua ed è stipulato con la formula del tacito rinnovo. l'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto se di durata non inferiore all'anno è prorogato per un anno e così successivamente. Il contratto prevede periodi di carenza, come indicato nelle tabelle della Sezione "Ci sono limiti di copertura?" del presente documento.
Sospensione	Il contratto può incorrere nella sospensione dell'operatività della garanzia nei seguenti casi: -se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., in senso più favorevole al Contraente, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21°, anziché il 15°, giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze. -In caso di variazione dell'ubicazione del rischio assicurato, il Contraente deve comunicarlo per iscritto a NET INSURANCE, entro le ore 24.00 del 30° giorno dalla data del suddetto cambiamento; decorso tale termine, in caso di mancata comunicazione, le garanzie rimangono sospese fino a quando il Contraente ne abbia dato notizia per iscritto a NET INSURANCE, fermo il disposto dell'art. 1898c.c. -a seguito di sinistro sulla garanzia Energie rinnovabili, avvenuto il Sinistro, l'assicurazione resta sospesa - relativamente ai guasti meccanici ed elettrici - per la cosa danneggiata fino alla riparazione definitiva che ne garantisca il regolare funzionamento. - a seguito di furto o rapina, per i danni avvenuti a partire dalle ore 24 del 45°giorno se i locali contenenti i beni assicurati rimangono per più di 45 giorni consecutivi disabitati o incustoditi.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	La Proposta di Assicurazione è revocabile fino alla Data di Decorrenza. L'Assicurato comunica all'Assicuratore la propria volontà di Revoca, a sua scelta: • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica certificata. L'esercizio della Revoca libera l'Assicuratore da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato. L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le garanzie dei Rami Danni) con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.
Recesso	L'Assicurato ha diritto di esercitare Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza. L'Assicurato comunica all'Assicuratore la propria volontà di Recesso, a sua scelta: • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica certificata. L'esercizio del Recesso libera l'Assicuratore da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato. L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le garanzie dei Rami Danni) con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

PROTECTION è un prodotto multigaranzia rivolto alle persone fisiche, per la protezione della persona, dell'abitazione e della vita privata.



Quali costi devo sostenere?

DI SEGUITO I COSTI APPLICATI AI PREMI VERSATI

Nel caso di visita medica i costi sono a carico del Contraente/Assicurato.

PER I RAMI VITA

L'entità del Premio dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione e dall'età dell'Assicurato.

COSTI PER RISCATTO

Non è previsto il riscatto.

COSTI PER L'EROGAZIONE DELLA RENDITA

Non è prevista l'erogazione della rendita.

COSTI PER L'ESERCIZIO DELLE OPZIONI

Non sono previste opzioni

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

L'intermediario percepisce una commissione pari al 33% del premio imponibile corrisposto.



Sono previsti riscatti o riduzioni? SÌ ☐ NO ☒

Valori di riscatto e riduzione

Il presente contratto non prevede valore di riscatto né di riduzione.

Per la garanzia temporanea caso morte, entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'Assicurazione pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la Riattivazione può avere luogo solo dietro espressa domanda del Contraente e previa accettazione scritta, a proprio insindacabile giudizio, dell'Assicuratore, che potrà richiedere accertamenti sanitari. In caso di Riattivazione, l'Assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non

	pagata, l'Assicurazione non può essere riattivata.
Richiesta di informazioni	Non applicabile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it Posta: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA Fax: +39 06 89326.570 avendo cura di indicare: • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; • numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; • indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esauriente descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente. Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it
All'IVASS	Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, tutela.consumatore@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "Per il Consumatore - come presentare un reclamo". Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie – Arbitrato irrituale	Laddove espressamente previsto dalle Condizioni di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it

REGIME FISCALE

La parte di premio destinata alla copertura di Ramo Vita non è soggetta ad imposizione fiscale, mentre la parte di Premio relativa alle coperture di Ramo Danni è soggetta all'imposta del 2,5%.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, 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.

L'IMPRESA HA L'OBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Sommario

GLOSSARIO	5
PREMESSA	13
NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE	14
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	14
Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio	14
Art. 3 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato	14
Art. 4 - Diritto di revoca e recesso	14
Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione	15
Art. 6 - Forma delle comunicazioni	15
Art. 7 - Conclusione del contratto di assicurazione	15
Art. 8 - Aggravamento del Rischio	15
Art. 9 - Diminuzione del Rischio	15
Art. 10 - Recesso in caso di Sinistro	15
Art. 11 - Riduzione dei capitali assicurati	15
Art. 12 - Cambiamento dell'Abitazione	15
Art. 13 - Validità territoriale	15
Art. 14 - Prova	15
Art. 15 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	16
Art. 16 - Oneri fiscali	16
Art. 17 - Altre assicurazioni	16
Art. 18 - Limite massimo dell'Indennizzo	16
Art. 19 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	16
Art. 20 - Legge applicabile	16
Art. 21 - Termine di Prescrizione	16
Art. 22 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario	16
AREA RISCHI PERSONE	17
A. SETTORE BENESSERE	17
SEZIONE 1 – TEMPORANEA CASO MORTE	17
A. GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE	17
Art. 23 - Limiti di età	17
Art. 24 - Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione Assicurata	17
Art. 25 - Esclusioni	17
Art. 26 - Termini di Carenza	18
Art. 27 - Validità territoriale	18
Art. 28 - Premio	18
Art. 29 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato	19
Art. 30 - Modalità assuntive	19
Art. 31 - Mancato pagamento del Premio: Risoluzione	19
Art. 32 - Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione	19
Art. 33 - Riscatto e Riduzione	20
Art. 34 - Prestito	20
Art. 35 - Risoluzione del contratto di assicurazione	20
Art. 36 - Beneficiario della Prestazione Assicurata	20
Art. 37 - Cessione dei diritti e vincolo	20
Art. 38 - Obbligazioni in caso di Sinistro – Pagamento della Prestazione Assicurata	20
SEZIONE 2 – INDENNITARIA GRAVI MALATTIE	21
A. GARANZIA INDENNITARIA GRAVI MALATTIE	21
Art. 39 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età	21
Art. 40 - Persone non assicurabili	21
Art. 41 - Modalità assuntive	22
Art. 42 - Oggetto dell'assicurazione	22
Art. 43 - Prestazioni previste in caso di Malattie Gravi	22
Art. 44 - Definizione di Malattie Gravi	22

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 45 - Validità della garanzia Malattie Gravi	23
Art. 46 - Periodo di sopravvivenza – Malattie Gravi	24
Art. 47 - Esclusioni	24
Art. 48 - Patologie Preesistenti	25
Art. 49 - Termini di Carenza	25
Art. 50 - Cosa fare in caso di Sinistro	25
Art. 51 - Denuncia di Sinistro e accertamenti della Malattia Grave	25
Art. 52 - Valutazione del Sinistro – Liquidazione dell'Indennizzo	25
Art. 53 - Arbitrato	26
SEZIONE 3 - INFORTUNI	26
Art. 54 - Limiti di età	26
Art. 55 - Persone non assicurabili	26
Art. 56 - Modalità assuntive – Adeguamento del Premio per la garanzia Diaria da Ricovero	26
Art. 57 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata	27
Art. 58 - Oggetto dell'Assicurazione	27
A. GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO	28
B. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO	28
C. GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO	30
D. GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO	30
E. GARANZIA DIARIA DA RICOVERO	31
Art. 59 - Esclusioni	31
Art. 60 - Cosa fare in caso di Sinistro	33
Art. 61 - Criteri di indennizzabilità	33
Art. 62 - Cumulo di Indennizzi	33
Art. 63 - Anticipo Indennizzi	34
Art. 64 - Pagamento dell'Indennizzo	34
Art. 65 - Rinuncia al diritto di surrogazione	34
Art. 66 - Arbitrato	34
SEZIONE 4 – INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	35
A. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	35
Art. 67 - Limiti di età	35
Art. 68 - Oggetto dell'Assicurazione	35
Art. 69 - Esclusioni	35
Art. 70 - Termini di Carenza	35
Art. 71 - Modalità assuntive ed adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato	36
Art. 72 - Cosa fare in caso di Sinistro	36
Art. 73 - Criteri di indennizzabilità	37
Art. 74 - Determinazione dell'Indennizzo	37
SEZIONE 5 – SALUTE	37
Art. 75 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età	37
Art. 76 - Persone non assicurabili	38
Art. 77 - Modalità assuntive	39
Art. 78 - Oggetto dell'Assicurazione	39
Art. 79 - Cosa prevedono le garanzie	39
PIANO ASSICURATIVO "A"	39
PIANO ASSICURATIVO "B"	41
PIANO ASSICURATIVO "C"	43
PIANO ASSICURATIVO "D"	48
Art. 80 - Esclusioni	49
Art. 81 - Patologie preesistenti	52
Art. 82 - Termini di Carenza	52
Art. 83 - Cosa fare in caso di Sinistro	53
Art. 84 - Responsabilità	53
Art. 85 - Denuncia di Sinistro	53
Art. 86 - Gestione del Sinistro	54
Art. 87 - Restituzione delle somme indebitamente pagate	55
Art. 88 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro	55
Art. 89 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso	58

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



SEZIONE 6 – ASSISTENZA ALLE PERSONE	58
A. GARANZIA ASSISTENZA PERSONA	59
Art. 90 - Oggetto dell'Assicurazione	59
Art. 91 - Come attivare le prestazioni Assistenza persona	62
AREA RISCHI PERSONE	63
B. SETTORE LAVORO	63
SEZIONE 7 – PERDITA IMPIEGO	63
Art. 92 - Oggetto dell'Assicurazione	63
A. GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO	63
Art. 93 - Soggetti assicurati	64
Art. 94 - Esclusioni	64
Art. 95 - Limiti di Indennizzo	64
Art. 96 - Cosa fare in caso di Sinistro	64
AREA RISCHI PATRIMONIO	66
C. SETTORE RESPONSABILITA' CIVILE E TUTELA LEGALE E CYBER RISK	66
SEZIONE 8 – RESPONSABILITA' CIVILE	66
Art. 97 - Oggetto dell'Assicurazione	66
A. GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA	66
B. GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA'	67
Art. 98 - Esclusioni	68
Art. 99 - Condizioni particolari sempre valide ed operanti	69
Art. 100 - Persone non considerate terzi	70
Art. 101 - Massimale	70
Art. 102 - Cosa fare in caso di Sinistro	70
Art. 103 - Gestione delle vertenze	71
SEZIONE 9 – TUTELA LEGALE E CYBER RISK	71
Art. 104 - Oggetto dell'Assicurazione	71
Art. 105 - Insorgenza del Sinistro	72
Art. 106 - Termini di denuncia del Sinistro e fornitura dei mezzi di prova	72
Art. 107 - Gestione del Sinistro	72
Art. 108 - Libera scelta del legale per la fase giudiziale	73
Art. 109 - Disaccordo con l'Assicuratore e conflitto di interesse	73
Art. 110 - Recupero di somme anticipate da ARAG	73
Art. 111 - Estensione territoriale	73
Art. 112 - Assicurati	73
A. GARANZIA TUTELA LEGALE VITA PRIVATA ED IMMOBILE	74
Art. 113 - Ambito di operatività e prestazioni garantite	74
B. GARANZIA TUTELA LEGALE CYBER RISK	74
Art. 114 - Ambito di operatività e prestazioni garantite	74
Art. 115 - Esclusioni operanti per la Sezione 9 – TUTELA LEGALE E CIBER RISK	75
AREA RISCHI PATRIMONIO	76
D. SETTORE DANNI	76
NORME COMUNI ALLE COPERTURE DEL SETTORE DANNI	76
Art. 116 - Procedura per la valutazione del Danno	76
Art. 117 - Mandato ai periti	76
Art. 118 - Esagerazione dolosa del Danno	77
SEZIONE 10 – INCENDIO	77
A. GARANZIA FABBRICATO	77
B. GARANZIA CONTENUTO	77
Art. 119 - Oggetto dell'Assicurazione	77
C. GARANZIA RISCHIO LOCATIVO	82

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 120 - Esclusioni.....	82
Art. 121 - Operatività della Garanzia.....	82
Art. 122 - Cosa fare in caso di Sinistro.....	83
Art. 123 - Determinazione dell'ammontare del Danno.....	83
Art. 124 - Limite massimo di Indennizzo.....	83
Art. 125 - Clausola di vincolo.....	83
SEZIONE 11 – TERREMOTO ED ALLUVIONE.....	84
A. GARANZIA TERREMOTO.....	84
Art. 126 - Oggetto dell'Assicurazione.....	84
B. GARANZIA ALLUVIONE.....	84
Art. 127 - Inondazione, Alluvione e Allagamento da evento atmosferico (Flash flood).....	84
Art. 128 - Danni consequenziali.....	84
Art. 129 - Esclusioni.....	85
Art. 130 - Condizioni di operatività della garanzia: stato d'uso del Fabbricato.....	86
Art. 131 - Cosa fare in caso di Sinistro.....	86
Art. 132 - Valore delle cose assicurate.....	87
Art. 133 - Determinazione dell'ammontare del Danno.....	87
Art. 134 - Pagamento dell'Indennizzo.....	87
Art. 135 - Anticipo sull'Indennizzo.....	87
Art. 136 - Clausola di vincolo.....	88
SEZIONE 12 – FURTO E RAPINA.....	88
Art. 137 - Oggetto dell'Assicurazione.....	88
A. GARANZIA FURTO DEL CONTENUTO.....	88
Art. 138 - Limiti di Indennizzo.....	89
Art. 139 - Esclusioni.....	89
Art. 140 - Operatività della Garanzia – Mezzi di chiusura.....	90
Art. 141 - Scoperti.....	90
Art. 142 - Cosa fare in caso di Sinistro.....	90
Art. 143 - Determinazione dell'ammontare del Danno.....	91
Art. 144 - Recupero delle Cose rubate.....	91
SEZIONE 13 – ASSISTENZA ABITAZIONE ABITUALE.....	91
A. GARANZIA ASSISTENZA ABITAZIONE ABITUALE.....	92
Art. 145 - Oggetto dell'assicurazione.....	92
Art. 146 - Istruzioni per la richiesta di Assistenza.....	94
SEZIONE 14 – ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK.....	95
Art. 147 - Oggetto dell'Assicurazione.....	95
A. GARANZIA ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK.....	95
Art. 148 - Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti.....	96
Art. 149 - Esclusioni.....	97
Art. 150 - Cosa fare in caso di Sinistro.....	98
Art. 151 - Determinazione dell'ammontare del Danno per i Danni diretti All risk.....	98
Art. 152 - Determinazione dell'ammontare del Danno per i Danni indiretti.....	99
Art. 153 - Assicurazione parziale (deroga alla proporzionale).....	99
ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI.....	100
ALLEGATO 2. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI.....	102
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI.....	1
MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.....	1
CONTATTI UTILI.....	1



GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Definizioni Comuni a tutte le coperture

Anno assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

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.

Assicuratore

Net Insurance Life S.p.A. per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Net Insurance S.p.A. per le altre garanzie.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Assistenza

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

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.

Conclusione del contratto di assicurazione

Il momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

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".

Danni

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

Data di Decorrenza

Il momento da cui decorre l'Assicurazione, fatto salvo quanto previsto nei Termini di Carenza.

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.

Se non diversamente indicato, la Franchigia si applica per Evento.

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".

Impignorabilità e inesquestrabilità

Principio secondo cui, ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme dovute dall'Assicuratore al Beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare.

Indennizzo o indennità o rimborso

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Massimale

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

Nucleo Familiare

Il coniuge e/o 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.

Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Il periodo di durata del contratto di assicurazione indicato in Polizza.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione e che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza, scadenza, Premio, Piano assicurativo, etc.).

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Assicuratore.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Prestazione

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

Prestito

Relativamente alle garanzie Vita, la somma che il Contraente, se previsto dalla forma tariffaria, può richiedere all'Assicuratore nei limiti del valore di Riscatto. Le condizioni, il tasso d'interesse e le modalità di rimborso del Prestito vengono concordate tra l'Assicuratore ed il Contraente mediante apposita Appendice. Non previsto per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Proposta di Assicurazione

La formale domanda all'Assicuratore di prestare la copertura assicurativa secondo le presenti Condizioni di Assicurazione.

Rami Danni

I Rami assicurativi diversi dal Ramo Vita.

Recesso

Diritto di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

Revoca

Diritto del Contraente di revocare la Proposta di Assicurazione prima della Conclusione del contratto di assicurazione.

Riscatto

Relativamente alle polizze Vita, la facoltà del Contraente di interrompere anticipatamente determinate tipologie di contratti, richiedendo la liquidazione del valore maturato risultante al momento della richiesta e determinato in base alle Condizioni di Assicurazione. Non prevista per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Rischio

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

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni Generali di Assicurazione comprensive del Glossario) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

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.

Definizioni specifiche dell'Area Rischi Persone

Aborto Terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Accertamenti Diagnostici

Le analisi di laboratorio, le indagini cliniche e strumentali di alta specializzazione e diagnostica (con esclusione delle Visite Specialistiche) che possono essere effettuate anche in ambulatorio/Centro Medico volte a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia o Infortunio.

Apparecchio terapeutico amovibile

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

Assistenza Infermieristica

Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa MyAssistance

La struttura di MyAssistance costituita da personale con competenze tecnico mediche, incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'Assicurazione.

Centrale Operativa Sigma Dental

La struttura di Sigma Dental, incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'Assicurazione.

Centro Medico

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibito al Ricovero, Day Hospital/Day Surgery, non finalizzato al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Convalescenza

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

Day Hospital / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di Cartella Clinica.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Emergenza Odontoiatrica

Qualsiasi evento imprevisto o improvviso che richieda cure odontoiatriche urgenti e che implichi procedure o servizi, coperti dalla presente assicurazione, indicati per trattare i dolori dovuti a: infezioni, ascessi, carie, pulpiti, infiammazioni o emorragie.

La presente copertura riguarda non solo il primo trattamento di emergenza, ma l'intero trattamento fino alla soluzione della situazione di emergenza.

Evento / Data Evento

- Prestazioni Ospedaliere - il singolo Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero, Day Hospital / Day Surgery o l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- Prestazioni Extraospedaliere - l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

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.

Gessatura

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari. 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:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "molliti";
- c) 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).

Gruppo Familiare

L'insieme delle persone assicurate per la Sezione 5 – Malattia facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purché siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli di ciascuno di essi, per un massimo di 5 persone all'interno dello stesso Gruppo Familiare. Anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Inabilità temporanea

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

Indennità Giornaliera

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'Assicurato in caso di Ricovero con o senza Intervento chirurgico, Day Hospital / Day Surgery sia in regime SSN che privato.

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il Rimborso delle spese sanitarie.

Infortunio

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

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgo.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Invalità permanente

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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 convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, totterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

Lavoratore dipendente

La persona fisica che abbia superato il periodo di prova, che risulti assunta da almeno 6 mesi e che sia obbligata a prestare il proprio lavoro, con qualsiasi qualifica o in qualsiasi categoria, alle dipendenze di altri in base ad un contratto di lavoro dipendente che comporti un obbligo di prestazione non inferiore a sedici ore settimanali. Non sono considerati Lavoratori dipendenti i lavoratori il cui contratto sia stipulato all'estero (se non regolato dalla Legge italiana).

Lavoratore dipendente del settore privato

La persona fisica che presti il proprio lavoro presso Aziende o Enti di diritto privato.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia grave

Alterazione della normale condizione di salute dell'individuo, in conseguenza della quale si verificano gravi ed irreversibili turbe della funzione e /o della struttura di uno o più organi. Per la presente Polizza, sono considerate in garanzia le gravi malattie descritte all'articolo 44: Infarto del miocardio, Ictus e Cancro.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Medicina Alternativa o complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica; medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese; omeotossicologia; chiropratica.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via delle Tuberose, 14, 20146 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, relativamente alle garanzie della Sezione 5 – Salute (Piano Assicurativo A – B – C) al Pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati.

Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Patologie preesistenti

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza.

Perdita di impiego

La perdita del lavoro a seguito di "giustificato motivo oggettivo" indipendentemente dalla volontà o colpa dell'Assicurato.

Piano Assicurativo

Prestazioni sanitarie assicurate, scelte dall'Assicurato e indicate in Polizza.

Prestazione Assicurata

Relativamente alla garanzia Temporanea Caso Morte, la somma, pagabile sotto forma di capitale, che l'Assicuratore corrisponde al beneficiario.

Prevenzione odontoiatrica

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

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.

Retta di Degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Riattivazione

Relativamente alla garanzia Temporanea Caso Morte, la facoltà del Contraente di riprendere, entro i termini e con le modalità indicati nelle Condizioni di Assicurazione, il versamento dei Premi a seguito della sospensione del pagamento degli stessi.

Avviene generalmente mediante il versamento dei Premi arretrati, maggiorati degli interessi di ritardato pagamento.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

La degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Riduzione

Relativamente alle polizze Vita, la diminuzione della Prestazione Assicurata, conseguente, per determinate tipologie tariffarie, alla sospensione, da parte del

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Contraente, del pagamento dei Premi annui, determinata tenendo conto dei Premi effettivamente pagati rispetto a quelli originariamente pattuiti. Non prevista per la garanzia Temporanea Caso Morte.

Rischio demografico

Rischio che si verifichi un evento futuro e incerto attinente alla vita umana, caratteristica essenziale del contratto di Assicurazione sulla vita: infatti l'impegno dell'Assicuratore di erogare la prestazione assicurata è conseguenza del verificarsi di tale evento.

Sci alpinismo

La pratica dello sci, anche fuori pista, con ascensioni ed escursioni in montagna, senza utilizzo degli impianti di risalita, su percorsi non tracciati e con livello di difficoltà superiore a BS della scala di Blachère.

Sci estremo

Discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

Sigma

Sigma Dental Europe S.A., con sede legale in Via Valdani, 6030 Chiasso (Svizzera), c.f. CH-1670.3.036.012-8, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, relativamente alle garanzie della Sezione 4 – Salute (Piano Assicurativo D - Dental) al pagamento diretto dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con detti dentisti convenzionati.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Rete convenzionata, costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Il Pagamento diretto presuppone l'utilizzo da parte dell'Assicurato delle Strutture Convenzionate previa autorizzazione di MyAssistance (Piano Assicurativo A – B – C)

o Sigma (Piano Assicurativo D), ciascuna delle quali prenderà a suo carico i costi delle prestazioni entro i Massimali assicurati, senza alcun anticipo da parte dell'Assicurato. L'Assicurato pagherà esclusivamente eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali. Sia l'Istituto di Cura che l'equipe medica devono essere convenzionati.

Surgical Cash

Indennità forfettaria prestabilita, per Intervento chirurgico, reso necessario da Malattia o Infortunio.

Termini di Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di Carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica

Visite Specialistiche

La visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

Strutture non Convenzionate (a "rimborso")

Strutture non facenti parte delle Strutture Convenzionate con la società di servizi, con erogazione delle prestazioni a Rimborso.

Definizioni specifiche dell'Area Rischi Patrimonio

Abitazione

I locali destinati a civile abitazione ed a studio privato se coesistente, comprese eventuali quote di fabbricato di proprietà comune, che possono formare:

- appartamento, cioè locali fra loro comunicanti facenti parte di un condominio o di uno stabile costituito da più appartamenti tra loro contigui, sovrastanti o sottostanti, ma non comunicanti, ciascuno con proprio accesso all'interno del condominio o dello stabile, ma con accesso comune dall'esterno;
- villa a schiera o casa unifamiliare, cioè locali fra loro

comunicanti facenti parte di un fabbricato costituito da più abitazioni adiacenti, sovrastanti o sottostanti, ognuna con propri accessi indipendenti dall'esterno;

- villa, cioè complesso di locali con una o più porte individuali di accesso dall'esterno, isolata da altri fabbricati.

Abitazione abituale

L'abitazione ove l'Assicurato dimori abitualmente per la maggior parte dell'anno, purché posta in territorio italiano.

Abitazione saltuaria

Le abitazioni ove l'Assicurato non dimori abitualmente,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



purché poste in territorio italiano.

Acquisti via web

Tutti i contratti aventi a oggetto beni stipulati tra un professionista e un consumatore nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dal professionista, nei quali il soggetto che effettua l'acquisto sia una persona fisica che, in relazione ai contratti agisce per scopi non riferibili all'attività professionale eventualmente svolta. Il bene deve essere consegnato tramite corriere espresso ovvero con sistemi similari che permettano la tracciabilità della spedizione.

Allagamento - Flash Floods

Rapido allagamento causato da un eccesso di precipitazioni atmosferiche in un breve lasso temporale dovuto all'impossibilità del suolo di drenare e/o assorbire l'acqua, quando detto evento sia caratterizzato da violenza riscontrabile su una pluralità di enti, assicurati o meno, posti nelle vicinanze.

All risk

Si intende la copertura assicurativa per tutti i rischi, ad eccezione di quelli esplicitamente menzionati nelle esclusioni.

Alluvione – Inondazione

Fuoriuscita d'acqua, e quanto da essa trasportato, dalle usuali sponde di corsi d'acqua o di bacini naturali o artificiali, anche se provocata da Terremoto, franamento, cedimento o smottamento del terreno quando detto evento sia caratterizzato da violenza riscontrabile su una pluralità di enti, assicurati o meno, posti nelle vicinanze.

Animali domestici

Cani, gatti, uccelli, pesci, criceti, conigli, tartarughe.

Cassaforte

Mobile aventi le seguenti caratteristiche:

- pareti e battenti in acciaio, di spessore non inferiore a 3 mm fatta eccezione per le pareti delle casseforti murate;
- movimento di chiusura che comanda catenacci multipli ad espansione;
- serrature di sicurezza a chiave oppure serratura a combinazione numerica o letterale;
- peso minimo 100 Kg, fatta eccezione per le casseforti murate e/o ancorate.

Collaboratori

Prestatori di lavoro addetti ai servizi domestici compresi badanti e baby-sitter.

Contenuto

Il contenuto dell'abitazione assicurata e dell'eventuale studio privato coesistente ovvero l'insieme dei seguenti beni:

- a) arredamento, mobili in genere dell'abitazione e studio privato compresi l'archivio e documenti personali; quadri e tappeti, abbigliamento personale e quanto serve per uso di casa e personale, e le opere di miglior qualità ed eventuali apportate alla casa dall'Assicurato locatario;
- b) oggetti particolari, quali apparecchi fonici e televisivi (radio, autoradio, televisori, videoregistratori, DVD, complessi stereofonici, registratori e simili), apparecchi

ottici (macchine fotografiche, cineprese, videocamere, proiettori, binocoli, telescopi e simili), apparecchi elettronici (computer, stampanti, apparecchi fax, apparecchi telefonici portatili, sistemi di prevenzione e allarme con le loro parti esterne e simili), nonché parabole e/o antenne TV singole, armi da fuoco ed orologi in metallo non prezioso;

- c) oggetti pregiati, quadri e tappeti, arazzi, sculture, collezioni in genere, oggetti d'arte ovvero quelli riportati su catalogo ufficiale (esclusi gioielli), pellicce, oggetti e servizi di argenteria;
- d) gioielli e valori;
- e) arredamento nelle dipendenze e nel box pertinenziale, provviste di famiglia e quant'altro di inerente l'abitazione od in uso all'Assicurato, comprese attrezzature sportive, cicli ed esclusi oggetti particolari e pregiati, gioielli e valori.

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".

Cose

Gli oggetti materiali e, limitatamente alla sola garanzia di Responsabilità Civile, anche gli animali.

Disabitazione

Assenza continuativa dall'abitazione dell'Assicurato e delle persone con lui conviventi. La presenza di persone nelle sole ore diurne o la visita dei locali assicurati per ispezioni, controlli, pulizie e riparazioni non costituisce interruzione della disabitazione.

Documenti identificativi personali

Carta d'identità, patente di guida, passaporto, o altro documento attestante l'identità dell'intestatario e riconosciuto dalle Autorità Giudiziarie.

Esplosione

Sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione, dovuto a reazione chimica che si auto propaga con elevata velocità.

Fabbricato

Intero edificio o parte di esso con strutture fuori terra ed eventuali opere di fondazione e/o interrato, escluso il terreno. Si intendono inclusi:

- a) impianti fissi al servizio del fabbricato quali: impianti elettrici, telefonici (esclusi apparecchi portatili), videofonici, idrici, igienici, di riscaldamento, di condizionamento d'aria, ascensori, montacarichi e scale mobili, antenne centralizzate ed ogni altro impianto od installazione considerata fissa per natura e destinazione (esclusi gli impianti fotovoltaici e solari termici che possono essere assicurati come cosa a se stante rispetto al fabbricato); sono considerati parte del Contenuto gli impianti di allarme, le parabole e/o antenne TV singole;
- b) recinzioni fisse e cancelli anche con comandi elettrici, porte, finestre, tappezzerie, tinteggiature, moquette, rivestimenti, pareti divisorie, controsoffittature,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- affreschi e statue non aventi valore artistico. Sono esclusi parchi, giardini, alberi e strade private;
- c) dipendenze (box, cantine, soffitte, centrale termica, piscine, giochi ed attrezzature sportive) comunque costruite purché realizzate nel fabbricato stesso o negli spazi ad esso adiacenti, anche se separate (articoli 817, 818 C.C.);
- d) in caso di condominio, anche la quota delle parti di proprietà comune.

Fissi ed infissi

Serramenti in genere, manufatti per la chiusura dei vani di transito, illuminazione e aerazione delle costruzioni, nonché quanto è stabilmente ancorato alle strutture murarie, rispetto alle quali ha funzione secondaria di finimento o protezione.

Gioielli e preziosi

Oggetti d'oro e di platino o montati su detti metalli, pietre preziose, coralli, perle naturali e di coltura, etc., nonché orologi da polso o da taschino anche in metallo non prezioso.

Impianto fotovoltaico

Un impianto fotovoltaico è costituito da un insieme di apparecchiature che consentono di trasformare direttamente l'energia solare in energia elettrica. Si compone di modulo solare (celle fotovoltaiche) che genera corrente continua da energia solare, inverter che trasforma questa corrente continua in corrente alternata, quadri di campo, quadri di interfaccia, cablaggio e strutture di sostegno, contatori che misurano la corrente immessa in rete.

Impianto solare termico

Si compone di moduli solari che forniscono calore per il riscaldamento dell'acqua.

Implosione

Cedimento di apparecchiature, serbatoi e contenitori in genere, per carenza di pressione interna di fluidi rispetto a quella esterna.

Incendio

Combustione, con fiamma di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può auto estendersi e propagarsi.

Incombustibili

Sostanze e prodotti che alla temperatura di 750°C non danno luogo a manifestazione di fiamma né a reazione esotermica. Il metodo di prova è quello adottato dal Centro Studi Esperienze del Ministero dell'Interno. Sono considerati incombustibili anche i materiali presenti nel tetto certificati in classe di reazione al fuoco 1 (D.M. 26 giugno 1984 del Ministero dell'Interno). Sono altresì considerati incombustibili i materiali in legno lamellare o i pannelli modulari in multistrato di legno di spessore minimo di 8 cm.

Infortunio

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

Lastre

Lastre di cristallo, mezzo cristallo e vetro in genere, vetro antisfondamento e specchi, lastre in materia plastica rigida, facenti parte dell'arredamento o pertinenti alle aperture,

scale ed altri vani della abitazione, esclusi i lucernari.

Locali di villeggiatura

Dimora stagionale presso la quale l'Assicurato alloggia saltuariamente nel corso dell'anno.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

Manutenzione ordinaria

Sono considerati interventi di manutenzione ordinaria, quelli che riguardano le opere di riparazione, rinnovamento o sostituzione delle finiture degli edifici e quelle necessarie ad integrare o mantenere in efficienza gli impianti tecnologici esistenti.

Manutenzione straordinaria

Sono considerati interventi di manutenzione straordinaria le opere e le modifiche necessarie per rinnovare e sostituire parti anche strutturali degli edifici, nonché per realizzare ed integrare i servizi igienico-sanitari e tecnologici, sempre che non alterino i volumi e la volumetria complessiva degli edifici e non comportino modifiche delle destinazioni di uso. Nell'ambito degli interventi di manutenzione straordinaria sono ricompresi anche quelli consistenti nel frazionamento o accorpamento delle unità immobiliari con esecuzione di opere anche se comportanti la variazione delle superfici delle singole unità immobiliari nonché del carico urbanistico purché non sia modificata la volumetria complessiva degli edifici e si mantenga l'originaria destinazione d'uso.

Pertinenze

Cantine, soffitte, box, compresi recinzioni, cancellate, alberi ed altre cose destinate in modo durevole al servizio od ornamento del fabbricato, purché realizzate nel fabbricato o negli spazi ad esso adiacenti.

Primo rischio assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'Assicuratore risponde dei danni sino alla concorrenza di un determinato capitale senza applicazione della regola proporzionale prevista dall'art. 1907 c.c.

Rottura di impianto

Danneggiamento della funzionalità di un impianto dovuto ad una menomazione dell'integrità dello stesso.

Scasso

Forzatura, rimozione o rottura di serrature o di mezzi di protezione dei locali o di cassaforte o mobili contenenti i beni assicurati, tali da causare l'impossibilità successiva del regolare funzionamento che vi era prima del fatto dannoso.

Scippo

Il furto commesso strappando il bene di mano o di dosso alla persona che lo detiene.

Scoppio

Repentino dirompersi di contenitori per eccesso di pressione interna dei fluidi non dovuto a esplosione. Gli effetti del gelo e del "colpo di ariete" non sono considerati scoppio.

Serramento

Manufatto per la chiusura dei vani di transito, illuminazione e aerazione della casa.

Sinistro di Tutela legale e Cyber risk

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



L'insorgere della controversia.

Social Network

Comunità virtuali sorte per facilitare le relazioni intersoggettive e quindi scambiare informazioni, amicizie, contatti.

Solaio

Complesso di elementi che costituiscono la separazione orizzontale tra i piani del fabbricato, escluse pavimentazioni e soffittature.

Telecontrollo

Insieme di strumenti a servizio dell'impianto fotovoltaico, costituito da:

- un sistema di raccolta dei dati che interroga ciclicamente gli inverter campionando i loro dati di funzionamento (Data Monitor);
- un sistema di raccolta dati centralizzato (Data Collector);
- un sistema di monitoraggio e reportistica accessibile tramite il web (Data Reporter).

Terremoto

Sommovimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene, quando detto evento sia caratterizzato da violenza riscontrabile su una pluralità di enti, assicurati o meno, posti nelle vicinanze.

Tetto

Insieme delle strutture, portanti e non portanti, destinate a coprire e proteggere il fabbricato dagli eventi atmosferici, comprese relative strutture portanti (orditura, tiranti o catene).

Tubo interrato

La conduttura collocata nel suolo sotto uno strato di terra, parzialmente o completamente a diretto contatto con il

terreno o comunque non interamente protetta da strutture murarie.

Valore a Nuovo (Fabbricato)

Si intende la spesa necessaria per l'integrale costruzione a Nuovo del Fabbricato, escludendo soltanto il valore del terreno.

Valore Commerciale (Contenuto)

Si intende il costo di rimpiazzo dei beni danneggiati od asportati con altri nuovi, uguali od equivalenti per rendimento economico, comprese le spese di trasporto, montaggio e fiscali, al netto di un deprezzamento - stabilito in relazione ad età, tipo, qualità, funzionalità, rendimento, stato di manutenzione ed ogni altra circostanza concomitante - nella misura massima del 50%.

Valore intero

Forma di assicurazione per la quale l'Assicuratore risponde dei danni in proporzione al valore delle cose assicurate al momento del sinistro, rispetto a quanto assicurato in Polizza, applicando la regola proporzionale prevista dall'art. 1907 c.c..

Valori

Denaro, titoli di credito in genere ed ogni carta rappresentante un valore (quali a titolo esemplificativo: buoni pasto, francobolli, marche da bollo, carte bollate).

Viaggio (definizione valida per la garanzia Assistenza Abitazione)

Lo spostamento a scopo turistico dell'Assicurato che preveda un allontanamento di oltre 100 km dal luogo della sua residenza.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



PREMESSA

PROTECTION è una Polizza multigaranzia dedicata alla famiglia, a protezione dei Rischi attinenti all'area delle persone ed all'area del loro patrimonio.

PROTECTION è un prodotto modulare che consente ai Clienti di costruire il pacchetto assicurativo che più soddisfi le loro esigenze di protezione, combinando le Garanzie previste dalla Polizza.

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 2 aree di Rischio, suddivise in 4 Settori e 14 Sezioni secondo lo schema seguente:

- **AREA RISCHI PERSONE**

- A. SETTORE BENESSERE**

- 1. SEZIONE TEMPORANEA CASO MORTE
 - A. Garanzia *Temporanea Caso Morte*
 - 2. SEZIONE INDENNITARIA GRAVI MALATTIE
 - A. Garanzia *Indennitaria Gravi Malattie*
 - 3. SEZIONE INFORTUNI
 - A. Garanzia *Morte da Infortunio*
 - B. Garanzia *Invalidità permanente da Infortunio*
 - C. Garanzia *Inabilità temporanea da Infortunio*
 - D. Garanzia *Rimborso spese di cura da Infortunio*
 - E. Garanzia *Diaria da Ricovero*
 - 4. SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA
 - A. Garanzia *Invalidità permanente da Malattia*
 - 5. SEZIONE SALUTE
 - A. Garanzia *Piano Assicurativo A*
 - B. Garanzia *Piano Assicurativo B*
 - C. Garanzia *Piano Assicurativo C*
 - D. Garanzia *Piano Assicurativo D*
 - 6. SEZIONE ASSISTENZA ALLE PERSONE
 - A. Garanzia *Assistenza persona*

- B. SETTORE LAVORO**

- 7. SEZIONE PERDITA DI IMPIEGO
 - A. Garanzia *Perdita di Impiego*

- **AREA RISCHI PATRIMONIO**

- C. SETTORE RESPONSABILITA' CIVILE E TUTELA LEGALE E CYBER RISK**

- 8. SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE
 - A. Garanzia *Responsabilità Civile della Vita privata*
 - B. Garanzia *Responsabilità Civile della Proprietà*
 - 9. SEZIONE TUTELA LEGALE E CYBER RISK
 - A. Garanzia *Tutela legale Vita privata e Immobile*
 - B. Garanzia *Tutela legale Cyber Risk*

- D. SETTORE DANNI**

- 10. SEZIONE INCENDIO
 - A. Garanzia *Incendio Fabbricato*
 - B. Garanzia *Incendio Contenuto*
 - C. Garanzia *Rischio locativo*
 - 11. SEZIONE TERREMOTO ED ALLUVIONE
 - A. Garanzia *Incendio Fabbricato*
 - B. Garanzia *Incendio Contenuto*
 - 12. SEZIONE FURTO E RAPINA

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- A. Garanzia Furto del Contenuto*
- 13. SEZIONE ASSISTENZA ABITAZIONE
 - A. Garanzia Assistenza Abitazione*
- 14. SEZIONE ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK
 - A. Garanzia Energie rinnovabili All risk*

NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE

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

L'Assicurazione ha durata annuale.

Fermi i termini di Carenza di cui agli Artt. 26, 49,70 e 82 - "Termini di Carenza", l'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza 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, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., in senso più favorevole al Contraente, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21°, anziché il 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. **In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto se di durata non inferiore all'anno è prorogato per un anno e così successivamente.**

Nel caso in cui il pagamento del Premio o delle successive rate di Premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di Carenza di cui agli Artt. 26, 49, 70 e 82 - "Termini di Carenza" vengono conteggiati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.

Il Premio annuo di durata se è uguale o maggiore ad € 120,00, è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi.

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 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

Con riferimento alla SEZIONE 1, alla SEZIONE 2, alla SEZIONE 3, Art. 58 – punto E) Diaria da Ricovero, alla Sezione 4 ed alla SEZIONE 5, Art. 79 - Piano Assicurativo B e Piano Assicurativo C, il Premio è soggetto ad adeguamento secondo i criteri indicati rispettivamente negli artt. 29, 39, 56,71 e 75.

Art. 3.1 - Variazioni del Premio e delle condizioni di assicurazione alla Scadenza dell'Assicurazione

Con riferimento alla SEZIONE 2 ed alla SEZIONE 5, qualora, alla Scadenza dell'Assicurazione, l'Assicuratore intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali riespetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza della Polizza.

Se il Contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettarle, il contratto si intende risolto alla Scadenza dell'Assicurazione.

In ogni caso il pagamento del nuovo Premio e il ritiro della relativa quietanza debbano intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Art. 4 - Diritto di revoca e recesso

La Proposta di Assicurazione è revocabile fino alla Data di Decorrenza.

L'Assicurato ha diritto di esercitare Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



L'Assicurato comunica all'Assicuratore la propria volontà di Revoca o Recesso, a sua scelta:

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

L'esercizio della Revoca o del Recesso libera l'Assicuratore da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato.

L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le garanzie dei Rami Danni) con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 6 - 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 producono 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. 7 - Conclusione del contratto di assicurazione

Il momento in cui l'Assicuratore accetta la Proposta di Assicurazione del Contraente.

Art. 8 - 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. 9 - 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. 10 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata, possono recedere 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 5 – SALUTE.

Art. 11 - Riduzione dei capitali assicurati

Salvo le disposizioni specifiche delle singole garanzie, in caso di Sinistro, i Capitali / Massimali assicurati ed i relativi limiti di Indennizzo, ad eccezione delle Garanzie **Incendio del Fabbricato** ed **Energie rinnovabili all risk**, si intendono ridotti con effetto immediato e fino al termine del Periodo di Durata dell'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. 12 - Cambiamento dell'Abitazione

In caso di cambiamento dell'Abitazione indicata in Polizza, il Contraente deve comunicarlo per iscritto all'Assicuratore, entro le ore 24 del 30° giorno dalla data della variazione; analoga comunicazione è dovuta a seguito di cambiamento di proprietà dell'Abitazione indicata. **Decorso tale termine, in caso di mancata comunicazione, le Garanzie rimangono sospese fino a quando il Contraente ne abbia dato notizia per iscritto all'Assicuratore, fermo il disposto dell'art. 1898 c.c.**

Art. 13 - Validità territoriale

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

Art. 14 - Prova

E' a carico di chi richiede l'Indennizzo, l'Indennità, il Rimborso o la Prestazione, provare che sussistono gli elementi che valgono a

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



costituire il suo diritto.

Art. 15 - 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. 16 - 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.

Allo stato della normativa, il premio della garanzia Vita non è soggetto ad imposta.

Art. 17 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'art. 1910 c.c..

Art. 18 - 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. 19 - 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. 20 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 21 - Termine di Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 2952 del Codice Civile, 2° comma, i diritti derivanti dall'Assicurazione sulla Vita si prescrivono in dieci anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Ai sensi della Legge n. 266 del 23 dicembre 2005 e successive modifiche/integrazioni, in caso di omessa richiesta della Prestazione Assicurata entro il termine di Prescrizione del relativo diritto, le imprese di assicurazione devono obbligatoriamente versare gli importi non reclamati al "Fondo per l'indennizzo dei risparmiatori vittime di frodi finanziarie" costituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Art. 22 - 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.



AREA RISCHI PERSONE

A. SETTORE BENESSERE

SEZIONE 1 – TEMPORANEA CASO MORTE

La seguente Garanzia è valida se è stato pagato il relativo Premio e se è richiamata in Polizza la relativa Prestazione Assicurata

A. GARANZIA TEMPORANEA CASO MORTE

Art. 23 - Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 e 70 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 75 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.

Art. 24 - Oggetto dell'Assicurazione e Prestazione Assicurata

L'Assicuratore garantisce in caso di decesso dell'Assicurato, avvenuto nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione, la corresponsione della Prestazione Assicurata in unica soluzione, al Beneficiario designato.

La Prestazione Assicurata, che non può essere superiore ad € 300.000,00, viene indicata nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza e si intende costante per tutta la durata dell'Assicurazione. Qualora l'Assicurato, all'ingresso in copertura, abbia un'età superiore a 60 anni, la Prestazione Assicurata non potrà essere superiore a € 200.000.

In caso di sopravvivenza dell'Assicurato al termine del periodo di Durata dell'Assicurazione, questa si considera estinta ed il Premio resterà acquisito dall'Assicuratore, poiché viene utilizzato per far fronte al Rischio demografico della mortalità.

Art. 25 - Esclusioni

Il Rischio morte è coperto senza limiti territoriali e qualunque possa esserne la causa, salvo quanto di seguito stabilito.

La garanzia è esclusa in caso di decesso dell'Assicurato derivante da:

1. dolo del Contraente o dei Beneficiari;
2. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
3. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o guerra civile e il decesso avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato si trovasse già nel territorio dell'accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
4. eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti;
5. guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, è tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente scaduta da non più di 6 mesi;
6. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo con pilota non titolare di brevetto idoneo e, in ogni caso, se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio o vola su deltaplani, ultraleggeri, parapendii, elicotteri o effettua lanci con il paracadute;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



7. suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'Assicurazione o, trascorso questo periodo, nei primi 12 mesi dall'eventuale riattivazione dell'Assicurazione;
8. malattie, malformazioni, stati patologici, esiti di infortuni, lesioni dell'Assicurato, nonché le conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, verificatisi prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, noti all'Assicurato e non dichiarati;
9. danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo;
10. 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);
11. esercizio delle seguenti attività lavorative: le attività professionali che comportino esposizione ad alta tensione, radiazioni, gas, acidi, esplosivi, veleni ed i lavori sotterranei, subacquee, in miniere, cave, pozzi e stive;
12. uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico, o stati di alcolismo acuto o cronico come definito dalla normativa in vigore;
13. infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della Proposta di Assicurazione;
14. soggiorno in uno qualunque dei paesi indicati come paesi a rischio e per i quali il Ministero degli Esteri ha sconsigliato di intraprendere viaggi a qualsiasi titolo. L'indicazione è rilevabile sul sito internet www.viaggiareassicuri.it. Qualora l'indicazione fornita dal Ministero degli Esteri venga diramata mentre l'Assicurato si trova nel paese segnalato, la garanzia è estesa per un periodo massimo di 14 giorni dalla data della segnalazione.

Art. 26 – Termini di Carenza

La garanzia non è operante qualora il decesso dell'Assicurato avvenga entro i 6 mesi immediatamente successivi alla Conclusione del contratto di Assicurazione.

Tale Carenza non è operante qualora il decesso sia dovuto a:

- Infortunio;
- una delle seguenti malattie infettive acute sopravvenute dopo la Conclusione del contratto di assicurazione: tifo, paratifo, difterite, scarlattina, morbillo, vaiolo, poliomielite anteriore acuta, febbri puerperali, tifo esantematico, meningite cerebro-spinale, polmonite, encefalite epidemica, carbonchio, epatite virale A e B, leptospirosi, ittero emorragica, colera, brucellosi, dissenteria bacillare, febbre gialla, febbre Q, salmonellosi, botulismo, mononucleosi infettiva, parotite epidemica, peste, rabbia, pertosse, rosolia, vaccinia generalizzata, encefalite post-vaccinica, tetano;
- shock anafilattico.

Art. 27 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per i decessi avvenuti in qualsiasi parte del mondo.

Art. 28 - Premio

La Prestazione Assicurata viene garantita dietro il pagamento di un Premio annuo ed anticipato, il cui importo, costante per tutto il Periodo di Durata dell'Assicurazione, è indicato nella Proposta di Assicurazione ed in Polizza.

L'entità del Premio dipende dall'importo della Prestazione Assicurata, dalla Durata dell'Assicurazione e dall'età dell'Assicurato.

Il Premio annuo può essere frazionato senza oneri aggiuntivi ed è dovuto per tutta la Durata dell'Assicurazione, ma non oltre la data di decesso dell'Assicurato.

I Premi devono essere pagati alle scadenze pattuite, contro ricevuta emessa dall'Assicuratore, presso il domicilio di quest'ultimo o dell'Intermediario cui è assegnata la Polizza.

Il Premio del primo Anno Assicurativo, anche se frazionato, è comunque dovuto per intero.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 29 - Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato

Ad ogni rinnovo annuale, si procederà all'adeguamento del Premio applicando per ogni Assicurato il nuovo Premio corrispondente all'età corrente dell'Assicurato, secondo la tabella di tasso, da applicare per ogni € 1.000,00 di somma assicurata.

Tabella dei tassi per € 1.000,00					
Età anni	Tasso per 1.000	Età anni	Tasso per 1.000	Età anni	Tasso per 1.000
1	-	26	0,92	51	4,29
2	-	27	0,92	52	4,76
3	-	28	0,92	53	5,43
4	-	29	0,91	54	5,82
5	-	30	0,93	55	6,36
6	-	31	0,94	56	7,03
7	-	32	0,98	57	7,91
8	-	33	1,04	58	8,67
9	-	34	1,11	59	9,80
10	-	35	1,17	60	10,58
11	-	36	1,23	61	11,44
12	-	37	1,28	62	12,47
13	-	38	1,37	63	13,42
14	-	39	1,49	64	14,83
15	-	40	1,60	65	16,58
16	-	41	1,72	66	18,54
17	-	42	1,86	67	20,60
18	0,73	43	2,01	68	22,68
19	0,79	44	2,23	69	25,27
20	0,84	45	2,45	70	28,22
21	0,87	46	2,67	71	31,28
22	0,90	47	2,97	72	34,87
23	0,91	48	3,22	73	38,61
24	0,93	49	3,54	74	43,01
25	0,92	50	3,87	/	/

Art. 30 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione.

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. 31 - Mancato pagamento del Premio: Risoluzione

Ai sensi dell'articolo 1924 del Codice Civile inoltre, se il Contraente non paga il Premio relativo al primo Anno Assicurativo, l'Assicuratore può agire per l'esecuzione del contratto nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio è scaduto. La disposizione si applica anche se il Premio è frazionato in più rate; in tal caso il termine decorre dalla scadenza delle singole rate.

Il mancato pagamento dei Premi successivi al primo Anno Assicurativo determina, trascorsi 30 giorni dalla scadenza, la risoluzione di diritto del contratto e i Premi pagati restano acquisiti all'Assicuratore.

A giustificazione del mancato pagamento del Premio, il Contraente non può, in nessun caso, opporre che l'Assicuratore non gli abbia inviato avvisi di scadenza né provveduto all'incasso a domicilio.

Art. 32 - Ripresa del pagamento del Premio: Riattivazione

Entro 6 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, il Contraente ha comunque diritto di riattivare l'Assicurazione pagando le rate di Premio arretrate aumentate degli interessi legali.

Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza della prima rata di Premio non pagata, la Riattivazione può avere luogo solo dietro espressa domanda del Contraente e previa accettazione scritta, a proprio insindacabile giudizio, dell'Assicuratore, che potrà richiedere

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



accertamenti sanitari. In caso di Riattivazione, l'Assicurazione entra nuovamente in vigore, per l'intero suo valore, alle ore 24 del giorno del pagamento dell'importo dovuto. Trascorsi 24 mesi dalla scadenza della prima rata di Premio non pagata, l'Assicurazione non può essere riattivata.

Art. 33 - Riscatto e Riduzione

L'Assicurazione non prevede il Riscatto o la Riduzione delle somme assicurate.

Art. 34 - Prestito

L'Assicurazione non prevede la concessione di Prestiti.

Art. 35 - Risoluzione del contratto di assicurazione

La garanzia cessa:

- in caso di pagamento, a qualsiasi Beneficiario, della Prestazione Assicurata che pertanto può essere corrisposta una sola volta;
- alla Scadenza dell'Assicurazione;
- in caso di Recesso;
- in caso di mancato pagamento dei Premi una volta trascorso il periodo utile per la Riattivazione, come indicato all'Art. 32.

Art. 36 - Beneficiario della Prestazione Assicurata

I Beneficiari della Prestazione Assicurata saranno i soggetti designati dal Contraente o, in mancanza di tale designazione, gli eredi legittimi e/o testamentari dell'Assicurato.

Il Contraente designa i Beneficiari e può in qualsiasi momento revocare o modificare tale designazione.

La designazione di beneficio e le sue eventuali revoche o modifiche devono essere comunicate per iscritto all'Assicuratore o fatte per testamento.

Ai sensi dell'art. 1921 del Codice Civile, la designazione dei Beneficiari non può tuttavia essere revocata o modificata nei seguenti casi:

1. dopo che il Contraente ed il Beneficiario abbiano dichiarato per iscritto all'Assicuratore, rispettivamente, la rinuncia al potere di revoca e l'accettazione del beneficio;
2. dopo la morte del Contraente da parte degli eredi;
3. dopo che, verificatosi l'evento che fa sorgere l'obbligo dell'Assicuratore di eseguire la Prestazione Assicurata, il Beneficiario abbia comunicato per iscritto all'Assicuratore di volersi avvalere del beneficio.

Ai sensi dell'art. 1923 del Codice Civile, le somme corrisposte dall'Assicuratore al Beneficiario, godono del principio di Impignorabilità e inalienabilità.

Art. 37 - Cessione dei diritti e vincolo

Il Contraente può cedere o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dall'Assicurazione. Tali atti diventano efficaci solo quando l'Assicuratore, dal momento in cui ne ha avuto conoscenza mediante comunicazione scritta, effettua la relativa annotazione su apposita Appendice di polizza.

Nel caso indicato all'Art. 36, punto 1., le operazioni di cessione e vincolo di polizza richiedono l'assenso scritto dei Beneficiari.

In caso di vincolo, qualsiasi operazione che pregiudichi l'efficacia delle garanzie prestate richiede l'assenso scritto del vincolatario.

Art. 38 - Obbligazioni in caso di Sinistro – Pagamento della Prestazione Assicurata

In caso di decesso dell'Assicurato, gli aventi diritto dovranno darne avviso all'Assicuratore per iscritto.

L'istanza di pagamento della Prestazione Assicurata deve essere corredata di:

- originale del certificato di morte rilasciato dall'ufficio di Stato Civile competente o documento equipollente;
- certificato del medico che ha constatato il decesso;
- copia della cartella clinica se il decesso è avvenuto in istituto di cura, pubblico o privato;
- verbali delle autorità competenti in caso di morte violenta o accidentale.

Nei casi in cui Beneficiari siano gli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, costoro dovranno documentare il proprio titolo alla ricezione della Prestazione Assicurata, inoltrando all'Assicuratore:

- copia autentica del testamento, se esistente, contenente la dichiarazione che il testamento allegato è l'unico od ultimo valido e non impugnato;
- atto di notorietà che attesti la non esistenza di testamento e identifichi gli eredi legittimi;
- decreto del giudice tutelare che indichi la persona designata a riscuotere la Prestazione Assicurata nel caso che il Beneficiario sia minorenne o incapace di attendere, con esonero per l'Assicuratore da ogni responsabilità;
- copia di documento di riconoscimento e codice fiscale del Beneficiario.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



L'Assicuratore, informato del decesso, potrà inoltre richiedere, in presenza di particolari esigenze istruttorie, ulteriore documentazione.

L'Assicuratore, riscontrata la regolarità della posizione assicurativa e ricevuta la documentazione di cui sopra, provvede, entro 30 giorni, al pagamento della Prestazione Assicurata al Beneficiario.

L'Assicuratore rinuncia, a favore degli aventi diritto dell'Assicurato, ad esercitare il diritto di surrogazione, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili del Sinistro.

SEZIONE 2 – INDENNITARIA GRAVI MALATTIE

La seguente Garanzia è valida se è stato pagato il relativo Premio e se è richiamato in Polizza il relativo capitale assicurato.

A. GARANZIA INDENNITARIA GRAVI MALATTIE

Art. 39 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 e 64 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 65 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.

Ad ogni rinnovo annuale, si procederà all'adeguamento del Premio applicando alla nuova età dell'Assicurato il corrispondente Premio secondo i seguenti termini:

Età tra 18 e 29 anni: € 25,00

Età tra 30 e 39 anni: € 50,00

Età tra 40 e 49 anni: € 125,00

Età tra 50 e 59 anni: € 250,00

Età tra 60 e 64 anni: € 355,00

Art. 40 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale Indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del contratto di Assicurazione:

- hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99. indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni;
- siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico;
- abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o son o in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi:
 - cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris;
 - malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria;
 - epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa;
 - nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere; Diabete (tipo 1 e 2);
 - morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite;
- soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci;
 - hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla;
 - si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti;
 - è stata rifiutata oppure accettata a condizioni particolari da qualsiasi altra società di Assicurazione una proposta per un'assicurazione Malattie Gravi (o Dread Disease o Critical Illness), invalidità, spese mediche o sulla vita;
 - nella propria parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) hanno avuto casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni prima dell'età di 60 anni.

Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in alcun modo più operante per detto Assicurato.

L'Assicuratore, venuto a conoscenza di quanto sopra, provvederà a rimborsare, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 41 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione.

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. 42 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Malattie Gravi, sempreché rientranti tra quelle riportate e definite all'art. 44 "Definizione di Malattie Gravi", che venga diagnosticata all'Assicurato dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fatto salvo quanto espressamente escluso all'Art. 47 "Esclusioni" e Termini di Carenza di cui all'Art. 49.

Art. 43 - Prestazioni previste in caso di Malattie Gravi

L'Assicuratore corrisponde, per una sola volta nel corso del Periodo di Durata dell'Assicurazione un Indennizzo all'Assicurato pari ad € 10.000 in caso di diagnosi opportunamente comprovata da idonea documentazione medica di una delle Malattie Gravi descritte all'Art. 44 e decorso il periodo di sopravvivenza e i Termini di Carenza di cui all'Art. 49.

Art. 44 - Definizione di Malattie Gravi

La presente Assicurazione considera Malattie Gravi: l'infarto del miocardio, l'Ictus e il Cancro, come di seguito definite:

Infarto miocardico

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Uno specialista cardiologo deve confermare la diagnosi definitiva di infarto miocardico acuto. Ci deve essere la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di infarto miocardico acuto:

1. sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio; e
2. nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;
3. tipica elevazione con aumento al di sopra dei valori di normalità dei biomarkers cardiaci specifici

Sono esclusi:

- **angina, miocardite, insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;**
- **cardiomiopatia da stress (Takotsubo);**
- **lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.**

Ictus

La diagnosi di un nuovo ictus acuto deve essere fatta da uno specialista neurologo e deve essere confermata da tecniche ad immagini. Ci deve essere morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di mancato apporto sanguigno o emorragia nel tessuto cerebrale o emorragia nello spazio subaracnoideo. L'ictus deve contribuire ad una compromissione permanente delle funzioni neurologiche delle quali si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie all'esame obiettivo che permangono per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus.

Si intendono esclusi:

- . **attacco ischemico transitorio (TIA);**
- . **danni cerebrali dovuti ad infortunio o trauma;**
- . **disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;**
- . **eventi vascolari della colonna vertebrale;**
- . **ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.**

Cancro

Lo specialista oncologo deve confermare la diagnosi definitiva di un tumore maligno, caratterizzato dalla crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto. Il termine "cancro" include, tra le altre, leucemia, sarcoma e linfoma. La diagnosi deve essere confermata da referto istopatologico e stadiazione.

Si intendono esclusi:

- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi, di basso potenziale di malignità, tutti i gradi di displasia, tutte le lesioni squamose intraepiteliali (HSIL e LSIL) e tutte le neoplasie intra-epiteliali;**
- **qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual;**
- **tutti i tumori della pelle diversi da melanoma maligno, i linfomi cutanei e dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai - linfonodi o a organi/siti distanti;**
- **Tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC Cancer Staging Manual di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali, e tumori tiroidei T1N0M0 che misurino meno di 2cm;**
- **tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti - dall'edizione più recente dell' AJCC Cancer Staging Manual come stadio inferiore a T2N0M0;**
- **tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica), a meno che non richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche.**

Art. 45 - Validità della garanzia Malattie Gravi

L'Indennizzo viene corrisposto all'Assicurato una sola volta nell'arco dell'intera durata dell'Assicurazione e solo se viene diagnosticata per la prima volta una Malattia Grave, indennizzabile ai sensi dell'Assicurazione e purché l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi all'evento. Nel caso in cui all'Assicurato venga riconosciuto l'Indennizzo per una delle Malattie Gravi, descritte nelle

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



definizioni del presente articolo, la garanzia non sarà più operante per tutte le altre Malattie Gravi indennizzabili ai sensi dell'Assicurazione.

Al primo rinnovo utile dell'Assicurazione, la garanzia Malattie Gravi cesserà automaticamente.

Art. 46 - Periodo di sopravvivenza – Malattie Gravi

L'Assicurazione non prevede il pagamento di alcuna prestazione per le Malattie Gravi, come descritte sopra qualora il decesso dell'Assicurato avvenga nei primi 30 (trenta) giorni successivi alla diagnosi (periodo di sopravvivenza).

Per aver diritto all'Indennizzo, dovranno essere soddisfatti tutti i seguenti requisiti:

- l'Assicurato deve essere in vita al momento della denuncia del Sinistro;
- l'Assicurato deve essere colpito da una delle Malattie Gravi come descritte all'Art. 44 e tutti i criteri specificati nella definizione devono essere soddisfatti;
- deve essere presentata tutta la documentazione necessaria ai fini della valutazione del Sinistro.

Nessuna prestazione verrà corrisposto per le Malattie Gravi diagnosticate successivamente al decesso dell'Assicurato.

Art. 47 - Esclusioni

Ferme restando le esclusioni di cui all'articolo 44 - "Definizione di Malattie Gravi", sono sempre esclusi gli eventi derivanti da:

1. qualsiasi delle Malattie Gravi garantite dalla Polizza di cui l'Assicurato abbia sofferto o siano state diagnosticate prima della Data di Decorrenza della Polizza o durante i Termini di Carenza;
2. dolo del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario;
3. guerra e insurrezioni;
4. atti di terrorismo con l'impiego di armi nucleari, biologiche o chimiche;
5. ubriachezza, alcolismo o dipendenza da droghe o farmaci non prescritti da medici abilitati alla professione;
6. atto intenzionale dell'Assicurato, in particolare le conseguenze di un tentativo di suicidio;
7. partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
8. negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
9. Patologie Preesistenti come normato all'Art. 48;
10. sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
11. contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
12. pratica delle seguenti attività sportive; alpinismo, arrampicata libera, speleologia, automobilismo, motociclismo, motocross, motonautica, sport aerei (paracadutismo, parapendio, deltaplano, ecc.), hockey, rugby, football americano, arti marziali, pugilato, atletica pesante, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idrosci, sci o idrosci acrobatico, bob;
13. atti compiuti dall'Assicurato quando questi si trovi in stato di incapacità di intendere o di volere da lui stesso procurata;
14. Malattie/infortuni correlate all'abuso di alcool, nonché quelli conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
15. guida di qualsiasi veicolo, o natante, a motore se l'assicurato è privo della prescritta abilitazione;
16. esercizio delle seguenti attività lavorative: estrazione petrolio o gas naturali; in miniere o altiforni; a contatto con esplosivi, pesticidi o altri materiali chimici pericolosi tra cui l'amianto; ad altezze superiori a 5 mt dal suolo (impalcature, tetto, ecc); guardie del corpo e servizi di sicurezza; servizi di ordine pubblico (polizia, carabinieri, militari etc.) con uso di armi, vigili del fuoco, attività subacquee;
17. stati depressivi patologie psichiatriche, sindromi psico-organiche.

In caso di Malattie Gravi dell'Assicurato dovuta ad una di tali cause escluse, l'Indennizzo non è dovuto, l'Assicurazione si risolve e l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine dell'Anno Assicurativo per il quale è stato corrisposto il Premio stesso, ad eccezione del caso di dolo del Contraente, dell'Assicurato o del Beneficiario per il quale non è previsto alcun rimborso.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 48 - Patologie Preesistenti

L'Assicurazione non copre i casi di Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza e relative complicanze, dirette o indirette.

Art. 49 - Termini di Carenza

Nessun Indennizzo verrà pagato, come descritto all'Art. 43, se durante i primi 90 (novanta) giorni dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione:

- l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle Malattie Gravi coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi; oppure
- all'Assicurato venisse diagnosticata una delle Malattie Gravi coperte ai sensi dell'Assicurazione.

Qualora la diagnosi di una Malattia Grave derivi da accertamenti sanitari eseguiti mentre è operante il periodo di Carenza della relativa copertura, l'Indennizzo previsto non è dovuto, l'Assicurazione si risolve e l'Assicuratore rimborsa al Contraente la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine dell'Anno Assicurativo per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 50 - Cosa fare in caso di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa MyAssistance che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Art. 51 - Denuncia di Sinistro e accertamenti della Malattia Grave

Qualora venga diagnosticata all'Assicurato una Malattia Grave, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta entro 15 giorni successivi, dalla data di diagnosi della Malattia Grave o dal momento in cui ne abbia avuta la possibilità, corredata della seguente documentazione:

- dichiarazione del medico specialista attestante la patologia grave diagnosticata e lo stato di salute dell'Assicurato;
- copia completa della documentazione sanitaria (Cartella Clinica / accertamenti strumentali / referti istologici, ecc.) a conferma della data di prima diagnosi della patologia sofferta dall'Assicurato che ha causato l'evento.

La documentazione sopra elencata dovrà essere inviata dall'Assicurato tramite area web riservata, app oppure all'indirizzo e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c..

Inoltre, su richiesta dell'Assicuratore, l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti medici necessari per consentire l'accertamento della Malattia Grave, presso strutture sanitarie e da medici di fiducia dello stesso Assicuratore.

Art. 52 - Valutazione del Sinistro – Liquidazione dell'Indennizzo

Entro 30 giorni lavorativi dalla data della denuncia o, comunque, dalla data di ricevimento dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta per la valutazione del Sinistro, inclusa quella relativa agli eventuali accertamenti medici effettuati su richiesta dell'Assicuratore, MyAssistance per conto dell'Assicuratore si impegnerà ad accertare la

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Malattia Grave e darà riscontro all'Assicurato della disposizione del bonifico, entro 30 giorni, per l'intero Indennizzo indicato all'articolo 43 oppure comunicherà in forma scritta le motivazioni di impossibilità a fornire tale servizio.

La garanzia resta in vigore anche durante l'accertamento e fino alla data della comunicazione, inviata dall'Assicuratore al Contraente, del riconoscimento della Malattia Grave.

Se la Malattia Grave non viene riconosciuta dall'Assicuratore, la garanzia resta in vigore fermo restando che il Contraente è tenuto a riprendere il pagamento dei Premi corrispondendo anche quelli scaduti successivamente alla data della denuncia.

Art. 53 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, 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 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 3 - 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. 54 - Limiti di età

Alla Scadenza dell'Assicurazione l'età dell'Assicurato non può risultare:

- per la garanzia Diaria da Ricovero, superiore a 70 anni;
- per le altre garanzie, superiore a 75 anni.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento dei suddetti limiti 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. 55 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'Assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 56 - Modalità assuntive – Adeguamento del Premio per la garanzia Diaria da Ricovero

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nella Proposta di Assicurazione.

Le inesattezze e le reticenze del Contraente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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..

Limitatamente alla garanzia Diaria da Ricovero, la copertura è prestata dietro corresponsione di un Premio che viene aggiornato automaticamente in base al variare dell'età dell'Assicurato per fascia di età, secondo la tabella di cui al seguito.

Diaria da ricovero per Infortunio o Malattia			
Fasce età	Premi lordi per somma assicurata		
	Somma Assicurata € 50,00	Somma Assicurata € 75,00	Somma Assicurata € 100,00
0 – 25	71,75	107,63	143,50
26-35	77,90	116,85	155,80
36-45	101,48	152,21	202,95
46-55	107,63	161,44	215,25
56-65	167,08	250,61	334,15
66-70	191,62	287,42	383,24
Oltre 70	Rischio non assumibile	Rischio non assumibile	Rischio non assumibile

Art. 57 - Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli Art. 59 - “Esclusioni”, Art. 1 - “Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio” e dell'Art. 8 - “Aggravamento del Rischio”, 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		
Classi di Rischio	1	2	3
1	100%	100%	100%
2	70%	100%	100%
3	40%	80%	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”.

Art. 58 - 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.;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- 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 malore 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.

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 subito.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI COMMORIENTA 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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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:

- **sul Capitale assicurato fino ad € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila) si applicherà la tabella sotto indicata:**

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 65%	corrispondente percentuale dal 10% al 65%
dal 66% al 100%	100%

- **sulla parte di Capitale assicurato eccedente € 250.000,00 (euroduecentocinquantamila):**
 - non si dà luogo ad Indennizzo quando l'Invalidità Permanente sia di grado pari od inferiore al 8% della totale;
 - se invece essa risulterà superiore al 8% della totale, l'Indennizzo verrà corrisposto applicando una Franchigia dell'8%.

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.

MAGGIORAZIONE DELL'INDENNIZZO IN CASO DI SOFFERENZE PSICOFISICHE

Nel caso di Infortunio che causi una Invalidità permanente pari o superiore al 30%, l'Assicuratore corrisponde una somma supplementare pari al 10% di quella spettante per il caso di Invalidità permanente a titolo di Indennizzo per sofferenze psico-fisiche conseguenti all'Infortunio stesso.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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.

C. GARANZIA INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio che abbia come conseguenza l'Inabilità temporanea, l'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo giornaliero indicato in Polizza secondo i criteri seguenti:

L'Indennità è dovuta:

- a) integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali dichiarate in Polizza;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle attività dichiarate in Polizza.

L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta per un periodo massimo di 260 giorni per Sinistro e decorre dalle ore 24 del giorno dell'Infortunio regolarmente denunciato.

Nel caso in cui l'Assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'Indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore.

I giorni indennizzabili verranno calcolati con detrazione di una Franchigia di 7 giorni.

In caso di ritardo della denuncia di Infortunio, l'Indennità per Inabilità temporanea decorre dal giorno successivo a quello della denuncia, dedotti i giorni di Franchigia sopra indicati.

L'Indennità è tuttavia dovuta anche per il periodo antecedente alla denuncia se vi è stato Ricovero in Istituto di Cura e limitatamente ai giorni effettivi di Ricovero debitamente documentati, sempre dedotti i giorni di Franchigia sopra indicati.

ESTENSIONE ALLE ERNIE ADDOMINALI TRAUMATICHE O DA SFORZO

Limitatamente alle sole ernie addominali traumatiche o da sforzo, che comportino Ricovero o Intervento chirurgico, l'Assicuratore corrisponde l'Indennità giornaliera indicata in Polizza, **per un periodo massimo di 20 giorni per Sinistro.**

Tale estensione non è operante per coloro che sono portatori di ernia precedentemente alla stipulazione della Polizza. Sono comunque escluse le ernie discali e tutti i tipi di ernie diverse da quelle addominali traumatiche o da sforzo.

D. GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

Nel caso di Infortunio l'Assicuratore rimborsa, fino alla concorrenza del Capitale assicurato indicato in Polizza, le seguenti spese sostenute come conseguenza diretta dell'Infortunio nei 365 giorni successivi alla data del Sinistro:

- a) 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;
- b) per Intervento chirurgico anche ambulatoriale;
- c) per visite mediche specialistiche e acquisto di medicinali;
- d) per applicazione di apparecchi gessati, bendaggi e docce di immobilizzazione, artroscopia diagnostica ed operativa;
- e) per analisi ed accertamenti diagnostici strumentali specialistici quali, ad esempio: TAC, ecografia, holter, risonanza magnetica, radiografie, stratigrafie, angiografie;
- f) 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.

Le spese di cui alla lettera f) vengono corrisposte esclusivamente per le prestazioni effettuate nei 120 giorni

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



successivi alla data dell'Infortunio.

La Garanzia viene prestata previa applicazione di uno Scoperto del 10%, con il minimo di € 50,00 a carico dell'Assicurato per ogni Sinistro, intendendosi per tale l'intero ciclo di cura relativo allo stesso Infortunio.

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 RICOVERO

In caso di *Ricovero* dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico, donazione di organi, indennizzabili 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:

- Ricovero dell'Assicurato per **donazione di organi**;
- 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 una stessa Malattia od Infortunio**; l'Indennità giornaliera è corrisposta in misura pari al 50%.

ESTENSIONI DI GARANZIA

- 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;
- Diaria per Convalescenza post Ricovero**: in caso di Convalescenza domiciliare dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio, Malattia, parto o aborto terapeutico, donazione di organi, indennizzabili 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, o in caso di donazione di organi.

Art. 59 - Esclusioni

Art. 59.1 - Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- dalla guida o uso anche come passeggero di mezzi di locomozione aerei, compresi deltaplani e ultraleggeri, salvo quanto previsto al punto 10) dell'Art. 58 - "Oggetto dell'Assicurazione";

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- 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) dalla 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 svolte a livello professionistico e/o che siano per l'atleta fonte di introito economico. Resta comunque inclusa in garanzia la partecipazione a gare / competizioni a carattere amatoriale, compresi i relativi allenamenti;
- 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.);

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 concretizzano 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 ed all' "Estensione alle ernie addominali traumatiche o da sforzo" della Garanzia C. INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO.

Art. 59.2 - Relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero dovuta a Malattia sono esclusi i Ricoveri:

- a. dovuti a Patologie Preesistenti alla Data di Decorrenza della Polizza;
- b. conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
- c. derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche;
- d. 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;
- e. conseguenti a movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- f. derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- g. derivanti da Malattia Mentale e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
- h. derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate;
- i. conseguenti ad atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
- j. derivanti da patologie determinate da influenze elettromagnetiche.

Art. 60 - 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 presso la relativa Sede legale 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.

Art. 61 - 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. 64 "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. 62 - Cumulo di Indennizzi

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.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 63 - 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 **Invalità 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 Invalità 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 Invalità 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. 64 - 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'Invalità derivante dall'Infortunio o dalla Malattia o prima dell'accertamento medico-legale dell'Assicuratore, per cause diverse da quella che ha generato l'Invalità, 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. 65 - 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. 66 - Arbitrato

Le Controversie di natura medica, sull'indennizzabilità del Sinistro, sul grado di Invalità permanente da Infortunio, sul grado di Invalità permanente da Malattia, sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, sulla Inabilità temporanea, sulla determinazione della classe dell'Intervento chirurgico 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'Invalità 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 4 – INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La seguente Garanzia è valida solo se è richiamato in Polizza il relativo Capitale assicurato e se è stato pagato il relativo Premio:

A. GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 67 - Limiti di età

Al momento della sottoscrizione del contratto di assicurazione l'età dell'Assicurato deve essere compresa tra 18 e 65 anni, mentre alla Scadenza dell'Assicurazione non può risultare superiore a 70 anni.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 70° 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. 68 – Oggetto dell'Assicurazione

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. 70 "Termini di Carenza".

La liquidazione dell'Indennizzo avverrà in base a quanto disposto dall'Art. 74 - "Determinazione dell'Indennizzo".

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

Art. 69 - Esclusioni

Fermo quanto previsto dall'Art. 70 - "Termini di Carenza", sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità permanenti:

1. preesistenti alla data di effetto della presente Polizza;
2. 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;
3. conseguenti ad abuso di alcoolici o uso, a scopo non terapeutico, di psicofarmaci, stupefacenti, allucinogeni e simili;
4. derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e ad accelerazioni di particelle atomiche;
5. 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;
6. conseguenti a movimenti tellurici, inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
7. derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
8. derivanti da Malattie mentali e disturbi psichici in genere, le Malattie nevrotiche, ivi comprese le sindromi ansiose e/o depressive;
9. derivanti dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o altre patologie ad esse correlate;
10. conseguenti ad atti commessi volontariamente dall'Assicurato contro la sua persona o da lui consentiti;
11. derivanti da patologie determinate da influenze elettromagnetiche;
12. 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. 70 - Termini di Carenza

Fermo quanto previsto dall'Art. 68 - "Oggetto dell'Assicurazione" e dall'Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



contratto”, 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. 71 – Modalità assuntive ed adeguamento automatico del Premio in base all’età dell’Assicurato

L’assunzione del rischio da parte dell’Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione.

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..

L’Assicurazione è stipulata nella forma “Adeguamento automatico del Premio in base all’età dell’Assicurato. I Premi della Garanzia **A. INVALIDITA’ PERMANENTE DA MALATTIA**, sono suddivisi in 5 fasce di età.

Al momento della prima sottoscrizione del contratto, ad ogni Assicurato verrà applicato il Premio, indicato in Polizza, della fascia corrispondente all’età al momento della sottoscrizione.

Nel caso di variazione della fascia di età, ad ogni rinnovo annuale si procederà all’adeguamento del Premio applicando ad ogni Assicurato l’aumento di *Premio* (indicato in percentuale) corrispondente alla fascia di età in cui è inclusa quella compiuta alla data del rinnovo, secondo la tabella di seguito riportata.

Tabella dei coefficienti (% aumento del Premio fascia su fascia) per l’Invalidità permanente da Malattia.	
Fasce di età	Invalidità permanente da Malattia
Fascia di età 0 - 25	-
Fascia di età 26 - 35	12,50%
Fascia di età 36 - 45	27,78%
Fascia di età 46 - 55	39,13%
Fascia di età 56 - 70	95,00%

Art. 72 - 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

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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 con esclusione della visita presso il medico fiduciario incaricato dall'Assicuratore, qualora richiesta.

Art. 73 - 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. 69 - "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. 74 - 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 5 – SALUTE

Le seguenti Garanzie sono valide se è stato pagato il relativo Premio

Art. 75 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'età

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- Età massima all'ingresso: 70 anni;
- Età massima all'uscita: 75 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 il Piano Assicurativo B e per il Piano Assicurativo C, in sede di rinnovo annuale dell'Assicurazione, in presenza di nuova età di un Assicurato con età superiore a 64 anni, il Premio della relativa garanzia viene automaticamente adeguato nella seguente misura:

PIANO ASSICURATIVO B

FORMULA INDIVIDUALE → € 2.064

FORMULA GRUPPO FAMILIARE → € 3.948 (adeguamento non operante se nel Gruppo Familiare era già compreso un Assicurato con età superiore a 64 anni).

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



PIANO ASSICURATIVO C

FORMULA INDIVIDUALE → € 2.712

FORMULA GRUPPO FAMILIARE → € 5.196 (adeguamento non operante se nel Gruppo Familiare era già compreso un Assicurato con età superiore a 64 anni).

Art. 76 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Per la garanzia "Dental", di cui all'Art. 79 PIANO ASSICURATIVO D, il presente articolo si intende operante solo per il primo, il secondo ed il terzo capoverso.

Sono, inoltre, definite "persone non assicurabili" coloro le quali, al momento della stipula del contratto di Assicurazione:

- hanno un indice di massa corporea (IMC) non compreso tra 18.00 – 34.99. indice valido per persone di età maggiore o uguale a 18 anni;
- siano in attesa di ricovero o Intervento Chirurgico;
- abbiano già subito un Intervento Chirurgico, ricevuto una diagnosi o son o in attesa di esami, cure trattamenti in merito a uno o più delle seguenti malattie/disturbi:
 - cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma;
 - malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris;
 - malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale
- broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria;
- epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa;
- nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere, Diabete (tipo 1 e 2);
- morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite;
- soffrono di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci;
- hanno un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o hanno fatto domanda per ottenerla;
- si sono sottoposti negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti.

Se l'Assicurato era già in una di tali condizioni prima della stipula della Polizza, la medesima cesserà e non sarà in

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



alcun modo più operante per detto Assicurato.

L'Assicuratore, venuto a conoscenza di quanto sopra, provvederà a rimborsare, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Art. 77 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nel Questionario Sanitario contenuto nella Proposta di Assicurazione e quanto normato all'Art. 76 Persone non assicurabili.

La compilazione del Questionario Sanitario è prevista per Assicurati con età compresa tra 65 – 70 anni compiuti.

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. 78 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione copre, nei limiti dei Massimali e delle condizioni di Assicurazione, le spese sostenute dall'Assicurato rese necessarie da Malattia o Infortunio che avvengono dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante la validità della stessa, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 74.

Qualora l'Assicurazione viene stipulata dal Contraente con la formula "Gruppo Familiare", i Massimali delle garanzie Spese Mediche, Accertamenti Diagnostici, Visite Specialistiche e Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, devono intendersi come limite complessivo di esposizione dell'Assicuratore per uno o più Sinistri, avvenuti nell'Anno Assicurativo, riguardanti uno o più componenti del Gruppo Familiare indicati in Polizza.

L'Assicurato può scegliere quale dei seguenti Piani Assicurativi, con garanzie definite, vuole acquistare:

PIANO ASSICURATIVO	GARANZIE INCLUSE
A	"Indennità Giornaliera" "Surgical Cash"
B	"Indennità Giornaliera" "Surgical Cash" "Accertamenti Diagnostici" "Visite Specialistiche"
C	"Rimborso Spese Mediche" "Accertamenti Diagnostici" "Visite Specialistiche" "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi" "Prevenzione Check-up"
D	"Dental"

Art. 79 - Cosa prevedono le garanzie

PIANO ASSICURATIVO "A"

Garanzie Ospedaliere

A.1. Indennità Giornaliera

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

Al fine del calcolo dei giorni in caso di Ricovero, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 74.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- Istituto di Cura privato o pubblico;
- Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN.

L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" (A.2.).

Somme assicurate

L'Indennità Giornaliera assicurata è indicata nella tabella sottostante, le somme si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.

INDENNITA' GIORNALIERA (PUBBLICO E PRIVATO)	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 200 giorni
Day Hospital / Day Surgery	50% dell'Indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni

A.2. Surgical Cash

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute. L'indennizzo viene riconosciuto se l'evento avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 74.

Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo come indicato nella tabella riassuntiva di cui al seguito.

Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe.

Gli Interventi Chirurgici previsti dall'Assicurazione, sono elencati nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di". In caso di Intervento Chirurgico non specificatamente indicato nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", l'attribuzione dell'Intervento Chirurgico per il quale è richiesto l'Indennizzo sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico dell'Assicuratore, con riferimento al più simile tra gli Interventi Chirurgici elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica. In caso di più Interventi Chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennità prevista viene corrisposta dall'Assicuratore un'unica volta, nell'Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi Chirurgici, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato un'unica Indennità, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Nessuna Indennità è prevista in caso di Intervento Chirurgico non identificabile sulla base delle regole che precedono.

L'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery (A1).

Somme assicurate

Gli indennizzi per intervento chirurgico, indicati nella tabella sottostante si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



SURGICAL CASH			
Ricovero con intervento Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Indennizzo 7 classi in funzione della complessità dell'intervento		
	Classe intervento	Esempio interventi	Privato (€)
	SSN (€)		
	I	Asportazione cisti	200
	II	Adenoidectomia	400
	III	Meniscectomia (inartroscopia) (trattamento completo)	1.500
	IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000
	V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000
	VI	Artroprotesi anca	8.000
	VII	Trapianto del polmone	15.000

PIANO ASSICURATIVO “B”

Garanzie Ospedaliere

B.1. Indennità Giornaliera

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico un'Indennità Giornaliera, indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

Al fine del calcolo dei giorni in caso di Ricovero, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

L'Indennità Giornaliera viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

Le prestazioni ospedaliere devono essere erogate da:

- Istituto di Cura privato o pubblico;
- Istituto di Cura privato in regime di convenzione con il SSN.

L'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery è cumulabile con l'Indennizzo previsto dalla garanzia “Surgical Cash” (B2).

Somme assicurate

L'Indennità Giornaliera assicurata è indicata nella tabella sottostante, le somme si intendono applicate per persona e per Anno Assicurativo.

INDENNITA' GIORNALIERA (PUBBLICO E PRIVATO)	
Ricovero con / senza Intervento Chirurgico	€ 100 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento per un massimo di 200 giorni
Day Hospital / Day Surgery	50% dell'Indennità giornaliera per un massimo di 50 giorni

B.2. Surgical Cash

Questa garanzia riconosce all'Assicurato, in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale, un Indennizzo forfettario prestabilito e indipendentemente dall'ammontare delle spese eventualmente sostenute.

L'indennizzo viene riconosciuto se il Ricovero avviene dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, reso necessario da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 74.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Gli Interventi Chirurgici sono identificati e classificati in 7 classi che prevedono Indennizzi diversi a seconda della complessità dell'Intervento Chirurgico, e ad ognuno di essi è associato un Indennizzo come indicato nella tabella riassuntiva di cui al seguito.

Nel corso dell'Anno Assicurativo, per ogni singolo Assicurato, l'indennizzo massimo non potrà superare il doppio dell'Indennizzo previsto per la VII classe.

Gli Interventi Chirurgici previsti dall'Assicurazione, sono elencati nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi". Qualora sia descritta una patologia anziché una procedura chirurgica, deve sempre intendersi "intervento per" o "asportazione di". In caso di Intervento Chirurgico non specificatamente indicato nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", l'attribuzione dell'Intervento Chirurgico per il quale è richiesto l'Indennizzo sarà stabilita con criterio analogico, secondo giudizio medico dell'Assicuratore, con riferimento al più simile tra gli Interventi Chirurgici elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica. In caso di più Interventi Chirurgici, originati dalla stessa patologia ed effettuati allo stesso organo, arto o tessuto, l'Indennità prevista viene corrisposta dall'Assicuratore un'unica volta, nell'Anno Assicurativo cui il Sinistro è attribuibile.

Invece, nel caso in cui nel corso della stessa seduta operatoria vengano effettuati due o più Interventi Chirurgici, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato un'unica Indennità, prendendo come riferimento l'intervento con classe più elevata.

Nessuna Indennità è prevista in caso di Intervento Chirurgico non identificabile sulla base delle regole che precedono.

L'Indennizzo previsto dalla garanzia "Surgical Cash" è cumulabile con l'Indennità Giornaliera per Ricovero con Intervento Chirurgico o Day Surgery (B1).

Somme assicurate

Gli indennizzi per intervento chirurgico, indicati nella tabella sottostante si intendono applicati per persona e per Anno Assicurativo.

SURGICAL CASH				
Ricovero con intervento Day Surgery Intervento Chirurgico Ambulatoriale	Indennizzo 7 classi in funzione della complessità dell'intervento			
	Classe intervento	Esempio interventi	Privato (€)	SSN (€)
	I	Asportazione cisti	200	100
	II	Adenoidectomia	400	200
	III	Meniscectomia (inartroscopia) (trattamento completo)	1.500	750
	IV	Riparazione rottura cuffia rotatori della spalla	2.000	1.000
	V	Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	4.000	2.000
	VI	Artroprotesi anca	8.000	4.000
	VII	Trapianto del polmone	15.000	7.500

Garanzie Extraospedaliere

B.3. Accertamenti Diagnostici

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese relative agli Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

Sono escluse:

- ecografie di controllo della gravidanza
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe)
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Alta Diagnostica, Accertamenti, Analisi di Laboratorio)		
Massimale annuo		€ 5.000
Applicazione Scoperti	In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) In Strutture non Convenzionate (a rimborso) Ticket SSN	con applicazione di uno Scoperto del 15% con applicazione di uno Scoperto del 25% Rimborso al 100%

B.4. Visite specialistiche

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese per:

- onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio
- Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista)

effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

VISITE SPECIALISTICHE		
Massimale annuo		€ 1.000
Visite specialistiche		
Applicazione Scoperti	In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) In Strutture non Convenzionate (a rimborso) Ticket SSN	con applicazione di uno Scoperto del 15% con applicazione di uno Scoperto del 25% Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare		€ 50 al giorno (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)

PIANO ASSICURATIVO "C"

Garanzie Ospedaliere

C.1. Rimborso spese mediche

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti previsti nella tabella di cui al seguito, delle spese sanitarie effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

È compreso il parto e l'Aborto Terapeutico.

In caso di Ricovero iniziato durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa e terminato oltre il periodo di validità della stessa, l'Assicuratore riconosce entro i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, le spese:

- fino alla data di dimissione dall'Istituto di Cura;
- per prestazioni effettuate nel periodo POST Ricovero, purché le stesse siano inerenti il Ricovero stesso.

Salvo quanto normato al paragrafo precedente, le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate o Infortuni accorsi durante la validità dell'Assicurazione non sono riconosciute.

Di seguito le spese mediche comprese dalla presente garanzia:

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



1. Spese mediche per Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery e Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Vengono rimborsate, entro il limite massimo le:

SPESE PRE

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

SPESE DURANTE

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica ed ostetrica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.

SPESE POST

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché effettuati successivamente e inerenti al Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

2. Spese mediche per Parto Fisiologico, Parto Cesareo / Aborto Terapeutico

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato nella tabella di cui al seguito e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le spese per la Retta di Degenza dalla madre e per il nido.

3. Spese mediche per Chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi

In caso di:

- anisometropia superiore a 4 diottrie;
- difetto di capacità visiva per occhio pari o superiore a 5 diottrie

vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte.

Le spese vengono rimborsate entro il limite del Sub-massimale indicato nella tabella riassuntiva e senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

Nel Sub-massimale sono ricomprese anche le eventuali spese sostenute per la Retta di Degenza.

4. Spese mediche per Neonato

Vengono rimborsate le SPESE PRE, DURANTE e POST sopra descritte per il neonato, fermo il Sub-massimale indicato nella tabella di cui al seguito.

Per l'operatività della presente garanzia devono essere assicurati entrambi i genitori.

Il neonato verrà incluso nella Polizza del genitore senza pagamento di un Premio aggiuntivo, fino al compimento dell'anno di età:

- per le prestazioni ospedaliere;
- condividendo gli stessi Massimali delle prestazioni ospedaliere in essere per il genitore, fermo il Sub-massimale previsto per il neonato;
- fermi Scoperti, Franchigie e condizioni di Polizza.

Nel Sub-massimale previsti per il neonato, sono ricompresi i soli interventi per l'eliminazione o correzione di Malformazioni Congenite e Difetti Fisici effettuati entro il primo anno di età.

Alla scadenza dell'anno di età per poter beneficiare della copertura assicurativa per il neonato, se assicurabile ai termini di Polizza, dovrà essere corrisposto il relativo Premio.

I Termini di Carenze non verranno ricalcolati.

5. Indennità Sostitutiva

Con riferimento al solo Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento), compreso il parto e l'Aborto Terapeutico, qualora le prestazioni siano a totale carico del SSN, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

L'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta per:

- Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.
- permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il Ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come sopra descritte senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

L'Indennità Sostitutiva viene riconosciuta senza applicazione di Scoperti/Franchigie.

6. Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore

Vengono rimborsate le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nella tabella di cui al seguito.

Tali spese non sono riconosciute per:

- Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- chirurgia refrattiva per correzione difetti visivi.

7. Spese per il Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente.

8. Rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

9. Spese mediche per Ticket SSN ospedaliero

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione, fermi i limiti previsti.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza, salvo quanto descritto per "le spese mediche per Neonato" (4).

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Garanzie Extraospedaliere

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese relative agli Accertamenti Diagnostici (compresa amniocentesi e villocentesi in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età) effettuati dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 74.

- ecografie di controllo della gravidanza
- test genetici prenatali non invasivi (come Harmony test, Prenatal Safe)
- accertamenti finalizzati a cure odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio.

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (Alta Diagnostica, Accertamenti, Analisi di Laboratorio)	
Massimale annuo	€ 5.000
Applicazione Scoperti	
In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	con applicazione di uno Scoperto del 15%
In Strutture non Convenzionate (a rimborso)	con applicazione di uno Scoperto del 25%
Ticket SSN	Rimborso al 100%

C.3. Visite specialistiche

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese per:

- onorari medici per Visite Specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche di controllo, e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio
- Assistenza Infermieristica domiciliare (prescritta da medico curante o da medico specialista)

effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto, fermi i Termini di Carenza di cui all'articolo 82.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto/Franchigia, fermi i limiti previsti.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza.

VISITE SPECIALISTICHE	
Massimale annuo Visite specialistiche	€ 1.500
Applicazione Scoperti	
In Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	con applicazione di uno Scoperto del 15%
In Strutture non Convenzionate (a rimborso)	con applicazione di uno Scoperto del 25%
Ticket SSN	Rimborso al 100%
Assistenza infermieristica domiciliare	€ 50 al giorno (senza applicazione di Scoperti / Franchigie)

C.4. Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Questa garanzia prevede il Rimborso, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella tabella di cui al seguito, delle spese sostenute per fisioterapia e trattamenti di riabilitazione, effettuati presso Istituto di Cura o Centro Medico, da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo o Professionista fornito id laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia a seguito di Malattia o Infortunio.

Somme assicurate

I Massimali e limiti, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona o per Gruppo Familiare come specificato in Polizza

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIEDUCATIVI	
Massimale annuo	€ 1.000
	con applicazione di uno Scoperto del 15%

C.5. Prevenzione - Check Up

Questa garanzia è prevista solo per Assicurati di età pari o superiore a 30 anni al fine di monitorare le condizioni di salute.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Il pacchetto Prevenzione – Check Up dovrà essere effettuato:

- in un'unica seduta;
- una volta all'anno presso Strutture Convenzionate, attivando preventivamente il Pagamento diretto con la Centrale Operativa.

Di seguito si riportano le prestazioni incluse nel pacchetto Prevenzione – Check Up:

Donna	Uomo
Esami di laboratorio - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 - T4 - TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo Pap test Ecografia Mammaria / Mammografia (quest'ultima > 40 anni) Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore	Esami di laboratorio - Azotemia - Cloremia Sodiemia Potassiemia - Colesterolo totale (LDL e HDL) - Creatinemia - Emocromo con formula - Gamma GT - Glicemia - PCR - T3 - T4 - TSH - Transaminasi - Trigliceridi - Uricemia - Esami urine completo E. C.G. (Elettrocardiogramma) PSA (> 40 anni) Antigene HbsAG - Ab Anti HbsAG Ecografia addominale inferiore

PIANO ASSICURATIVO “D”

Dental

D.1. Dental

Questa garanzia riconosce, entro i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate” di cui al seguito, le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza di cui all'articolo 74 e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

L'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni di “Emergenza Odontoiatrica” nonché di “Prevenzione Odontoiatrica” sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) attivando preventivamente il Pagamento diretto sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico dell'Assicuratore.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dall'Assicuratore non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”.

Nel caso di utilizzo del SSN è previsto il rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”.

Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

I limiti, indicati nelle tabelle sottostanti, si intendono applicati per prestazione.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di carenza
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	€ 16,50	30 giorni
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		€ 16,50	
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12,75	
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		€ 30,00	
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe Black due pareti		€ 52,50	
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71,25	
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente		€ 90,00	
SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22,50	
SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60,00	
SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52,50	
SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82,50	
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120,00	
SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,25	
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30,00	

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di carenza
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	€ 10,00	30 giorni
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,25	
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		€ 15,00	

Art. 80 - Esclusioni

80.1 - Esclusioni valide per le garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

L'Assicurazione non è operante per:

- le Patologie preesistenti come normato all'Art. 81;
- le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta e della data d'insorgenza a

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



meno che non rientrino nella garanzia “Prevenzione – Check Up” (Art. 79 - C.5);

3. le spese per amniocentesi o villocentesi se non vi è la presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante sotto i 35 anni di età;
4. le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa (fermo comunque quanto indicato all'Art. 79, C.1, secondo capoverso);
5. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo (ad esempio: visita ginecologica, visita oculistica), a meno che non rientrino nella garanzia “Prevenzione – Check-up (Art. 79 – C.5), i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
7. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia, Trattamenti Fisioterapici (salvo se previste dal Piano Assicurativo prescelto);
8. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi (accertato o sospetta), nonché quelle effettuate per familiarità o predisposizione genetica;
9. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
10. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
11. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e sperimentale;
12. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
13. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
14. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
15. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
16. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
17. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paracadenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e “downhill” nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
18. gli Infortuni accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;
19. gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
20. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
21. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
22. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
23. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
24. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
 25. l'interruzione volontaria della gravidanza;
 26. le cure e gli accertamenti odontoiatrici e le protesi dentarie e le cure ortodontiche;
 27. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita;
 28. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
 29. i disordini alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Barietrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
 30. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Ricovero con Intervento Chirurgico e Day Surgery;
 31. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
 32. le lenti ed occhiali;
 33. i Ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
 34. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
 35. le prestazioni non specificate nelle singole garanzie.

80.2 - Esclusioni valide per la garanzia "Dental"

L'Assicurazione non è operante per:

1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
3. le cure o trattamenti medico odontoiatrici che non corrispondono alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (Art.79 - D.1);
4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
5. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
8. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
9. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



10. le estrazioni di denti decidui (da latte);
11. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile.
12. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
14. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
15. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
17. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
18. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
21. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
22. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.

Art. 81 - Patologie preesistenti

L'Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette.

Per la garanzia "Dental" le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione sono escluse solo per le prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica".

Art. 82 - Termini di Carenza

82.1 - Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese Mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

Le prestazioni saranno operanti ed effettive, salvo le esclusioni al precedente Art. 80 per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- il parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- le Malattie dipendenti da gravidanza o puerperio e l'Aborto Terapeutico: dal 60° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio in un momento successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione stessa.

Per il solo neonato che viene incluso in copertura, nella Polizza dei genitori – che devono essere entrambi assicurati - fino all'anno di età, la carenza di 30 giorni di cui sopra decorre dalla data di nascita indipendentemente dalla data d'ingresso in copertura.

Al compimento dell'anno il bambino, se assicurabile, potrà essere incluso in copertura previo versamento del relativo Premio.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con il presente Assicuratore, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa) i Termini di Carenza di cui sopra vengono calcolati dalla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, in riferimento:

- alle maggiori somme assicurate per prestazioni sanitarie già previste nella precedente copertura;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- alle prestazioni sanitarie non previste nella precedente copertura;
- alle nuove persone Assicurate.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

82.2 - Garanzia "Dental"

Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni al precedente Art. 80, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

Art. 83 - Cosa fare in caso di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa MyAssistance che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Art. 84 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che l'Assicuratore, MyAssistance e Sigma non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 85 - Denuncia di Sinistro

85.1 - Garanzie "Indennità giornaliera", "Surgical Cash", "Rimborso Spese mediche", "Accertamenti Diagnostici", "Visite Specialistiche", "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi" e "Prevenzione - Check-up".

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa MyAssistance non appena ne abbia la possibilità al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile nel sito <https://app.myassistance.eu> o tramite App dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Convenzionate, tale rimborso avverrà con l'applicazione di eventuali Scoperti e/o Franchigie previsti per le prestazioni effettuate in Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Tedesco, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

85.2 – Garanzia “Dental”

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa MyAssistance non appena ne abbia la possibilità al seguente numero per chiamate dall'Italia e dall'estero:

02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione).

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate” (Art. 79 punto D.1).

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Tedesco, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 86 - Gestione del Sinistro

86.1 - Garanzie “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite Specialistiche”, “Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi”

La richiesta di Rimborso viene gestita dalla Centrale Operativa MyAssistance entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleva l'Assicuratore stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto dell'Assicuratore a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da studio medico, da Medico specialista, da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Le prestazioni infermieristiche nonché i Trattamenti fisioterapici e Rieducativi possono essere fatturati rispettivamente da infermiere professionista le prime o da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia le seconde.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Al fine della valutazione del Sinistro, l'Assicuratore, per il tramite della Centrale Operativa MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

L'Assicuratore avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

86.2 – Garanzia “Dental”

La richiesta di Rimborso viene gestita entro 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleva l'Assicuratore stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto dell'Assicuratore a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Al fine della valutazione del Sinistro, l'Assicuratore, per il tramite della Centrale Operativa MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

L'Assicuratore avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

Art. 87 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al pagamento diretto qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, l'Assicuratore ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire all'Assicuratore stesso tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dall'Assicuratore alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, l'Assicuratore si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 88 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro

Di seguito si descrive il tipo di documentazione da inviare in caso di Sinistro, suddivisa per garanzia, da consultare quella previste dal Piano Assicurativo prescelto, come specificato in Polizza.

Garanzie ospedaliere

1. Indennità giornaliera

Al termine delle cure, l'Assicuratore riconosce all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- della Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital / Day Surgery;
- del referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.);

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite la propria area web riservata, app dedicata di MyAssistance, oppure all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle garanzie extraospedaliere, qualora previste dal Piano Assicurativo acquistato.

2. Surgical Cash

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

2.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di Intervento Chirurgico da eseguire;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato l'eventuale importo eccedente l'Indennizzo previsto dalla classe a cui l'Intervento Chirurgico viene attribuito, come riportato nell'Allegato 2 "Classificazione degli Interventi chirurgici in classi", nonché le prestazioni non garantite dal Piano Assicurativo e non autorizzate dalla Centrale Operativa.

2.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicuratore imborca all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione in fotocopia:

- della Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata dovrà essere inviata dall'Assicurato tramite area web riservata, app oppure all'indirizzo e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it

3. Rimborso Spese Mediche

L'Assicurato può:

- Richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance;
- Richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

3.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale: tipo di intervento chirurgico da eseguire;
- Ricovero senza intervento o Day Hospital: l'iter diagnostico e terapeutico;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

Restano a carico dell'Assicurato, gli importo eccedenti i Massimali, le Franchigie/Scoperti eventualmente previste in Polizza nonché le prestazioni non garantite dall'Opzione prescelta.

Le prestazioni relative a ricoveri in Istituto di Cura senza Intervento Chirurgico e senza certificazione medica per casi non giustificati dalla situazione clinica di caso acuto ("Ricoveri Impropri") verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito delle garanzie extraospedaliere.

3.2. Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o note di spesa debitamente quietanzate complete di:

- Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital, Day Surgery;
- dettagliata relazione del medico specialista attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato all'indirizzo mail sinistri.netinsurance@myassistance.it

Garanzie Extraospedaliere

4. "Accertamenti diagnostici", "Visite Specialistiche" e "Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi"

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

4.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Il Pagamento diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate (struttura sanitaria e medico devono essere entrambi convenzionati) con MyAssistance e abbia richiesto a quest'ultima con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato dovrà inviare all'indirizzo mail sinistri.netinsurance@myassistance.it la prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta con indicata la data d'insorgenza;
- tipo di prestazione (es. visita ortopedica, ecografia pelvica etc.);
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio o la Malattia (es. radiografie, referti clinici etc.).

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Restano a carico dell'Assicurato eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali.

4.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicuratore rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- prescrizione compilata dal medico curante o dallo specialista con tipo di prestazione, patologia accertata o sospetta e indicazione della data d'insorgenza; per le sole visite specialistiche è possibile inoltrare in alternativa alla prescrizione il referto del medico specialista;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.).

5. Dental

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con MyAssistance;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

5.1. Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa MyAssistance l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato all'Art. 83.

La Centrale Operativa MyAssistance prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale MyAssistance direttamente alla Struttura Convenzionata.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale MyAssistance referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

5.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista (il modulo deve essere richiesto alla Centrale Operativa MyAssistance)
- copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: rimborsi@sigmadental.it

Art. 89 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dall'Assicuratore a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

SEZIONE 6 – 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.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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. 90 - 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, considerate 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

Per collegarsi alla piattaforma occorre:

collegarsi al sito <https://netinsurance.myclinic.europassistance.it> ed accedere alla propria area personale mediante le proprie credenziali ricevute via email.

Puoi utilizzare la piattaforma solo se sei maggiorenne e se accetti le condizioni d'uso della stessa.

Prestazioni:

1. VALUTAZIONE DEI SINTOMI TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai in totale autonomia usufruire di un programma di autovalutazione che ti aiuterà a comprendere i tuoi sintomi e ti indicherà probabili cause e i possibili comportamenti da tenere. In seguito all'autovalutazione dei sintomi, l'Assicurato può approfondire il proprio stato di salute attraverso la richiesta di un Consulto Medico.

Il risultato dell'autovalutazione non è una diagnosi, quindi ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

2. CONSULTO MEDICO TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

A seguito all'autovalutazione dei sintomi, per approfondire il tuo stato di salute, potrai accedere alla tua area personale e richiedere un CONSULTO MEDICO GENERICO 24 ore su 24 ai medici della Struttura Organizzativa, attraverso chiamata vocale o videochiamata. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

Ricordati che il consulto medico a distanza non costituisce diagnosi, quindi ricordati che per una corretta valutazione del tuo stato di salute è sempre necessario consultare un medico.

3. CARTELLA SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Accedendo alla tua area personale potrai archiviare tutti i dati sulla tua salute pregressa e attuale, allegare esiti di esami e referti, inserire misurazioni dei tuoi parametri (pressione, glicemia, frequenza cardiaca, peso, temperatura) e tenere traccia dello storico, inserire i farmaci assunti.

La cartella salute è disponibile per consultare e/o scaricare i tuoi dati autonomamente e in modo sicuro in qualunque momento. Potrai inoltre completare la tua cartella salute per condividere i tuoi dati durante il consulto medico.

4. PASSAPORTO SALUTE TRAMITE PIATTAFORMA MYCLINIC

Se a seguito del consulto medico emerge la necessità di condividere i tuoi dati con un medico specialista all'estero potrai creare, dalla tua cartella salute, il tuo passaporto salute traducendo in modo automatico i tuoi dati nelle lingue disponibili.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'Istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni;
- 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)

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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 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 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 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.

ESCLUSIONI

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;**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- 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. 91 - 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.



AREA RISCHI PERSONE

B. SETTORE LAVORO

SEZIONE 7 – PERDITA IMPIEGO

La seguente Garanzia è valida se è richiamato in Polizza il relativo Indennizzo e se è stato pagato il relativo Premio

Art. 92 - Oggetto dell'Assicurazione

La Garanzia vale in caso di licenziamento per “giustificato motivo oggettivo” dell'Assicurato.

A. GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO

In caso di licenziamento per “giustificato motivo oggettivo” dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo indicato in Polizza per ogni mese di disoccupazione documentata.

In caso di Sinistro rientrante nell'oggetto dell'Assicurazione, e fermo il **periodo di Franchigia di 60 giorni**, più avanti indicato, l'Assicuratore corrisponderà all'Assicurato, un Indennizzo pari all'importo indicato in Polizza, secondo le modalità di computo dell'Indennizzo elencate nella tabella seguente, in funzione dei giorni consecutivi in cui l'Assicurato a seguito della Perdita di impiego - purché avvenuta nel corso dell'Anno assicurativo - sia rimasto in stato di disoccupazione, e sempreché l'Assicurato stesso comprovi lo status effettivo e vigente di disoccupato.

L'Indennità viene corrisposta anche nel caso di diversi licenziamenti, per un massimo **di 9 mensilità per Sinistro e per Anno assicurativo. Per ciascuna mensilità in Garanzia, l'Indennità sarà pari all'importo indicato in Polizza, con il limite di € 1.000,00.**

Modalità di computo dell'Indennizzo:	
Giorni di stato di disoccupazione successivi alla Perdita di impiego	Numero Indennità mensili rimborsate
Fino a 60	0
Da 61 a 90	1
Da 91 a 120	2
Da 121 a 150	3
Da 151 a 180	4
Da 181 a 210	5
Da 211 a 240	6
Da 241 a 270	7
Da 271 a 300	8
Oltre 300	9

Nel caso in cui l'Assicurato, successivamente al licenziamento, stipuli un nuovo contratto di lavoro subordinato o riprenda un'attività remunerata di altra natura - di durata non inferiore a 10 giorni lavorativi - l'Indennizzo non sarà più dovuto. In tal caso, qualora l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la copertura assicurativa verrà riattivata, a condizione che abbia lavorato almeno 90 giorni continuativamente presso il nuovo datore di lavoro.

L'Indennità è riconosciuta per un massimo di 18 mensilità, per ciascun Assicurato, per l'intera durata della Polizza; la copertura assicurativa cessa a seguito della liquidazione della diciottesima Indennità periodica quale cumulo di uno o più Sinistri occorsi sulla Polizza per la sua intera durata, rinnovi inclusi.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



FRANCHIGIA E CARENZA

La copertura assicurativa per l'evento di cui alla Garanzia A. PERDITA DI IMPIEGO, dovuto a "giustificato motivo oggettivo", è sottoposta ad un periodo di Franchigia assoluta di 60 giorni e ad un periodo di Carenza di 180 giorni. Qualora, dunque, il licenziamento venga notificato all'Assicurato entro 180 giorni dalla data di decorrenza, l'Indennità non verrà corrisposta.

Art. 93 - Soggetti assicurati

Sono assicurabili i soggetti che al momento del Sinistro siano Lavoratori dipendenti a tempo indeterminato del settore privato, siano assunti da almeno 180 giorni e abbiano superato il periodo di prova.

Art. 94 - Esclusioni

La Garanzia A. PERDITA DI IMPIEGO non è operante nel caso di:

1. licenziamenti dovuti a "giusta causa", giustificato motivo soggettivo, motivi disciplinari e professionali;
2. dimissioni;
3. licenziamenti tra congiunti, ascendenti e discendenti;
4. cessazioni, alla loro scadenza, dei contratti di lavoro a tempo determinato, contratti di inserimento (ex formazione lavoro), contratti di apprendistato, contratti di somministrazione lavoro (ex interinali) stagionali, temporanei e contratti di lavoro intermittente;
5. contratti di lavoro non regolati dal diritto italiano;
6. licenziamenti a seguito dell'età richiesta per il diritto al trattamento pensionistico;
7. risoluzioni del rapporto di lavoro anche consensuali avvenute a seguito di processi di riorganizzazione aziendale in base ai quali sono previsti trattamenti accompagnatori alla quiescenza;
8. messa in mobilità del Lavoratore dipendente che, nell'arco del periodo di mobilità stessa, maturi il diritto al trattamento pensionistico;
9. situazioni di disoccupazione che diano luogo alla prestazione da parte della Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria (anche in deroga), Edilizia o Straordinaria (anche in deroga);
10. licenziamento per superamento del periodo di comporta;
11. licenziamento dovuto alla carcerazione del lavoratore.

La Garanzia A. PERDITA DI IMPIEGO non è operante se:

- a. alla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- b. la perdita del posto di lavoro è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinate del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (ad esempio, contratto di formazione e lavoro, di inserimento, apprendistato, etc.) o della interruzione di un rapporto di "Lavoro a progetto";
- c. l'Assicurato non si è iscritto nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato in Italia, ad eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di "mobilità";
- d. al momento del Sinistro l'Assicurato stava svolgendo la propria normale attività lavorativa all'estero, salvo che ciò stesse avvenendo nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla Legge italiana o comunque se l'Assicurato ha un contratto non regolato dalla Legge italiana.

Art. 95 - Limiti di Indennizzo

La Garanzia assicurativa è prestata entro il limite dell'Indennizzo mensile pari all'importo indicato in Polizza. In ogni caso l'Indennità massima che l'Assicuratore corrisponderà per ogni Assicurato, nel caso di diversi licenziamenti, è pari all'ammontare di 9 mensilità per Anno assicurativo.

Art. 96 - Cosa fare in caso di Sinistro

Relativamente alla Garanzia A. PERDITA DI IMPIEGO, in caso di Sinistro, l'Assicurato dovrà avvisare in forma scritta l'Assicuratore entro 3 giorni da quando è venuto a conoscenza dello stesso.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia di Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

A tale avviso deve fare seguito la seguente documentazione:

- lettera di licenziamento del datore di lavoro ed ultime due buste paga;
- certificazione del competente Centro per l'Impiego attestante lo stato di disoccupazione dell'Assicurato, relativa ai giorni continuativi successivi alla Perdita di impiego;
- l'Assicuratore può richiedere all'Assicurato periodicamente di attestare, certificare, documentare la persistenza dello stato di disoccupazione e può procedere anche autonomamente a detta verifica;
- l'Assicurato deve consentire all'Assicuratore le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari presso il datore di lavoro ed il competente Centro per l'Impiego, sciogliendo gli stessi dal segreto professionale e dai vincoli previsti dalle norme per la tutela della riservatezza dei dati personali.

L'Assicuratore si obbliga ad utilizzare le informazioni assunte esclusivamente per l'esecuzione e l'interpretazione del contratto di Assicurazione, nel rispetto delle norme vigenti.



AREA RISCHI PATRIMONIO

C. SETTORE RESPONSABILITA' CIVILE E TUTELA LEGALE E CYBER RISK

SEZIONE 8 – RESPONSABILITA' CIVILE

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

Art. 97 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore è tenuto a pagare nel corso dell'Anno assicurativo, per ogni Sinistro in Garanzia, un importo massimo rappresentato dal Massimale indicato in Polizza.

A. GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

L'Assicuratore tiene indenne l'Assicurato e/o il suo Nucleo Familiare, per la somma che deve risarcire (capitale, interessi e spese), se **civilmente responsabili, ai sensi di Legge, di Danni involontariamente causati a terzi** per:

- morte, lesioni personali;
- distruzione o deterioramento di Cose;
- Danni ad animali;

in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi nell'ambito della **vita privata** e della **proprietà dell'Abitazione abituale o dell'abitazione saltuaria, situata nel territorio della Repubblica Italiana**, non escluso da quanto previsto dall'Art. 98 - **"Esclusioni"**, e fermo quanto riportato nell'Art. 100 - **"Persone non considerate terzi"**.

La copertura per i fatti della **vita privata opera nel mondo intero**.

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato e/o di altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare con altri soggetti, l'Assicuratore risponderà soltanto per la quota di pertinenza degli stessi, con esclusione, quindi, di quella parte di Danno che dovesse ricadere su di loro in virtù del vincolo di solidarietà.

A titolo esplicativo e non esaustivo sono garantiti i fatti di seguito elencati:

PROPRIETA' E CONDUZIONE DELL'ABITAZIONE

- a) la conduzione dell'Abitazione abituale e dell'Abitazione saltuaria nonché delle relative Pertinenze;
- b) la **proprietà dell'Abitazione abituale e relative Pertinenze**, o la proprietà dell'Abitazione Saltuaria e relative Pertinenze, **situata nel territorio della Repubblica Italiana**, comprese le parti del Fabbricato costituenti **proprietà comune di Abitazioni in Fabbricati plurifamiliari**;

sono compresi i Danni derivanti:

- dallo spargimento d'acqua, conseguente a rottura accidentale, anche se dovuta a gelo, di pluviali, grondaie, impianti idrici, igienici, di riscaldamento o al servizio di elettrodomestici;
- dalla caduta di antenne radio-televisive;
- dalla proprietà dell'Impianto fotovoltaico e/o Impianto solare termico di pertinenza dell'Abitazione;
- dalla proprietà di giardini, piante, piscine, strade private, attrezzature per giochi ed attrezzature sportive, di pertinenza dell'Abitazione;
- da caduta di neve e ghiaccio non rimossi a tempo dai Tetti e dalle coperture del Fabbricato;
- dalla conduzione di parchi alberati e giardini, strade private, marciapiedi, piani di calpestio di pertinenza del Fabbricato, aree scoperte non gravate da servitù pubblica, cortili, piazzali e piscine;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



VITA QUOTIDIANA

- c) l'uso di apparecchi domestici in genere;
- d) l'attività dei Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti), per fatti inerenti alle loro mansioni;
- e) la somministrazione di cibi e bevande che provochi intossicazione o avvelenamento degli ospiti;
- f) l'organizzazione di feste familiari o tra amici;
- g) la proprietà o l'uso di Velocipedi in genere;

TEMPO LIBERO

- h) la conduzione di camere d'albergo, di Locali di villeggiatura;
- i) la pratica di campeggio;
- j) la detenzione o l'uso autorizzato di armi e relative munizioni nel rispetto delle norme vigenti, **escluso l'impiego per la caccia e la pesca subacquea come indicato all'Art. 98 - "Esclusioni"**;
- k) la pratica di sport, l'attività di bricolage, giardinaggio, pesca e di hobby in genere;
- l) la proprietà e l'uso di imbarcazioni a vela o senza motore lunghe fino a 6,50 mt. (per esempio barche a remi);
- m) l'attività di volontariato, **escluse quelle di natura medico-infermieristica come indicato all'Art. 98 - "Esclusioni"**;

FAMIGLIA CON FIGLI

- n) il fatto di figli minori di cui i genitori debbano rispondere, anche quando sono all'estero per studio; qualora l'Assicurato sia separato o divorziato, la Garanzia è comunque operante per il fatto dei figli minori che non vivono stabilmente con lui (ad esempio i figli affidati all'altro genitore o in affidamento congiunto, anche nel caso in cui vivano prevalentemente presso l'altro genitore);
- o) la partecipazione, in qualità di genitore, agli organi collegiali scolastici ed alle attività autorizzate dalle autorità scolastiche per gite, manifestazioni sportive, manifestazioni ricreative nell'ambito del centro scolastico;
- p) l'utilizzo di appartamenti o camere in affitto, al di fuori del comune di residenza, da parte di figli studenti universitari iscritti nello stato di famiglia dell'Assicurato, al momento del Sinistro;
- q) l'attività di baby-sitter, per fatti che riguardano le loro mansioni;
- r) l'uso di ciclomotori, motoveicoli, autovetture, natanti, sia di proprietà sia di terzi, da parte di minori non aventi i requisiti di Legge per la loro guida, all'insaputa dei genitori, **a condizione che i veicoli (o natanti) siano assicurati con una specifica polizza di responsabilità civile per la circolazione**;
- s) qualora l'Assicurato si occupi temporaneamente, a titolo gratuito e di cortesia, della vigilanza dei figli minori di persone non componenti la famiglia anagrafica dell'Assicurato stesso, l'Assicurazione è estesa anche alla Responsabilità Civile dei genitori del minore. L'assicurazione è valida esclusivamente per la Responsabilità Civile derivante all'Assicurato o ai genitori del minore, ai sensi di Legge, per distruzione o deterioramento di beni fisicamente determinati e per morte o lesioni personali, involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un fatto accidentale del minore. **L'Assicurazione è limitata al periodo di vigilanza da parte dell'Assicurato - sono in ogni caso esclusi - i Danni provocati dal minore all'Assicurato. Si applicano a tali persone le norme di cui all'Art. 98 - "Esclusioni" e 100 - "Persone non considerate terzi"**.

PROPRIETA' O USO DI ANIMALI DOMESTICI

- t) la copertura opera per i Rischi derivanti da proprietà o uso di Animali domestici, salvo quanto previsto dall'Art. 98 - "Esclusioni".
Tale garanzia è valida anche per conto di persone che temporaneamente abbiano in affidamento l'animale, a titolo gratuito e con il consenso dell'Assicurato.
In caso di coesistenza di altra assicurazione di Responsabilità Civile, la Polizza per la presente Garanzia opererà a secondo rischio.

FRANCHIGIA

La Garanzia A. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA, è prestata con l'applicazione di una Franchigia di € 150,00 per ogni Sinistro a Cose.

Resta inteso che, per i casi specifici indicati nell'Art. 99 - "Condizioni particolari sempre valide ed operanti", verrà applicata la Franchigia prevista.

B. GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA'

L'Assicuratore tiene indenne l'Assicurato per la somma che deve risarcire (capitale, interessi e spese), se **civilmente responsabile** ai

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



sensi di Legge, di Danni involontariamente causati a terzi per:

- morte, lesioni personali;
- distruzione o deterioramento di Cose;
- Danni ad animali;

in conseguenza di un fatto accidentale che derivi dalla proprietà delle Abitazioni, diverse da quella abituale, situate nel territorio della Repubblica Italiana, comprese le parti del Fabbicato costituenti proprietà comune di Abitazioni in Fabbicati plurifamiliari.

Sono compresi i Danni derivanti dalla proprietà dell'Impianto fotovoltaico e/o Impianto solare termico.

Sono comprese le Pertinenze quali: dipendenze, recinzioni fisse e cancelli anche con comandi elettrici, giochi ed attrezzature sportive, piscine, parchi, alberi e strade private, purché realizzati nell'Abitazione e negli spazi ad essa adiacenti.

La Garanzia non opera per Fabbicati in rovina.

In caso di responsabilità solidale dell'Assicurato e/o di altra persona appartenente al suo Nucleo Familiare con altri soggetti, l'Assicuratore risponderà soltanto per la quota di pertinenza degli stessi, con esclusione, quindi, di quella parte di Danno che dovesse ricadere su di loro in virtù del vincolo di solidarietà.

FRANCHIGIA

La Garanzia B. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA' è prestata con l'applicazione di una Franchigia di € 150,00 per ogni Sinistro a Cose.

Resta inteso che, per i casi specifici indicati nell'Art. 99 - "Condizioni particolari sempre valide ed operanti", verrà applicata la Franchigia prevista.

Art. 98 - Esclusioni

Sono esclusi i Danni:

1. cagionati dolosamente;
2. alle Cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo ed alle Cose altrui che derivino da Incendio, Implosione, Esplosione o Scoppio, diversi da quelli previsti nell'Art. 99 - "Condizioni particolari sempre valide ed operanti" alla lettera d). Sono in ogni caso esclusi i Danni ai locali ed al Contenuto dell'Abitazione abituale in affitto; da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, tranne quanto previsto nell'Art. 97 - "Oggetto dell'Assicurazione" alle lettere g) e r);
3. da proprietà ed uso di natanti o unità naviganti diversi da quelli descritti all'Art. 97 - "Oggetto dell'Assicurazione" alla lettera l);
4. da furto;
5. derivanti dalla proprietà di Abitazioni e di altri immobili diversi da quelli assicurati;
6. derivanti dalla proprietà o uso di animali non domestici, salvo quanto previsto nell'Art. 97 - "Oggetto dell'Assicurazione" alla lettera t);
7. provocati ai terzi, se l'uso e la proprietà dell'Animale Domestico sono esercitati in violazione alle disposizioni di legge, compresi quelli derivanti da cani non iscritti all'anagrafe canina, nonché i cani per i quali l'ente locale, a seguito di segnalazione del "servizio veterinario", ha predisposto misure di prevenzione in seguito ad episodi di morsicatura, di aggressione o sulla base di criteri di rischio; sono altresì esclusi i danni conseguenti a uso professionale;
8. derivanti dalla proprietà di animali da sella;
9. derivanti dall'esercizio della caccia e della pesca subacquea;
10. verificatisi nello svolgimento di gare sportive e relativi allenamenti se sono effettuati non a carattere amatoriale o prevedano l'impiego di veicoli a motore;
11. verificatisi nella pratica del paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere;
12. causati da esercizio di attività professionali, od attività comunque retribuite, svolte dall'Assicurato e/o dal proprio Nucleo Familiare;
13. conseguenti a inadempimenti di natura contrattuale o tributaria;
14. derivanti da impiego di aeromobili;
15. derivanti da detenzione o impiego di esplosivi;
16. verificatisi in relazione alla proprietà e conduzione dello studio professionale;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



17. causati da presenza, detenzione di amianto, di prodotti di amianto o contenenti amianto o da questo derivanti;
18. derivanti da campi elettromagnetici;
19. conseguenti ad attività di volontariato di natura medico-infermieristica;
20. conseguenti a:
 - inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo diverso da quanto previsto nell'Art. 99 - "Condizioni particolari sempre valide ed operanti" alla lettera g);
 - deviazione, alterazione, interruzione, impoverimento di sorgenti, corsi d'acqua, falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto si trovi nel sottosuolo, suscettibile di sfruttamento;
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, macchine acceleratrici) ovvero da produzione, detenzione ed uso di sostanze radioattive;
21. a Cose dei Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby sitter);
22. verso i Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby sitter) non in regola con le normative di Legge;
23. causati dai Collaboratori addetti ai servizi domestici (compresi badanti e baby sitter) non in regola con le normative di Legge;
24. derivanti dall'esecuzione in proprio di lavori di Manutenzione straordinaria;
25. derivanti unicamente da umidità, stillicidio ed in genere da insalubrità dei locali;
26. derivanti dalla violazione intenzionale di Leggi e regolamenti relativi alla proprietà, detenzione ed uso di armi per difesa, tiro a segno, tiro a volo e simili;
27. limitatamente alla proprietà, da spargimento d'acqua diverso da quello conseguente a rotture accidentali di tubazioni, condutture o impianti idrici ed igienici;
28. da rigurgito o traboccamento della rete fognaria pubblica.

Art. 99 - Condizioni particolari sempre valide ed operanti

- a) Sono compresi in Garanzia i **Danni fisici involontariamente causati, nello svolgimento delle loro mansioni, ai Collaboratori addetti ai servizi domestici** (compresi badanti e baby-sitter), **sino alla concorrenza del 50% del Massimale indicato in Polizza;**
- b) è compresa l'**attività di baby-sitter** se è svolta dai genitori (nonni materni o paterni) o dai fratelli e sorelle dell'Assicurato; la presente copertura è estesa alla **loro personale responsabilità;**
- c) **i figli minori dell'Assicurato** sono considerati terzi fra di loro quando **accidentalmente** fratello o sorella si causino una lesione corporale da cui derivi un'**Invalità permanente**; **l'Indennizzo è prestato fino a € 50.000,00 per Sinistro e per Anno assicurativo, e con l'applicazione di una Franchigia di € 1.500,00 per Sinistro. Non rientrano nella copertura le spese sanitarie sostenute a seguito delle lesioni subite.** La Garanzia deroga quanto riportato nel successivo Art. 100 - "Persone non considerate terzi".
- d) è compresa la **Responsabilità Civile dell'Assicurato** per i **Danni materiali e diretti causati alle Cose di terzi da Incendio, Implosione, Esplosione e Scoppio** che derivino:
 - dalla proprietà dell'Abitazione abituale e delle Abitazioni saltuarie e dei relativi Contenuti;
 - dalla conduzione dell'Abitazione abituale, delle Abitazioni saltuarie e dei Locali di Villeggiatura, inclusi i Danni ai locali stessi ed al relativo Contenuto se di terzi;
 - dall'utilizzo di camere d'albergo e dalla pratica di campeggio svolta all'interno di camping regolarmente autorizzati.Tale condizione particolare opera sia per la **Garanzia A. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA** sia per la **Garanzia B. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA'.**
Per questi Danni la Garanzia è prestata fino a concorrenza dell'importo di € 500.000,00 per Sinistro e per Anno assicurativo;
- e) è compresa la **Responsabilità Civile dell'Assicurato** da **interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività, conseguenti a Sinistri indennizzabili in base alla presente copertura; per questi Danni, resta a carico dell'Assicurato, uno Scoperto pari al 10% con il minimo di € 500,00 per Sinistro; il limite dell'Indennizzo, per Sinistro e per Anno assicurativo, è pari a € 50.000,00.**
Tale condizione particolare opera sia per la **Garanzia A. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA** sia per la **Garanzia B. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA';**
- f) è compresa la **Responsabilità Civile dell'Assicurato** quale committente dei lavori di **Manutenzione ordinaria e/o Manutenzione Straordinaria dell'Abitazione, ad esclusione dei lavori che espongono i lavoratori a rischi di caduta**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



dall'alto da altezza superiore a 2 mt o a rischi di seppellimento o sprofondamento a profondità superiore a 1,5 mt o a rischi di lavori in pozzi, purché siano stati designati i responsabili dei lavori quando e come previsto dalle Leggi in vigore (compreso il D.Lgs. n. 81/2008 e successive eventuali modificazioni o integrazioni).

La presente Garanzia risulta subordinata ai seguenti requisiti essenziali:

- designazione dei responsabili della sicurezza sui luoghi di lavoro (responsabile del servizio di prevenzione e protezione previsto dal D.Lgs. n. 81/2008);
- i predetti responsabili siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dalle Leggi vigenti ed assicurati al momento del Sinistro con valida copertura assicurativa per la Responsabilità Civile dell'attività;
- le imprese esecutrici dei lavori siano regolarmente iscritte all'Albo di categoria ed assicurate al momento del Sinistro con valida copertura assicurativa per la Responsabilità Civile dell'attività.

Tale condizione particolare opera sia per la Garanzia A. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA sia per la Garanzia B. RESPONSABILITA' CIVILE DELLA PROPRIETA';

- g) sono compresi i Danni conseguenti a inquinamento accidentale dell'acqua e/o del suolo provocati da sostanze di qualunque natura emesse o fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti e condutture. **Il limite di Indennizzo per Sinistro e per Anno assicurativo è pari a € 50.000,00;**
- h) sono compresi i Danni derivanti dall'uso di animali da sella, non di proprietà degli Assicurati.

FRANCHIGIA

Le Garanzie sono prestate con l'applicazione di una Franchigia di € 150,00 per ogni Sinistro a Cose.

Resta inteso che, per i casi specifici indicati in questo paragrafo, verrà applicata la Franchigia prevista.

Art. 100 - Persone non considerate terzi

Non sono considerati terzi il coniuge, i genitori dell'Assicurato, i genitori del coniuge, i figli dell'Assicurato, il convivente di fatto, l'unito civilmente, le persone iscritte nello stato di famiglia dell'Assicurato, e qualsiasi altro parente od affine con lui convivente.

A parziale deroga di quanto sopra, i genitori ed i figli con anagrafico di stato di famiglia residenti e domiciliati in porzione indipendente del Fabbricato dell'Assicurato, sono considerati terzi limitatamente ai danni materiali da spargimento di liquidi e da Incendio, Esplosione e Scoppio di cose dell'Assicurato.

Art. 101 - Massimale

Il Massimale indicato in Polizza per singolo Sinistro deve intendersi anche quale massima esposizione dell'Assicuratore per uno o più Sinistri avvenuti nello stesso Anno Assicurativo.

I Massimali di un Anno Assicurativo non si cumulano in nessun caso con quelli di un precedente o successivo Anno Assicurativo, né in conseguenze di proroghe, rinnovi o sostituzioni di contratto, né per il cumularsi dei Premi pagati o da pagare.

In caso di evento che interessi contemporaneamente più Garanzie, l'esposizione massima dell'Assicuratore non potrà essere comunque superiore al Massimale per Sinistro e per Anno Assicurativo indicato in Polizza.

Le Garanzie sono prestate fino a concorrenza per ciascun Sinistro, del Massimale convenuto, qualunque sia il numero delle persone che abbiano riportato lesioni corporali o abbiano sofferto Danni a Cose ed animali di loro proprietà.

I Massimali relativi alle Garanzie stabilite in Polizza per Sinistro e per Anno Assicurativo, costituiscono il massimo esborso a carico dell'Assicuratore anche nel caso di corresponsabilità di più Assicurati fra di loro.

Art. 102 - Cosa fare in caso di Sinistro

L'Assicurato deve avvisare in forma scritta l'Assicuratore, entro 3 giorni da quando è venuto a conoscenza del Sinistro, (come indicato dall'Art. 1913 c.c.) comunicando la descrizione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome dei danneggiati e, possibilmente, dei testimoni nonché la data, il luogo e le cause del Sinistro. Deve, inoltre, far seguire, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al Sinistro, adoperandosi alla raccolta degli elementi per la difesa, astenendosi in ogni caso da qualsiasi valutazione inerente la propria responsabilità.

Il mancato rispetto degli obblighi sopra indicati può determinare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 c.c.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 103 - Gestione delle vertenze

L'Assicuratore assume fino a quando ne ha interesse, a nome dell'Assicurato, la gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale ed amministrativa, designando ove occorra legali o tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

L'Assicurato è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze ed a comparire personalmente in giudizio, ove la procedura lo richieda.

L'Assicurato deve trasmettere all'Assicuratore l'atto di citazione o qualunque atto giudiziario ricevuto in notificazione entro il termine di 10 giorni dal ricevimento unitamente a tutti i documenti e gli elementi utili per la gestione della Controversia e per la predisposizione delle difese tecnico giuridiche.

Nel caso in cui l'Assicurato non adempia a tali oneri o incorra comunque nelle decadenze previste dalla Legge, l'Assicuratore si riserva il diritto di non gestire la vertenza a nome dell'Assicurato, al quale verranno restituiti tutti gli atti ed i documenti.

Sono a carico dell'Assicuratore le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari ad un quarto del Massimale stabilito in Polizza per il Danno cui si riferisce la domanda risarcitoria.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto Massimale, le spese verranno ripartite fra l'Assicuratore e l'Assicurato in proporzione al rispettivo interesse. **L'Assicuratore non riconosce spese incontrate dall'Assicurato per i legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende o delle spese di giustizia penale.**

SEZIONE 9 – TUTELA LEGALE E CYBER RISK

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

Premessa

L'Assicuratore per la gestione e liquidazione dei Sinistri di Tutela legale e Cyber risk si avvale di:

ARAG SE

Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (di seguito denominata ARAG)

Viale del Commercio n.59 - 37135 Verona

Principali riferimenti:

Telefono centralino: 045.8290411,

fax per invio nuove denunce di Sinistro: 045.8290557,

mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it,

fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro 045.8290449

alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Art. 104 - Oggetto dell'Assicurazione

1. L'Assicuratore garantisce le spese legali, le spese peritali, le spese di giustizia, processuali e di indagine non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi, **nei casi indicati nella presente Polizza.** Sono garantite le spese per l'intervento di un **unico Avvocato** per ogni grado di giudizio e le eventuali spese di soccombenza poste a carico dell'Assicurato. Sono inoltre garantite le spese legali anche quando la vertenza venga trattata mediante convenzione di negoziazione assistita o tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione. Sono infine riconosciute le spese dell'organismo di mediazione, nei casi di mediazione obbligatoria, e le spese dell'arbitro eventualmente sostenute dall'Assicurato.
2. **Le operazioni di esecuzione forzata vengono garantite nel limite di 2 (due) tentativi per Sinistro.**
3. **Le spese per la proposizione della querela sono riconosciute solamente qualora sia instaurato un procedimento penale nel quale la controparte sia rinviata a giudizio.**
4. **Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti quota lite conclusi tra l'Assicurato e l'Avvocato.**
5. **Sono escluse le indennità di trasferta e, nel caso in cui sia necessaria la domiciliazione, ogni duplicazione di onorari.**
6. **L'Assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al Sinistro, al Premio e/o alla Polizza.**
7. **L'Assicuratore e/o ARAG non si assume il pagamento:**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- di multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;
- delle spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali.

Art. 105 - Insorgenza del Sinistro

1. Ai fini della presente Assicurazione, per **insorgenza del Sinistro** si intende la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come:
 - il Danno o presunto Danno extracontrattuale subito o causato dall'Assicurato;
 - la violazione o presunta violazione del contratto;
 - la violazione o la presunta violazione della norma di legge;
 - il deposito del ricorso o dell'istanza all'Autorità giudiziaria per gli atti di volontaria giurisdizione.In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, per il momento di insorgenza del Sinistro si fa riferimento alla data del verificarsi del primo evento dannoso.
2. La prestazione assicurativa viene garantita per i Sinistri che siano insorti:
 - durante il periodo di effetto dell'Assicurazione, se si tratta di Danno o presunto Danno extracontrattuale causato o subito dall'Assicurato o di violazione o presunta violazione della norma di legge penale o amministrativa;
 - trascorsi 2 (due) anni dalla data di effetto dell'Assicurazione, per il deposito del ricorso o dell'istanza all'Autorità giudiziaria per gli atti di volontaria giurisdizione;
 - trascorsi 3 (tre) mesi dalla data di effetto dell'Assicurazione, in tutte le restanti ipotesi.
3. Qualora la presente Polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una Polizza precedente di Tutela legale, la Carenza dei 3 (tre) mesi non opera per tutte le prestazioni già previste con la Polizza precedente, mentre si intende operante a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con la presente Assicurazione. Sarà pertanto onere del Contraente, in sede di denuncia di Sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una Polizza precedente di Tutela legale.
4. Si considerano come **unico Sinistro**, a tutti gli effetti, uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti. La data di insorgenza corrisponde a quella del primo evento dannoso.
5. In caso di pluralità di Assicurati coinvolti in un unico Sinistro, la prestazione viene garantita con un unico Massimale per Sinistro che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dagli oneri da ciascuno sopportati. Se al momento della definizione del Sinistro il Massimale per Sinistro risulta non esaurito, il residuo viene ripartito in parti uguali tra gli Assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese di cui all'Art. 104- Oggetto dell'assicurazione.

Art. 106 - Termini di denuncia del Sinistro e fornitura dei mezzi di prova

1. L'Assicurato rendendosi Parte diligente del contratto deve immediatamente denunciare all'Assicuratore e/o ARAG qualsiasi Sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, e in ogni caso nel rispetto del termine di prescrizione dei diritti derivanti dalla presente Assicurazione.
2. La denuncia del Sinistro deve pervenire all'Assicuratore e/o ARAG nel termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione dell'Assicurazione. Qualora la presente Polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una Polizza precedente dell'Assicuratore, il termine di denuncia dei Sinistri decorre per tutte le Polizze dalla data di scadenza della Polizza più recente.
3. L'Assicurato deve informare l'Assicuratore e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del Sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti, l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.
4. In mancanza, l'Assicuratore e/o ARAG non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del Sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Art. 107 - Gestione del Sinistro

1. Ricevuta la denuncia, previa valutazione della copertura assicurativa e delle possibilità di far valere con successo le ragioni dell'Assicurato, ARAG gestisce la trattazione stragiudiziale della vertenza al fine di realizzarne il bonario componimento. ARAG si riserva di demandare ad Avvocati di propria scelta la gestione stragiudiziale anche avanti ad organismi di mediazione.
2. Ove il tentativo di definizione stragiudiziale o la mediazione non riescano, l'Assicurato comunica ad ARAG gli elementi

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



probatori e/o le argomentazioni su cui fondare l'azione o la resistenza in giudizio al fine di permettere ad ARAG di valutare le possibilità di successo. Qualora tale valutazione abbia esito positivo, la gestione della vertenza viene affidata all'Avvocato scelto nei termini dell'Art. 108 – Libera scelta del legale per la fase giudiziale

3. In sede penale la difesa viene affidata direttamente all'Avvocato scelto nei termini dell'Art. 108 - Libera scelta del legale per la fase giudiziale
4. La prestazione assicurativa viene garantita anche per ogni grado successivo di procedimento qualora l'impugnazione presenti possibilità di successo.
5. In ogni caso la copertura delle spese legali per la Transazione della vertenza, per l'instaurazione o la costituzione in giudizio e per la copertura delle spese per il Consulente Tecnico di Parte devono essere preventivamente confermate da ARAG.
6. ARAG non è responsabile dell'operato dei Consulenti Tecnici.

Art. 108 - Libera scelta del legale per la fase giudiziale

1. L'Assicurato, limitatamente alla fase giudiziale e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, ha il diritto di scegliere liberamente l'Avvocato cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto all'Albo degli Avvocati dell'Ufficio Giudiziario competente per la vertenza oppure del luogo di residenza dell'Assicurato. In quest'ultimo caso, se necessario, ARAG indica il nominativo del domiciliatario.
2. L'Assicurato deve in ogni caso conferire regolare mandato per la gestione della vertenza o per la difesa penale all'Avvocato così individuato.
3. L'Assicuratore e/o ARAG non sono responsabili dell'operato degli Avvocati.

Art. 109 - Disaccordo con l'Assicuratore e conflitto di interesse

1. In caso di disaccordo in merito alla gestione del Sinistro tra l'Assicurato e Net Insurance S.p.A. e/o ARAG, la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. In via alternativa è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.
2. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

Art. 110 - Recupero di somme anticipate da ARAG

1. Spettano ad ARAG, se anticipati, gli onorari e le spese rimborsati all'Assicurato dalla controparte a seguito di provvedimento giudiziale o di Transazione.
2. In tutti i casi in cui sia stata pagata una somma prevista dall'Art. 104 - Oggetto dell'Assicurazione, ARAG si riserva la facoltà di esercitare il diritto di surrogazione del terzo.

Art. 111 - Estensione territoriale

Le prestazioni valgono per i Sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trovi nei territori di seguito indicati:

- nei paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera e Liechtenstein, per la difesa penale, per la richiesta di risarcimento danni a terzi, per la resistenza alla richiesta di risarcimento di natura extracontrattuale avanzate da terzi; per le vertenze contrattuali in relazione alla vita privata e per la chiamata in causa della Compagnia di assicurazione di Responsabilità Civile;
- nella Repubblica Italiana, per le altre Controversie in Garanzia.

Per le vertenze contrattuali con i fornitori relative all'utilizzo del web e social e media, le prestazioni valgono per i Sinistri che siano insorti in tutto il Mondo sempreché l'Ufficio Giudiziario competente si trovi in uno dei paesi dell'Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera e Liechtenstein.

Art. 112 - Assicurati

1. Le prestazioni di cui all'Art. 104 - Oggetto dell'Assicurazione vengono garantite a tutela dei diritti dei soggetti Assicurati di seguito identificati:
 - il Contraente;
 - il coniuge o partner convivente del Contraente;
 - i componenti del suo Nucleo Familiare risultante dal certificato di stato di famiglia.
2. Nel caso di vertenze fra Assicurati con la stessa Polizza le prestazioni vengono garantite unicamente a favore

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



del Contraente.

A. GARANZIA TUTELA LEGALE VITA PRIVATA ED IMMOBILE

Art. 113 - Ambito di operatività e prestazioni garantite

Le Garanzie vengono prestate all'Assicurato:

- nell'ambito della vita privata,
 - in veste di proprietario dell'Abitazione abituale e delle Abitazioni saltuarie ed in veste di conduttore dell'Abitazione abituale, delle Abitazioni saltuarie e dei Locali di villeggiatura, purché direttamente utilizzate dall'Assicurato ad uso esclusivamente abitativo, nei seguenti casi:
1. **Difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni**, compresi i casi di applicazione della pena su richiesta delle parti ex Art. 444 c.p. (c.d. patteggiamento), oblazione, remissione di querela, prescrizione, archiviazione, amnistia ed indulto. La Garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.
 2. **Richiesta di risarcimento Danni**. L'esercizio di pretese al risarcimento di danni di natura extracontrattuale a persone e/o Cose subiti per fatti illeciti di terzi.
 3. **Vertenze in materia di locazione o diritto di proprietà e altri diritti reali, delle unità immobiliari, costituenti l'Abitazione abituale e l'Abitazione saltuaria dell'Assicurato**.
 4. **Pedoni, ciclisti e trasportati. Richiesta di risarcimento Danni di natura extracontrattuale per fatti illeciti di terzi a seguito di incidenti stradali** nei quali le persone assicurate siano rimaste coinvolte come pedoni, oppure come conducenti di biciclette o infine come trasportati di veicoli a motore privati o pubblici.
 5. Vertenze relative a rapporti di lavoro con Collaboratori domestici regolarmente assunti.

Le Garanzie vengono prestate al Contraente/Assicurato **nell'ambito della vita privata, anche in relazione agli Animali domestici di proprietà degli Assicurati, nei seguenti casi:**

6. **Difesa in procedimenti penali per delitti colposi o contravvenzioni**, comprese i casi di applicazione della pena su richiesta delle parti ex Art. 444 c.p. (c.d. patteggiamento), oblazione, remissione di querela, prescrizione, archiviazione, amnistia ed indulto. La Garanzia è operante anche prima della formulazione ufficiale della notizia di reato.
7. **Resistenza alla richiesta di risarcimento Danni**. Resistere a pretese risarcitorie per danni extracontrattuali cagionati a terzi, ove, ai sensi dell'Art. 1917 Cod.Civ., risultino adempiuti gli obblighi della Compagnia di assicurazione di Responsabilità Civile.

L'Assicurazione è prestata per un Massimale di € 15.000,00 per Sinistro e di € 80.000,00 per Anno Assicurativo.

B. GARANZIA TUTELA LEGALE CYBER RISK

Art. 114 - Ambito di operatività e prestazioni garantite

Le prestazioni vengono fornite agli Assicurati **esclusivamente quali utenti web e di Social e Media Network**, nei seguenti casi:

1. **Richiesta di risarcimento Danni extracontrattuali subiti per reati di terzi commessi tramite l'utilizzo del web**, compresa la richiesta di modificare o rimuovere la pubblicazione lesiva dei diritti dell'Assicurato su pagine web e su Social e Media Network. **L'attivazione della prestazione è subordinata all'instaurazione di un procedimento penale nel quale il responsabile sia rinviato a giudizio.**
2. **Difesa penale per reati commessi tramite l'utilizzo del web**. Per i **reati dolosi la Garanzia opera in caso di assoluzione passata in giudicato o di derubricazione del reato da doloso a colposo o di archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto come reato. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.**

Gli Assicurati hanno l'obbligo di denunciare il Sinistro nel momento in cui viene notificato il primo atto di indagine penale a loro carico. ARAG provvede al rimborso delle spese di difesa sostenute, in seguito al passaggio in giudicato della sentenza.

Nel caso in cui il giudizio riaperto dopo una precedente archiviazione si concluda con sentenza definitiva diversa da assoluzione o da derubricazione del reato da doloso a colposo, **ARAG richiederà all'Assicurato il rimborso di tutti gli oneri eventualmente anticipati per la difesa in ogni grado di giudizio.**

3. **Controversie contrattuali per Acquisti via web** di beni e servizi su portali di e-commerce (commercio elettronico), **successivi alla data di effetto della presente Polizza, purché il valore in lite sia superiore ad € 200,00 (duecento).**
4. **Controversie contrattuali con il fornitore del servizio di connessione**, anche qualora i contratti non vengano stipulati

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



mediante l'utilizzo del web purché il valore in lite sia superiore ad € 200,00 (duecento).

Le prestazioni di cui sopra operano per i Sinistri insorti in tutto il Mondo sempreché il Foro competente si trovi in paesi o territori indicati all'Art. 111 - Estensione territoriale.

L'Assicurazione è prestata per un Massimale di € 15.000,00 per Sinistro e di € 80.000,00 per Anno Assicurativo.

Art. 115 - Esclusioni operanti per la Sezione 9 – TUTELA LEGALE E CIBER RISK

Salvo quanto diversamente previsto, le prestazioni non sono valide per Sinistri relativi:

- a) al diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
- b) alla materia fiscale, tributaria, amministrativa o previdenziale;
- c) a fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- d) ad attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato;
- e) a fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- f) ai diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva o relativi a turbativa d'asta, concorrenza sleale o normativa antitrust, o relativi a compravendite di quote societarie o a vertenze tra amministratori e/o soci;
- g) al pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- h) a vertenze derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli, anche qualora viaggino su tracciato veicolato o su funi metalliche, di aeromobili, di imbarcazioni da diporto, di navi da diporto e di natanti da diporto (ai sensi dall'Art. 3 del D. Lgs. 171/2005). Le prestazioni non sono valide anche per Sinistri occorsi in occasione dell'uso professionale dei mezzi assicurati;
- i) a fatti dolosi delle persone assicurate;
- j) a fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
- k) per Controversie connesse alla circolazione stradale;
- l) alla violazione della normativa relativa al divieto di guida sotto l'effetto di alcool o di sostanze stupefacenti o della normativa inerente l'omissione di fermata e assistenza;
- m) a fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni automobilistiche/motociclistiche/motonautiche e relative prove;
- n) a fatti derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- o) all'esercizio di qualsiasi attività di lavoro autonomo, dipendente, professionale o imprenditoriale svolta dall'Assicurato o da cariche sociali rivestite dallo stesso, anche a titolo gratuito, presso Enti pubblici o privati;
- p) a immobili o parte di essi non costituenti l'Abitazione abituale o l'Abitazione saltuaria - direttamente utilizzata - dell'Assicurato;
- q) per controversie derivanti da prestazioni mediche aventi finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- r) alla compravendita, permuta di immobili e alla loro costruzione ex novo, e a contratti di appalto, fornitura e posa in opera di materiali;
- s) a casi di adesione a class action;
- t) a casi di difesa penale per reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nell'ambito professionale;
- u) alla difesa penale per abuso di minori;
- v) a vertenze con l'Assicuratore;
- w) le Controversie contrattuali, salvo quanto previsto all'Art. 114 punti 3 e 4.

Sono escluse dalla Garanzia A. Tutela Legale Vita Privata ed Immobile le prestazioni di cui alla Garanzia B. Cyber Risk.

Sono, inoltre, escluse dalla Garanzia B. Cyber risk:

- x) in relazione all'Art. 114 punto 2, le Controversie aventi ad oggetto contenuto pornografico, pedopornografico,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



violento, discriminatorio o che violi la dignità umana;

y) in relazione all'Art. 114 punto 3, si specifica inoltre che sono esclusi dall'operatività della Garanzia nell'ambito dell'e-commerce, gli acquisti relativi a:

1. animali e vegetali;
2. Gioielli e/o beni preziosi, oggetti d'arte, argenteria;
3. oggetti intangibili con valore monetario come a titolo di esempio: azioni, obbligazioni, titoli, denaro, assegni, bonds, certificati statali, francobolli, travellers cheques, biglietti per eventi di vario genere (esclusi i biglietti di viaggio);
4. beni deperibili, cibo e bevande, medicinali, armi;
5. materiale digitale scaricato on-line;
6. oggetti per uso industriale;
7. beni non consegnati per cause imputabili a disservizi del vettore (es. corrieri, servizio postale);
8. acquisti effettuati tramite aste on-line;
9. veicoli a motore e natanti;
10. beni non nuovi.

AREA RISCHI PATRIMONIO D. SETTORE DANNI

NORME COMUNI ALLE COPERTURE DEL SETTORE DANNI

Art. 116 - Procedura per la valutazione del Danno

L'ammontare del Danno è concordato dall'Assicuratore, o da persona da questa incaricata, con il Contraente o con una persona da lui designata. Alternativamente le Parti, di comune accordo, possono nominare due periti, uno per Parte, con apposito atto unico.

I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro ed anche prima su richiesta di uno di essi.

Il terzo perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza. Ciascun perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.

Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine anche su istanza di una sola delle Parti sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto.

Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio perito, quelle del terzo perito 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 e successive modifiche, avanti ad organismo di mediazione abilitato.

Art. 117 - Mandato ai periti

I periti devono:

- a) indagare su circostanze, natura, causa e modalità del Sinistro;
- b) verificare che le descrizioni e le dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali siano esatte e riferire se al momento del Sinistro esistevano circostanze non comunicate che avrebbero mutato il Rischio, e verificare se l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi previsti cui all'Artt. 122, 131, 142 e 150 - **"Cosa fare in caso di Sinistro"**;
- c) verificare l'esistenza, la qualità e la quantità dei beni assicurati e le caratteristiche dell'Abitazione assicurata, determinando il valore che avevano al momento del Sinistro secondo i criteri indicati agli Artt. 115 e 124 - **"Determinazione dell'ammontare del Danno"**; verificare esistenza, qualità e quantità delle Cose assicurate alle partite colpite secondo i criteri di valutazione di cui agli Artt. 151 - **"Determinazione dell'ammontare del Danno per i Danni diretti All risk"** e 152 - **"Determinazione dell'ammontare del Danno per i Danni indiretti"**;
- d) procedere alla stima ed alla liquidazione del Danno e delle spese in conformità delle disposizioni contrattuali.

Nel caso di procedura per la valutazione del Danno effettuata ai sensi dell'Art. 116 - **"Procedura per la valutazione del Danno"**, se

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



nominato un collegio peritale, i risultati delle loro operazioni devono essere raccolti in apposito verbale, allegando le stime dettagliate. Il verbale deve essere redatto in doppia copia, una per ognuna delle Parti.

I risultati delle valutazioni di cui alle lettere c. e d. del presente articolo, sono obbligatori per le Parti, le quali rinunciano ad impugnarle, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali. Le Parti hanno invece sempre diritto ad azioni o eccezioni inerenti l'indennizzabilità del Danno.

La perizia collegiale è valida anche se un perito si rifiuta di sottoscriverla; il rifiuto deve essere riportato dagli altri periti nel verbale definitivo di perizia.

I periti non sono tenuti ad osservare alcuna formalità giudiziaria.

Art. 118 - Esagerazione dolosa del Danno

In relazione all'Area Rischi Patrimonio, l'Assicurato che aumenta volutamente l'ammontare del Danno, dichiara distrutti e/o rubati beni che non esistevano al momento del Sinistro, occulta, sottrae o manomette beni salvati e/o non rubati, attraverso mezzi e/o documenti falsi o fraudolenti, modifica le tracce ed i residui del Sinistro o lo aggrava, od altera gli indizi materiali del reato in caso di furto, rapina, estorsione o Scippo, perde il diritto all'Indennizzo.

SEZIONE 10 – INCENDIO

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

A. GARANZIA FABBRICATO

B. GARANZIA CONTENUTO

Art. 119 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore indennizza i Danni materiali subiti direttamente dai beni assicurati, indicati in Polizza, anche di proprietà altrui ed anche se causati da colpa grave del Contraente o dell'Assicurato, a seguito degli eventi sotto riportati.

Fermo quanto riportato dall'Art. 120 - "Esclusioni", sono garantiti gli eventi di seguito elencati:

1. INCENDIO. FULMINE, IMPLOSIONE E SCOPPIO

Incendio, fulmine, Implosione e Scoppio, compresi quelli verificatisi all'esterno dell'Abitazione;

2. FENOMENO ELETTRICO

fenomeno elettrico, correnti o scariche causati da qualsiasi motivo (es. scarica da fulmine o variazioni di tensione sulla rete elettrica, etc.) subiti da macchine ed impianti elettrici ed elettronici, apparecchi e circuiti compresi, al servizio dell'Abitazione, compreso il relativo Contenuto.

Per il fenomeno elettrico è previsto un limite di Indennizzo per Anno assicurativo di € 3.000,00; l'Assicurato, inoltre, per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00.

Sono esclusi i Danni:

- a) **alle lampadine elettriche, alle valvole termoioniche, alle resistenze scoperte ed ai fusibili;**
- b) **causati da usura, manomissione, difetti di materiali, mancata manutenzione;**
- c) **derivanti da operazioni di montaggio, prova o manutenzione;**
- d) **dovuti a difetti noti al Contraente o all'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza;**
- e) **ai trasformatori elettrici e generatori di corrente posti all'aperto ed all'esterno dell'Abitazione;**

3. EVENTI ATMOSFERICI

eventi atmosferici quali: uragano, bufera, tempesta, vento e Cose da esso trascinate, sollevate, trasportate o abbattute, grandine, tromba d'aria, **a condizione che gli effetti siano riscontrabili su più beni in zona, assicurati e non.** Se l'evento atmosferico provoca rotture, breccie o lesioni alla copertura, alle pareti esterne o ai Serramenti, sono compresi gli eventuali Danni di bagnamento all'interno dell'Abitazione ed al Contenuto della stessa.

Per i Danni derivanti da eventi atmosferici è previsto un limite di Indennizzo pari all'80% del Capitale assicurato risultante nella Polizza per ogni bene assicurato (Fabbricato e/o Contenuto). L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00.

Per i Danni provocati dalla grandine ai Serramenti, vetrate e lucernari in genere, Lastre e manufatti in

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



fibrocemento e/o materia plastica è previsto un limite di Indennizzo di € 5.000,00 per Sinistro e per Anno assicurativo. L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00.

Sono esclusi i Danni causati da:

- a) straripamento di corsi o specchi d'acqua naturali o artificiali;
- b) mareggiate e penetrazione di acqua marina, cedimento o franamento del terreno ancorché verificatisi a seguito di eventi atmosferici sopra descritti;
- c) formazione di ruscelli, allagamento, accumulo esterno d'acqua, rottura o rigurgito dei sistemi di scarico;
- d) sovraccarico neve tranne quanto disciplinato al punto 4. del presente articolo;
- e) gelo, valanghe o slavine, insufficiente deflusso dell'acqua piovana;
- f) umidità, stillicidio, trasudamento e infiltrazione;

ed anche i Danni subiti da:

- g) Fabbricati in plastica o aperti da uno o più lati o incompleti nelle chiusure o nei Serramenti e relative Contenuto;
- h) insegne, antenne, cavi aerei, e simili installazioni esterne;
- i) tettoie e tende esterne;
- j) Cose all'aperto, ad eccezione di: serbatoi, recinzioni, cancelli ed impianti fissi per natura e destinazione;
- k) alberi, cespugli, coltivazioni floreali ed agricole in genere;

4. SOVRACCARICO NEVE

sovraccarico neve, compresi gli eventuali Danni di bagnamento all'interno dell'Abitazione ed al Contenuto della stessa, purché avvenuti a seguito di crollo totale o parziale del Tetto o delle pareti esterne per effetto del peso della neve.

In nessun caso l'Assicuratore indennizzerà, per uno o più Sinistri che avvengano nel corso dell'Anno assicurativo, una somma superiore al 50% del Capitale assicurato ed il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione, per singolo Sinistro, dello Scoperto del 10% con il minimo di € 2.500,00 per il Fabbricato e di € 500,00 per il Contenuto.

Sono esclusi i Danni:

- a) causati da valanghe e slavine;
- b) causati da gelo, anche se conseguente all'evento coperto dalla presente Polizza;
- c) alle Abitazioni non conformi alle Leggi ed ad eventuali disposizioni locali relative ai carichi e sovraccarichi neve vigenti all'epoca della costruzione, ricostruzione o per mancata ristrutturazione obbligatoria del Tetto;
- d) all'Abitazione in costruzione o in ristrutturazione, a meno che i lavori siano influenti ai fini di questa Garanzia, ed al suo Contenuto;
- e) a tegole, camini, antenne, tende esterne, lucernari, vetrate e Serramenti e all'impermeabilizzazione, a meno che il loro danneggiamento sia causato da crollo totale o parziale del Tetto o delle pareti;

5. ATTI VANDALICI DOLOSI E SABOTAGGIO

atti vandalici dolosi e sabotaggio anche in conseguenza di tumulto popolare, sciopero, sommossa.

Per i Danni derivanti da atti vandalici è previsto un limite di Indennizzo pari all'80% del Capitale assicurato risultante nella Polizza per ogni bene assicurato (Fabbricato e/o Contenuto). L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00.

Sono esclusi i Danni:

- da furto, rapina, consumati o tentati, smarrimento, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere;
- da imbrattamento dei muri esterni dell'Abitazione e delle sue dipendenze;
- avvenuti durante occupazione non militare che duri più di 5 giorni consecutivi, diversi da Incendio, Esplosione o Scoppio, Implosione, caduta di aeromobili, loro parti o Cose da essi trasportate;
- verificatisi nel corso di confisca, sequestro, requisizione dei beni assicurati per ordine di qualunque autorità, di diritto o di fatto, od in occasione di serrata;
- da terrorismo;

6. ESPLOSIONE

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Esplosione anche provocata da sostanze od ordigni esplosivi;

7. URTO VEICOLI

urto di veicoli stradali o di natanti non appartenenti all'Assicurato o Contraente, né al suo servizio in transito sulle aree che non siano di loro esclusiva pertinenza, anche quando non vi sia sviluppo di Incendio;

8. FUMO, GAS E VAPORI

fumo, gas e vapori fuoriusciti dagli impianti dell'Abitazione, per la produzione di calore, a seguito di guasto. La copertura opera solo per gli impianti collegati con adeguate condutture ad appositi camini.

Sono esclusi i Danni determinati da usura, corrosione, difetti di materiale o carenza di manutenzione;

9. CADUTA AEROMOBILI

caduta di aeromobili, loro parti o Cose da questi trasportate, compresi i Danni causati da caduta di satelliti e meteoriti;

10. ONDA SONICA

onda di pressione, urto o bang sonico, provocati dal superamento della velocità del suono da parte di aeromobili od oggetti in genere;

11. ACQUA CONDOTTA

fuoriuscita di acqua condotta, a seguito di rottura accidentale di:

- pluviali e grondaie;
- impianti idrici ed igienico-sanitari, di riscaldamento e condizionamento installati nell'Abitazione.

Sono esclusi i Danni:

- a) da umidità, stillicidio, insalubrità dei locali;
- b) da gelo nel caso in cui l'Abitazione sia adibita a dimora non abituale;
- c) conseguenti a gelo dovuti a rottura di tubazioni o condutture, interrate o installate all'esterno del Fabbricato;
- d) da usura, corrosione, difetti di materiali o carenza di manutenzione;
- e) derivanti da occlusione di fognature o rigurgito delle stesse;
- f) provocati da colaggi o Rotture degli impianti automatici di estinzione;
- g) causati da rottura di tubi di gomma e di Tubi interrati.

Per i Danni derivanti da fuoriuscita di acqua condotta l'Assicuratore non pagherà, per Anno assicurativo e per uno o più Sinistri, una somma superiore a € 5.000,00. L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00;

12. TRABOCCAMENTO ACQUA

fuoriuscita di acqua a seguito di traboccamento degli impianti idrici, igienico-sanitari, di riscaldamento o di condizionamento, per occlusione delle relative tubazioni, il tutto se al servizio del Fabbricato, del maggior immobile di cui forma eventualmente parte o di Fabbricati contigui.

Sono esclusi:

- a) i Danni derivanti da rigurgito delle fognature;
- b) le spese di demolizione e ripristino di parti del Fabbricato e di impianti, sostenute allo scopo di ricercare ed eliminare l'occlusione che ha dato origine allo spargimento di acqua.

Per i Danni derivanti da fuoriuscita di acqua a seguito di traboccamento, l'Assicuratore non pagherà, per Anno assicurativo e per uno o più Sinistri, una somma superiore a € 5.000,00. L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00;

13. FUORIUSCITA ACQUA DA APPARECCHIATURE DOMESTICHE

- fuoriuscita di acqua a seguito di rottura delle apparecchiature domestiche, compresi i relativi raccordi metallici e in PVC, con esclusione di quelli realizzati, in tutto o in parte, in gomma.

Per i Danni derivanti da fuoriuscita di acqua a seguito di rottura delle apparecchiature domestiche, l'Assicuratore non pagherà, per Anno assicurativo, per uno o più Sinistri, una somma superiore a € 5.000,00. L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



L'Assicuratore indennizza inoltre, nel rispetto dei Capitali assicurati, quando conseguenti agli eventi previsti in Polizza:

14. GUASTI PER IMPEDIRE O ARRESTARE L'INCENDIO

i guasti causati ai beni assicurati allo scopo di impedire o arrestare l'Incendio e le spese di salvataggio previste dall'Art. 1914 c.c.;

15. SPESE DEMOLIZIONE E SGOMBERO

le spese necessarie per demolire, sgomberare, trattare e trasportare alla discarica idonea più vicina i residui del Sinistro indennizzabile, **esclusi materiali tossici e nocivi; la Garanzia è prestata sino alla concorrenza del 10% dell'Indennizzo pagabile a termini di Polizza per i Danni all'Abitazione e al suo Contenuto;**

16. SPESE ALBERGHIERE

le spese di ospitalità alberghiera per il tempo necessario alla riparazione dei Danni che derivino dal mancato godimento dell'Abitazione qualora, a seguito del Sinistro indennizzabile, l'Abitazione assicurata non sia agibile.

Il limite d'Indennizzo per questa Garanzia è di € 2.500,00 per Sinistro e per Anno assicurativo;

17. SPESE STRAORDINARIE

le spese straordinarie, in caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza che determini l'inagibilità totale dell'Abitazione assicurata. **Saranno rimborsate, fino alla concorrenza di € 5.000,00** le seguenti voci di spesa:

- a) le spese straordinarie documentate e ragionevolmente sostenute dall'Assicurato per onorari di progettisti, consulenti e periti resi necessarie a supporto della ricostruzione o del ripristino dei beni distrutti o danneggiati, nei limiti delle tariffe stabilite dagli ordini professionali di categoria;
- b) le spese straordinarie documentate e ragionevolmente sostenute dall'Assicurato per rimuovere, trasportare e ricollocare (comprese quelle di montaggio e smontaggio) le Cose mobili assicurate non colpite da Sinistro o parzialmente danneggiate, **esclusivamente nel caso in cui la loro rimozione sia indispensabile per eseguire la riparazione del Fabbricato danneggiato;**
- c) le spese documentate e ragionevolmente sostenute dall'Assicurato per l'affitto di un locale destinato a deposito delle Cose mobili assicurate non colpite da Sinistro o parzialmente danneggiate, **esclusivamente nel caso in cui la loro rimozione sia indispensabile per eseguire la riparazione del Fabbricato danneggiato;**
- d) i costi e oneri di urbanizzazione che dovessero comunque gravare sull'Assicurato e/o che lo stesso dovesse pagare a qualsiasi Ente o Autorità Pubblica in caso di ricostruzione del Fabbricato, in base alle disposizioni di Legge in vigore al momento della ricostruzione.

Relativamente alle spese di cui ai punti a), b) e c), è condizione essenziale che tali spese vengano effettuate nei 60 giorni successivi all'autorizzazione dell'Assicuratore e dell'Autorità Giudiziaria alla rimozione dei residui del Sinistro;

18. SPESE PERITALI

le spese peritali, in caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza; verranno rimborsate le spese ed onorari del perito che l'Assicurato avrà scelto e nominato in conformità a quanto stabilito dall'Art. 116 - "Procedura per la valutazione del Danno", **fino alla concorrenza dell'importo di € 5.000,00;**

19. RICERCA E RIPARAZIONE DEL GUASTO

le spese per la ricerca e la riparazione dei guasti che hanno causato la rottura accidentale di pluviali, di grondaie, di impianti idrici ed igienici, con conseguente fuoriuscita di acqua condotta, purché il Danno da acqua sia indennizzabile in base al punto 11. e purché sia stata acquistata la **Garanzia A. INCENDIO DEL FABBRICATO.**

Si rimborsano le spese sostenute per ricercare, riparare o sostituire le parti di condutture e relativi raccordi nei muri e nei pavimenti che hanno dato origine allo spargimento d'acqua, comprese le spese per demolire o ripristinare il muro o i pavimenti.

Per tale Garanzia l'Assicuratore non pagherà, per Anno assicurativo e per uno o più Sinistri, una somma superiore a € 3.000,00. L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00;

20. PERDITA PIGIONI

la perdita delle pigioni relative al Fabbricato rimasto danneggiato per il periodo necessario al suo ripristino, con un **massimo di 3 mensilità per Sinistro e per un importo complessivo non superiore ad € 3.000,00, previa detrazione di una Franchigia di € 150,00, per ciascun Sinistro.**

Sono esclusi i Danni causati da ritardi nel ripristino di locali danneggiati, anche se dovuti a cause eccezionali, o

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



da ritardi di locazione od occupazione dei locali ripristinati;

21. ROTTURA LASTRE

le spese sostenute per la sostituzione di Lastre con altre nuove uguali o equivalenti per caratteristiche - compresi i costi di trasporto ed installazione, **con esclusione di qualsiasi altra spesa e Danno indiretto** - la cui rottura sia stata causata da eventi accidentali non altrimenti previsti in altra Garanzia del presente articolo.

Sono esclusi i Danni:

- a) **alle Lastre che costituiscono parte integrante di apparecchiature elettrodomestiche od elettroniche;**
- b) **derivanti da operazioni di trasloco, da rimozione o da lavori sulle Lastre o sui mobili, Infissi, supporti, sostegni o cornici su cui le stesse sono collocate;**

non costituiscono rotture indennizzabili a termine della presente Garanzia le scheggiature e le rigature.

Per i Danni derivanti da rottura di Lastre, l'Assicuratore non pagherà, per Anno assicurativo, per uno o più Sinistri, una somma superiore ad € 3.000,00. L'Assicurato inoltre per ogni Sinistro terrà a suo carico una Franchigia di € 300,00; senza applicazione della regola proporzionale di cui all'Art. 1907 c.c..

ESTENSIONI DI GARANZIA

a) RICORSO TERZI

L'Assicuratore si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, **fino alla concorrenza del 25% del Capitale assicurato, per il bene Fabbricato con il massimo di € 300.000,00 delle somme che egli sia tenuto a corrispondere per capitale, interessi e spese** - quale civilmente responsabile ai sensi di Legge - per Danni materiali e diretti cagionati alle Cose di terzi da Incendio, Esplosione, Scoppio non causato da ordigni esplosivi e indennizzabile a termini di Polizza.

L'Assicurazione non comprende i Danni:

- **a Cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo;**
- **di qualsiasi natura conseguenti ad inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo.**

L'Assicurato deve immediatamente informare l'Assicuratore delle procedure civili o penali promosse contro di lui, fornendo tutti i documenti e le prove utili alla difesa e l'Assicuratore avrà facoltà di assumere la direzione della causa e la difesa dell'Assicurato.

L'Assicurato deve astenersi da qualunque Transazione o riconoscimento della propria responsabilità senza il consenso dell'Assicuratore.

Non sono comunque considerati terzi:

- **il coniuge, i genitori, i genitori del coniuge, i figli dell'Assicurato nonché ogni altra persona stabilmente convivente con l'Assicurato;**
- **quando l'Assicurato non sia una persona fisica: il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al punto precedente;**
- **le società le quali, rispetto all'Assicurato che non sia una persona fisica, siano qualificabili come controllanti, controllate o collegate, ai sensi dell'Art. 2359 c.c., nonché gli amministratori delle medesime.**

b) ANTICIPO INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione del Sinistro, **il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere pagato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del Sinistro stesso e che l'Indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno € 30.000,00.**

L'obbligazione dell'Assicuratore sarà in essere trascorsi 60 giorni dalla data di denuncia del Sinistro, sempreché siano trascorsi almeno 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo ed è condizionata al rispetto da parte del Contraente o dell'Assicurato degli obblighi previsti in caso di Sinistro (Art. 122 - **"Cosa fare in caso di Sinistro"**).

Nel caso il Danno interessi il Fabbricato, la determinazione dell'acconto di cui sopra è effettuata senza tenere conto del Valore a Nuovo.

Trascorsi 90 giorni dal pagamento dell'Indennizzo relativo al valore che le Cose avevano al momento del Sinistro, l'Assicurato potrà tuttavia ottenere un solo anticipo sul supplemento di Indennizzo spettante in base al Valore a Nuovo, che sarà determinato in relazione allo stato di avanzamento dei lavori al momento della richiesta.

c) CONTENUTO

Se è stato assicurato il Contenuto dell'Abitazione, l'Assicurazione è estesa:

- agli **oggetti portati temporaneamente fuori dall'Abitazione**, nei locali occupati dall'Assicurato o dai suoi familiari durante il periodo di villeggiatura, è previsto un **limite d'Indennizzo di € 2.500,00 per Sinistro e per Anno assicurativo;**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- al Contenuto delle dipendenze il limite previsto è pari al 10% del Capitale assicurato per la Garanzia B. Contenuto.

C. GARANZIA RISCHIO LOCATIVO

L'Assicuratore, nei casi di responsabilità dell'Assicurato a termini degli artt. 1588, 1589 e 1611 c.c., indennizza, secondo le condizioni di Polizza e con le norme che regolano il Sinistro per la SEZIONE 8 - INCENDIO, i Danni materiali direttamente cagionati da Incendio, Esplosione, Scoppio e fumo, anche se causati con colpa grave dell'Assicurato, ai locali tenuti in locazione dallo stesso.

L'Indennizzo verrà corrisposto tenendo conto dello stato di conservazione, d'uso e di ogni altra circostanza concomitante.

Il Capitale assicurato comprende anche le migliorie, addizioni e trasformazioni apportate dall'Assicurato le cui spese di ricostruzione o ripristino debbano essere dallo stesso sostenute.

In questo caso se il Danno risulterà superiore al 30% del Valore a Nuovo del Fabbricato l'Assicuratore pagherà il solo valore del materiale danneggiato o distrutto; la restante parte sarà corrisposta previo benestare del proprietario ed a riparazione o ricostruzione avvenuta.

Nei termini sopra indicati, oltre al Contraente, sono assicurati i componenti della propria famiglia anagrafica risultanti dal certificato di stato di famiglia.

Salvo il caso di dolo, l'Assicuratore rinuncia alla rivalsa verso l'Assicurato.

Art. 120 - Esclusioni

Ferme le esclusioni previste nelle singole Garanzie, sono esclusi i Danni:

- causati da atti di guerra, insurrezione, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato, di occupazione militare, di invasione (salvo quanto previsto all'Art. 119 - "Oggetto dell'Assicurazione" al punto 5. - atti vandalici dolosi e sabotaggio);
- commessi con dolo del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti legali o dei soci a responsabilità illimitata;
- causati da terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, mareggiate, inondazioni, alluvioni, allagamenti;
- di smarrimento, furto, rapina, estorsione o imputabili a qualsiasi ammanco dei beni assicurati, avvenuti in occasione degli eventi coperti dall'Assicurazione;
- alla macchina od all'impianto nel quale si sia verificato uno Scoppio o Implosione se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetto di materiale;
- da gelo e acqua condotta (salvo quanto previsto all'Art. 119 - "Oggetto dell'Assicurazione" al punto 11. - fuoriuscita di acqua condotta);
- subiti dagli alimenti in refrigerazione per effetto di mancata od anormale produzione o distribuzione del freddo o di fuoriuscita del fluido frigorigeno, anche se conseguenti ad eventi per i quali è prestata l'Assicurazione;
- conseguenti ad Esplosione che derivi dalla detenzione illegale di sostanze o ordigni esplosivi conosciuta dal Contraente o dall'Assicurato;
- indiretti, tranne quelli indicati all'Art. 119 - "Oggetto dell'Assicurazione";
- causati da Esplosione o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure causati da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- da umidità, stillicidio, trasudamento, infiltrazione;
- da cedimento, franamento o smottamento del terreno;
- a veicoli a motore soggetti ad immatricolazione e l'eventuale attrezzatura oggetto di contratto di leasing

Art. 121 - Operatività della Garanzia

L'Assicurazione è operante a condizione che l'Abitazione e il Contenuto siano ubicati in Fabbricati aventi caratteristiche costruttive di qualunque tipologia, ma costruiti con materiali prevalentemente Incombustibili.

L'Abitazione deve, inoltre, trovarsi in un edificio destinato per almeno i tre quarti della superficie complessiva ad abitazioni civili, uffici, alberghi, scuole o luoghi di culto.

Eventuali deroghe alle condizioni di operatività di cui sopra devono essere indicate in Polizza.

L'Assicurazione vale per i Fabbricati in costruzione solo per il primo Anno Assicurativo e comunque limitatamente alla partita Fabbricato ed esclusivamente per i danni di cui all'Art. 119.1 "Incendio, fulmine, implosione e scoppio".

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 122 - Cosa fare in caso di Sinistro

L'Assicurato deve, in caso di Sinistro:

- a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il Danno;
- b) avvisare l'Assicuratore entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'Art. 1913 c.c.;
- c) presentare tempestivamente denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo per i fatti di rilevanza penale; nella denuncia dovrà essere indicato: il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta e l'entità approssimativa del Danno, indicando Net Insurance S.p.A. come Assicuratore dei beni danneggiati, distrutti o sottratti. La copia della denuncia dovrà poi essere trasmessa all'Assicuratore;
- d) fornire all'Assicuratore una distinta particolareggiata dei beni distrutti, danneggiati o sottratti, con l'indicazione del rispettivo valore entro i 5 giorni successivi all'avviso, se contiene informazioni diverse da quelle già fornite nell'avviso di Sinistro.

Se l'Assicurato o il Contraente non rispetta uno degli obblighi indicati alle lettere a) e/o b), può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'Indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 c.c.

Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui alla lettera a. sono a carico dell'Assicuratore come indicato all'Art. 1914 c.c..

L'Assicurato deve altresì:

- e) conservare le tracce ed i residui del Sinistro, fino a quando il perito incaricato dall'Assicuratore abbia effettuato il sopralluogo per stimare il Danno. Se non viene richiesto il sopralluogo le tracce ed i residui del Sinistro devono essere conservati fino a quando l'Assicuratore liquida il Danno, senza, per questo, avere diritto ad alcuna Indennità;
- f) predisporre un elenco dettagliato dei Danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore dei beni distrutti, sottratti o danneggiati, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato degli altri beni assicurati esistenti al momento del Sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento (scontrini, fatture, registri, conti, etc.) che possa essere richiesto dall'Assicuratore o dai periti ai fini delle loro indagini e verifiche da effettuare anche presso terzi.

Art. 123 - Determinazione dell'ammontare del Danno

È indennizzato:

A. il Fabbricato

L'Assicurazione è prestata nella forma a Primo Rischio assoluto, cioè sino alla concorrenza del Capitale assicurato, senza applicazione della regola proporzionale prevista dall'Art. 1907 c.c.

L'Assicuratore rimborsa le spese di ricostruzione a Nuovo delle parti distrutte o danneggiate entro i limiti dei Capitali assicurati e con il massimo del doppio del Valore Commerciale delle stesse al momento del Sinistro, dedotto il valore dei residui, senza tener conto del grado di vetustà, stato di conservazione ed uso, tipo di costruzione, ed escludendo il valore del terreno.

Le spese di ricostruzione devono essere riferite al preesistente tipo e genere dell'Abitazione, pertanto le eventuali migliorie sono a carico del Contraente;

B. il Contenuto (Abitazione e dipendenze)

L'Assicurazione è prestata nella forma a Primo Rischio assoluto, cioè sino alla concorrenza del Capitale assicurato, senza applicazione della regola proporzionale prevista dall'Art. 1907 c.c.

La liquidazione viene effettuata, entro i limiti del Capitale assicurato, in base al Valore Commerciale che avevano le Cose danneggiate o distrutte al momento del Sinistro.

Nel caso di collezioni, parzialmente danneggiate, è riconosciuto soltanto il valore dei singoli pezzi, senza tenere conto del conseguente deprezzamento subito dalla collezione stessa.

Art. 124 - Limite massimo di Indennizzo

Salvo il caso previsto dall'Art. 1914 c.c. relativo alle spese di salvataggio, per nessun titolo l'Assicuratore potrà essere tenuto a pagare somma maggiore di quella assicurata per Sinistro e per Anno assicurativo.

Art. 125 - Clausola di vincolo

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



La presente clausola è operante se è stata indicata in Polizza la Banca vincolataria. La Garanzia A. INCENDIO DEL FABBRICATO si intende vincolata a favore del soggetto creditore per il mutuo ipotecario, per cui in caso di Sinistro, non sarà fatto luogo al pagamento dell'Indennizzo all'Assicurato senza il preventivo consenso ed il concorso dell'Istituto Mutuante il quale, quando lo chiederà, avrà senz'altro diritto, per patto espresso, a riscuotere l'Indennizzo stesso imputandolo a totale o parziale estinzione del suo credito. Nel caso di mancato pagamento del Premio da parte dell'Assicurato, l'Assicuratore ne darà comunicazione inviando l'avviso del Premio scaduto al suddetto Istituto Mutuante il quale potrà provvedere al relativo versamento. Similmente non potranno aver luogo diminuzione di somme assicurate, storno o disdetta del contratto, senza il consenso del suddetto Istituto Mutuante.

SEZIONE 11 – TERREMOTO ED ALLUVIONE

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

A. GARANZIA TERREMOTO

Art. 126 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore indennizza, nei limiti delle somme rispettivamente indicate in Polizza per le singole partite assicurate, i danni materiali e diretti – compresi quelli di Incendio, Esplosione, Scoppio - alle cose assicurate causati da Terremoto, purché il Fabbricato assicurato si trovi in un'area individuata tra quelle interessate dal Terremoto nei provvedimenti assunti dalle Autorità competenti.

Agli effetti della presente Garanzia le scosse registrate nelle 168 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico ed i relativi danni sono considerati pertanto un singolo sinistro, purché avvenuti nel periodo di assicurazione.

La Garanzia è prestata sino alla concorrenza dell'80% della somma assicurata per i Danni al Fabbricato e sino alla concorrenza del 90% della somma assicurata per i Danni al Contenuto.

L'indennizzo verrà corrisposto previa detrazione di una Franchigia pari al 10% della somma assicurata per i Danni al Fabbricato e/o al Contenuto.

B. GARANZIA ALLUVIONE

Art. 127 - Inondazione, Alluvione e Allagamento da evento atmosferico (Flash flood)

L'Assicuratore indennizza, nei limiti delle somme rispettivamente indicate in Polizza per le singole partite assicurate, i danni materiali e diretti - compresi quelli di incendio, esplosione, scoppio - causati alle cose assicurate da:

- alluvioni o inondazioni, ovvero fuoriuscita d'acqua e quanto da essa trasportato, dalle usuali sponde di corsi d'acqua e/o di bacini naturali od artificiali, anche se provocata da Terremoto, franamento, cedimento o smottamento del terreno, purché riscontrabile su una pluralità di beni assicurati e non assicurati posti nelle vicinanze.
- allagamento, ovvero rapido accumulo di acqua causato da un eccesso di precipitazioni atmosferiche in un breve lasso temporale (Flash flood), dovuto all'impossibilità del suolo di drenare e/o assorbire l'acqua, verificatosi all'interno del Fabbricato.

Agli effetti della presente garanzia i danni verificati da Alluvione / Inondazione sono considerati parte di un unico Sinistro se si sono verificati nelle 504 ore successive ad un medesimo evento che ha dato luogo al Sinistro indennizzabile.

La garanzia è prestata sino alla concorrenza dell'80% della Somma assicurata per i Danni al Fabbricato e sino alla concorrenza del 90% della Somma assicurata per i Danni al Contenuto.

L'indennizzo verrà corrisposto previa detrazione di una Franchigia pari al 10% della Somma assicurata per i Danni al Fabbricato e/o al Contenuto.

Art. 128 - Danni consequenziali

Relativamente a tutte le Garanzie, l'Assicuratore in caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, rimborsa, **fino alla concorrenza del 10% dell'Indennizzo pagabile a termini di Polizza per i Danni al Fabbricato e al suo Contenuto, con il limite massimo di € 10.000,00**, le spese supplementari sostenute per :

- demolire, sgomberare, trasportare, trattare e smaltire alla più vicina e idonea discarica o a quella imposta dall'Autorità i

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



residui del Sinistro;

- rimuovere, depositare e ricollocare, se assicurato, il Contenuto quando ciò si rende necessario per il ripristino dei locali danneggiati occupati dal Contraente/Assicurato **con il limite massimo di € 5.000,00 per evento;**
- soggiornare in albergo o alloggiare in altra abitazione se i locali assicurati risultino inagibili in conseguenza di un Sinistro indennizzabile ai termini di Polizza, per il tempo necessario al ripristino dei locali danneggiati occupati dal Contraente/Assicurato, **con il limite giornaliero di spesa di € 150,00 e per un massimo di 30 giorni.**

Art. 129 – Esclusioni

Relativamente a tutte le Garanzie, l'Assicuratore non indennizza i danni:

1. verificatisi in occasione di atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, salvo che il Contraente/Assicurato provi che il Sinistro non ebbe alcun rapporto con tali eventi, nonché i danni causati da atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato;
2. causati da esplosione, emanazione di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, anche se i fenomeni medesimi risultassero originati da Terremoto, Inondazione, Alluvione, Allagamento;
3. causati da eruzione vulcanica, da maremoto, tsunami, onde anomale, maree, frane, cedimento o smottamento del terreno, valanghe e slavine anche se conseguenti a Terremoto;
4. causati da eventi atmosferici, quali uragano, bufera, tempesta, vento e cose da esso trascinate, sollevate, trasportate o abbattute, grandine, tromba d'aria;
5. avvenuti a seguito di rotture, brecce o lesioni provocate al tetto, alle pareti od ai serramenti dal vento o dalla grandine;
6. causati da umidità, stillicidio, trasudamento, infiltrazione;
7. causati da sovraccarico neve o fenomeno elettrico;
8. causati da mancata od anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica o idraulica, salvo che tali circostanze siano connesse al diretto effetto del Terremoto/Inondazione/alluvione/allagamento sulle cose assicurate;
9. subiti dagli alimenti in refrigerazione per effetto di mancata od anormale produzione o distribuzione del freddo o di fuoriuscita del fluido frigorigeno, anche se conseguenti ad eventi per i quali è prestata l'Assicurazione;
10. da furto, smarrimento, rapina, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere;
11. causati a fabbricati considerati abusivi ai sensi delle leggi vigenti in materia edilizia;
12. per ritardi nel ripristino dei locali danneggiati dovuti a cause eccezionali o per qualsiasi ritardo di occupazione dei locali ripristinati;
13. determinati da dolo dell'Assicurato o del Contraente;
14. a macchine ed impianti elettrici ed elettronici, apparecchi e circuiti compresi, causati da sbalzi di corrente o scariche elettriche (fenomeno elettrico) anche se conseguenti a eventi per i quali è prestata la copertura;
15. subiti da alberi, piante, prati e coltivazioni agricole;
16. indiretti, quali cambiamenti di costruzione, mancanza di locazione di godimento o di reddito commerciale o industriale, sospensione di lavoro o qualsiasi danno che non riguardi la materialità delle cose assicurate;
17. causati da inquinamento e/o contaminazione da materiale chimico e/o biologico;
18. Danni consequenziali ai beni assicurati che non siano direttamente causati dall'azione del Terremoto/Inondazione/alluvione/allagamento, quali ad esempio lo sviluppo di fumo gas e vapori o mancata distribuzione di energia elettrica, termica ed idraulica;
19. a enti mobili all'aperto quali capannoni pressostatici, tendostrutture e tensostrutture;
20. ai Fabbricati non conformi alle caratteristiche costruttive ed alle condizioni di operatività indicate al successivo Art. 130 – “Condizioni di operatività della garanzia: stato d'uso del Fabbricato”;
21. riguardanti: Gioielli, Preziosi, Valori, veicoli soggetti a immatricolazione e l'eventuale attrezzatura oggetto di contratto di leasing.

Inoltre relativamente alla garanzia Inondazione, Alluvione ed Allagamento da evento atmosferico, l'Assicuratore non indennizza i danni:

22. causati da mareggiata, marea, maremoto, umidità, trasudamento, guasto o rottura degli impianti automatici di

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



estinzione;

23. a enti mobili all'aperto;
24. alle cose assicurate che si trovino ad altezza inferiore a 12 cm dal pavimento per i piani interrati;
25. i danni causati da gelo, disgelo, umidità anche di risalita, stillicidio, infiltrazioni;
26. causati da intasamento, traboccamento, rottura o rigurgito di grondaie, pluviali o altri sistemi di scarico, quali fognature, qualora non direttamente correlati all'evento;
27. a Fabbricati costruiti in aree golenali.

Art. 130 – Condizioni di operatività della garanzia: stato d'uso del Fabbricato.

L'Assicurazione è operante a condizione che il Fabbricato o i Fabbricati, di cui fanno parte i locali la cui ubicazione è indicata in Polizza e le eventuali Pertinenze:

- siano ubicati sul territorio italiano;
- siano destinati ad uso abitativo per almeno due terzi della loro superficie complessiva, compresi eventuali locali comunicanti adibiti a studio professionale;
- siano in buone condizioni di statica, manutenzione e conservazione.

L'Assicurazione non è operante per i Fabbricati:

- che siano in fase di costruzione, ristrutturazione in fase di ampliamento o rifacimento;
- considerati abusivi ai sensi delle vigenti norme di legge in materia urbanistico-edilizia;
- costruiti in assenza delle necessarie autorizzazioni edificatorie in base alla normativa vigente in materia urbanistica nonché quelli dichiarati inagibili con provvedimento dell'Autorità al momento della sottoscrizione della presente Polizza;
- non conformi alle norme tecniche di legge e ad eventuali disposizioni locali relative alle costruzioni in zona sismica alla data di costruzione degli stessi;
- che presentano interesse artistico, storico, archeologico o etnografico oppure quelli che, a causa del loro riferimento con la storia politica, militare, della letteratura, dell'arte e della cultura in genere, siano stati riconosciuti di interesse particolarmente importante e come tali abbiano formato oggetto di notificazione, in forma amministrativa, del Ministero per i beni culturali ed ambientali e pertanto soggetti alla disciplina della Legge 1 Giugno 1939 n° 1089 ed eventuali successive modifiche o integrazioni.
- posseduti da associazioni, società, imprese, istituti e enti pubblici con la sola eccezione delle società immobiliari di capitali e dei trust.

Art. 131 - Cosa fare in caso di Sinistro

L'Assicurato deve, in caso di Sinistro:

- a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il Danno;
- b) avvisare l'Assicuratore entro 10 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'art. 1913 c.c.;
- c) presentare tempestivamente denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo; nella denuncia dovrà essere indicato: il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta e l'entità approssimativa del Danno, indicando Net Insurance S.p.A. come Assicuratore dei beni danneggiati o distrutti. La copia della denuncia dovrà poi essere trasmessa all'Assicuratore;
- d) fornire all'Assicuratore una distinta particolareggiata dei beni danneggiati o distrutti, entro i 15 giorni successivi all'avviso, se contiene informazioni diverse da quelle già fornite nell'avviso di Sinistro.

Se l'Assicurato o il Contraente non rispetta uno degli obblighi indicati alle lettere a) e/o b), può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.

Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui alla lettera a) sono a carico dell'Assicuratore come indicato all'art. 1914 c.c.

L'Assicurato deve altresì:

- e) conservare le tracce ed i residui del Sinistro, fino a quando il perito incaricato dall'Assicuratore abbia effettuato

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



il sopralluogo per stimare il Danno. Se non viene richiesto il sopralluogo le tracce ed i residui del Sinistro devono essere conservati fino a quando l'Assicuratore liquida il Danno, senza, per questo, avere diritto ad alcuna Indennità;

- f) predisporre un elenco dettagliato dei Danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore dei beni distrutti o danneggiati, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato degli altri beni assicurati esistenti al momento del Sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento (scontrini, fatture, registri, conti, etc.) che possa essere richiesto dall'Assicuratore o dai periti ai fini delle loro indagini e verifiche da effettuare anche presso terzi.

Art. 132 – Valore delle cose assicurate

A. Fabbricato

L'attribuzione del valore che il Fabbricato assicurato – illeso, danneggiato o distrutto – aveva al momento del Sinistro, si determina stimando a Valore a Nuovo i costi necessari per l'integrale ricostruzione di tutto il Fabbricato assicurato, deducendo il valore dei recuperi ed escludendo soltanto il valore dell'area.

Le spese di ricostruzione devono essere riferite al preesistente tipo e genere dell'Abitazione, pertanto le eventuali migliorie sono a carico del Contraente.

L'Assicurazione si intende prestata nella forma a Primo Rischio Assoluto.

B. Contenuto

Per il Contenuto, la liquidazione viene effettuata, entro i limiti della somma assicurata, in base al Valore Commerciale che avevano le cose danneggiate o distrutte al momento del Sinistro.

Nel caso di collezioni, parzialmente danneggiate, è riconosciuto soltanto il valore dei singoli pezzi, senza tenere conto del conseguente deprezzamento subito dalla collezione stessa.

L'Assicurazione si intende prestata nella forma a Primo Rischio Assoluto.

Art. 133 - Determinazione dell'ammontare del Danno

La determinazione del Danno viene effettuata separatamente per ogni partita assicurata e in base agli eventuali sottolimiti indicati in Polizza.

Relativamente alla partita Fabbricato, il diritto al pagamento dell'Indennizzo a Valore a Nuovo è vincolato alla riparazione o ricostruzione del Fabbricato nello stesso luogo o in altra area del territorio nazionale, entro 12 mesi dalla data del verbale definitivo di perizia o dell'atto di liquidazione, salvo comprovata impossibilità non imputabile all'Assicurato e sempre che non ne derivi un aggravio all'Assicuratore.

Se ciò non avviene, l'Assicuratore limita l'Indennizzo al valore delle cose al momento del Sinistro, cioè al netto del deprezzamento stabilito in relazione al grado di vetustà, allo stato di conservazione, al modo di costruzione, all'ubicazione, alla destinazione, all'uso e ad ogni altra circostanza concomitante.

Il pagamento dell'Indennizzo a Valore a Nuovo, verrà corrisposto comunque, nell'ambito del limite di Indennizzo previsto dall'Assicurazione, anche qualora l'Assicurato, in luogo della riparazione o ricostruzione del Fabbricato, scelga l'opzione di acquisto di altro fabbricato già esistente in altra area del territorio nazionale; in questo caso qualora il valore di acquisto sia inferiore al limite di Indennizzo, l'Assicuratore corrisponderà il solo valore d'acquisto.

Qualora il Fabbricato sia costruito in tutto o in parte con materiali d'impiego non comune, la stima del suo valore verrà effettuata in base al costo di costruzione a nuovo con l'impiego di equivalenti materiali di uso corrente.

Art. 134 - Pagamento dell'Indennizzo

Verificata l'operatività della Garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, l'Assicuratore deve provvedere al pagamento dell'Indennizzo, entro 30 giorni dalla data di perfezionamento dell'atto di liquidazione del danno, sempre che non sia stata fatta opposizione in base all'art. 2742 del Codice Civile.

Art. 135 – Anticipo sull'Indennizzo

Il Contraente/Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione dell'Indennizzo, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere pagato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano insorte contestazioni sull'indennizzabilità dello stesso e che l'Indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno € 25.000,00.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



L'obbligazione dell'Assicuratore verrà in essere entro 90 giorni dalla data di denuncia del Sinistro, sempre che siano trascorsi almeno 30 giorni dalla richiesta dell'anticipo. L'acconto non potrà comunque essere superiore a € 250.000,00 qualunque sia l'ammontare stimato del Sinistro.

Resta in ogni caso impregiudicata ogni valutazione e decisione circa la definitiva liquidazione 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. 136 - Clausola di vincolo

La presente clausola è operante se è stata indicata in Polizza la Banca vincolataria. Le Garanzie Terremoto ed Alluvione del Fabbricato si intendono vincolate a favore del soggetto creditore per il mutuo, per cui in caso di Sinistro, non sarà fatto luogo al pagamento dell'Indennizzo all'Assicurato senza il preventivo consenso ed il concorso dell'Istituto Mutuante il quale, quando lo chiederà, avrà senz'altro diritto, per patto espresso, a riscuotere l'Indennizzo stesso imputandolo a totale o parziale estinzione del suo credito. Nel caso di mancato pagamento del Premio da parte dell'Assicurato, l'Assicuratore ne darà comunicazione inviando l'avviso del Premio scaduto al suddetto Istituto Mutuante il quale potrà provvedere al relativo versamento. Similmente non potranno aver luogo diminuzione di somme assicurate, storno o disdetta del contratto, senza il consenso del suddetto Istituto Mutuante.

SEZIONE 12 – FURTO E RAPINA

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

Art. 137 - Oggetto dell'Assicurazione

Nell'ambito del Capitale assicurato indicato in Polizza, l'Assicuratore indennizza i Danni materiali e diretti provocati dagli eventi sotto riportati.

A. GARANZIA FURTO DEL CONTENUTO

Fermo quanto riportato all'Art. 139 - "Esclusioni", sono garantiti gli eventi di seguito elencati:

1. FURTO

Furto avvenuto nelle Abitazioni indicate in Polizza, a condizione che l'autore del furto si sia introdotto nei locali contenenti i beni stessi:

- violandone le difese esterne mediante rottura, Scasso, uso fraudolento di chiavi, uso di grimaldelli o di arnesi simili;
- per via diversa da quella ordinaria, che richieda superamento di ostacoli o di ripari mediante impiego di mezzi artificiali o di particolare agilità personale;
- con presenza di persone all'interno dei locali stessi e non siano stati posti in essere i mezzi di protezione e chiusura delle finestre o porte-finestre;
- in altro modo, rimanendovi clandestinamente, ed abbia poi asportato la refurtiva a locali chiusi;

2. RAPINA

Rapina od estorsione avvenute nell'Abitazione indicata in Polizza, anche quando le persone sulle quali viene usata violenza o minaccia, siano prelevate dall'esterno e costrette a recarsi nell'Abitazione stessa.

ESTENSIONI DI GARANZIA

a) GUASTI CAGIONATI DAI LADRI

Guasti cagionati dai ladri ai locali che contengono le Cose assicurate ed agli Infissi posti a riparo e protezione degli accessi e delle aperture dei locali stessi, in occasione di furto o rapina consumati o tentati, fino alla concorrenza dell'importo di € 1.500,00 in aggiunta al Capitale assicurato per il Contenuto;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



b) SPESE PER MIGLIORIE

Spese per migliorie **entro il limite di € 1.000,00** sostenute, nell'immediatezza del Sinistro, per installare o potenziare blindature, serrature, inferriate, congegni di bloccaggio ed impianti di allarme al fine di migliorare l'efficacia protettiva dei mezzi esistenti violati in occasione di furto o rapina consumati o tentati;

c) ATTI VANDALICI

Atti vandalici commessi dai ladri in occasione di furto, consumato o tentato, all'interno dei locali contenenti i beni assicurati.

La copertura è prestata con l'applicazione per ogni Sinistro, di una Franchigia di € 100,00 a carico dell'Assicurato e con un limite di Indennizzo per Sinistro pari al 10% del Capitale assicurato per il Contenuto ed in aggiunta allo stesso;

d) SCIPPO E RAPINA EFFETTI PERSONALI

Scippo e rapina di effetti personali, commesso sulla persona dell'Assicurato o dei componenti il Nucleo Familiare, **fino alla concorrenza del 10% del Capitale assicurato per il Contenuto ed in aggiunta allo stesso.**

Per il denaro l'Indennizzo è limitato ad € 500,00.

La copertura è prestata con l'applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di € 100,00.

Verranno inoltre rimborsate, entro i limiti del Capitale assicurato e dietro presentazione dei relativi giustificativi, le spese effettivamente sostenute, per:

- la riemissione di Documenti identificativi personali sottratti;
- l'eventuale rifacimento e/o sostituzione di chiavi o serrature dell'Abitazione, **il tutto fino alla concorrenza di € 250,00.**

L'estensione di Garanzia **Scippo e rapina** vale in tutto il mondo.

e) GIOIELLI E VALORI IN LOCALI DI VILLEGGIATURA

Gioielli e Valori portati nei Locali di villeggiatura, **con l'Indennizzo del 10% del Capitale assicurato** per Gioielli e Valori ovunque riposti purché siano custoditi in cassetti o mobili chiusi a chiave, **con il limite di € 1.000,00 limitatamente al periodo di soggiorno nei Locali di villeggiatura.**

Art. 138 - Limiti di Indennizzo

La Garanzia A. FURTO DEL CONTENUTO, nell'ambito del Capitale assicurato, è prestata con i seguenti limiti di Indennizzo:

nell'Abitazione abituale per:

- **singolo oggetto - € 5.000,00;**
- **Gioielli e Valori ovunque riposti - 20% del Capitale assicurato;**
- **Gioielli e Valori in Cassaforte - 50% del Capitale assicurato;**
- **denaro - € 500,00;**
- **Contenuto delle dipendenze - 20% del Capitale assicurato;**

nell'Abitazione saltuaria:

- **non verrà riconosciuto alcun Indennizzo per le seguenti voci di Contenuto - pellicce, tappeti, arazzi, quadri, sculture e simili oggetti d'arte, argenteria, Valori, denaro, Gioielli e preziosi, collezioni e raccolte in genere;**
- **per il Contenuto delle dipendenze - 20% del Capitale assicurato.**

Art. 139 - Esclusioni

Sono esclusi i Danni:

- verificatisi in occasione di guerra, insurrezione, tumulti popolari, scioperi, sommosse, occupazione militare, invasione, atti di terrorismo o sabotaggio, purché il Sinistro sia in rapporto con tali eventi;**
- verificatisi in occasione di Incendi, Esplosioni anche nucleari, Scoppi, radiazioni o contaminazioni radioattive, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura, purché il Sinistro sia in rapporto con tali eventi;**
- commessi o agevolati con dolo o colpa grave dal Contraente o dall'Assicurato oppure:**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- da persone che abitano con loro od occupano i locali contenenti i beni assicurati o locali con questi comunicanti;
 - da Collaboratori addetti ai servizi domestici;
 - da persone del fatto delle quali devono rispondere;
 - da incaricati della sorveglianza dei beni assicurati o dei locali che li contengono;
 - da persone a loro legate da vincoli di parentela o affinità, anche se non coabitanti;
 - avvenuti a partire dalle ore 24 del 45° giorno se i locali contenenti i beni assicurati rimangono per più di 45 giorni consecutivi disabitati o incustoditi. Limitatamente ai Gioielli e Valori l'esclusione decorre dalle ore 24 del 8° giorno per Gioielli fuori Cassaforte e del 15° giorno per Gioielli e Valori in Cassaforte; per i locali adibiti ad Abitazione saltuaria la copertura è operativa anche in caso di Disabitazione;
- d) indiretti, quali profitti sperati, i Danni del mancato godimento o uso o altri eventuali pregiudizi;
- e) causati ai beni assicurati da Incendio, Esplosione o Scoppio provocati dall'autore del Sinistro;
- f) a Gioielli e Valori inerenti le attività professionali;
- g) alle Cose riposte all'aperto, su balconi o terrazze oppure in anditi, corridoi e pianerottoli ad uso comune;
- h) resi possibili dalla mancanza di mezzi di protezione e chiusura;
- i) quando l'Abitazione viene lasciata incustodita e non vengono resi operanti i mezzi di protezione e chiusura;
- j) avvenuti attraverso le aperture di Serramenti od inferriate senza manomissione od effrazione delle relative strutture o dei congegni di chiusura;
- k) verificatisi in conseguenza di confische e requisizioni.

Art. 140 - Operatività della Garanzia – Mezzi di chiusura

La Garanzia è operante a condizione che le pareti confinanti con l'esterno o con locali di altre Abitazioni o di uso comune siano costruite in muratura o con materiali Incombustibili, e che ogni apertura verso l'esterno, sia difesa da Serramenti (porte, tapparelle, etc.) di norma utilizzati nelle Abitazioni private.

Qualora le aperture dell'Abitazione siano poste a meno di 4 mt di altezza dal suolo o da superfici praticabili e nell'Abitazione medesima non sia presente l'Assicurato o i suoi familiari, i mezzi posti a protezione e chiusura devono essere attivati con idonei congegni apribili solo dall'interno, oppure attivati con serrature o lucchetti.

Art. 141 - Scoperti

La Garanzia è prestata con l'applicazione dei seguenti Scoperti:

1. l'Assicurazione è prestata senza applicazione di Scoperto per le Abitazioni poste ad almeno 4 mt di altezza dal suolo o da ripiani accessibili e praticabili per via ordinaria senza impiego di mezzi artificiosi o di particolare agilità personale;
 2. l'Assicurazione è prestata con lo Scoperto del 20% per le Abitazioni site in ville, villette a schiera, appartamenti al piano terra, attici e per le Abitazioni poste a meno di 4 mt di altezza dal suolo o da ripiani accessibili e praticabili per via ordinaria senza impiego di mezzi artificiosi o di particolare agilità personale. Lo Scoperto verrà ridotto dal 20% al 10% qualora le aperture verso l'esterno siano protette con inferriate fisse nel muro e/o cancelletti in ferro e/o sistemi di allarme;
 3. qualora, in caso di Sinistro, venga accertato che i ladri si siano introdotti nei locali assicurati:
 - a) attraverso aperture protette con mezzi non conformi a quanto indicato all'Art. 140 - "Operatività della Garanzia - Mezzi di chiusura";
 - b) quando non erano operanti i mezzi di chiusura e/o protezione esistenti, sempre che al momento del Sinistro risulti che nei locali vi era presente l'Assicurato o i suoi familiari;
 - c) attraverso impalcature poste all'esterno del Fabbricato;
- l'Indennizzo verrà liquidato con applicazione di uno Scoperto del 20%.

In caso di coesistenza di più Scoperti verrà applicato lo Scoperto massimo del 30%.

Art. 142 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve:

- a) fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il Danno, adoperarsi immediatamente, nel modo più efficace,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- per il recupero dei beni sottratti e per la conservazione e la custodia di quelli rimasti, anche se danneggiati;
- b) avvisare l'Assicuratore entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'Art. 1913 c.c.;
 - c) fare tempestivamente denuncia all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo. Nella denuncia dovrà essere indicato: il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta e l'entità approssimativa del Danno, indicando Net Insurance S.p.A. come Assicuratore dei beni danneggiati, distrutti o sottratti. La copia della denuncia dovrà poi essere trasmessa all'Assicuratore;
 - d) fornire all'Assicuratore una distinta particolareggiata dei beni distrutti, danneggiati o sottratti, con l'indicazione del rispettivo valore entro i 5 giorni successivi all'avviso, se contiene informazioni diverse da quelle già fornite nell'avviso di Sinistro;
 - e) denunciare tempestivamente la sottrazione di titoli di credito anche del debitore, nonché esperire - se la Legge lo consente - la procedura di ammortamento.

Se l'Assicurato non rispetta uno degli obblighi indicati alle lettere a. e/o b., può perdere totalmente o parzialmente il diritto all'Indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 c.c.

Le spese sostenute per adempiere agli obblighi di cui alle lettere a) ed e) sono a carico dell'Assicuratore come indicato all'Art. 1914 c.c.

L'Assicurato deve, altresì:

- f) conservare i beni non rubati o rimasti illesi, gli indizi materiali del reato o le tracce e i residui del Sinistro, fino a quando il perito incaricato dall'Assicuratore abbia effettuato il sopralluogo per stimare il Danno. Se non viene richiesto il sopralluogo le tracce e gli indizi del reato ed i residui del Sinistro devono essere conservati fino a quando l'Assicuratore liquida il Danno, senza, per questo, avere diritto ad alcuna Indennità;
- g) predisporre un elenco dettagliato dei Danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore dei beni distrutti, sottratti o danneggiati, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato degli altri beni assicurati esistenti al momento del Sinistro con indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione qualsiasi documento (scontrini, fatture, registri, conti, etc.) che possa essere richiesto dall'Assicuratore o dai periti ai fini delle loro indagini e verifiche da effettuare anche presso terzi.

Art. 143 - Determinazione dell'ammontare del Danno

L'Assicurazione è prestata nella forma del Primo Rischio assoluto. L'ammontare del Danno è dato, per le Cose sottratte, distrutte, dal Valore Commerciale che avevano al momento del Sinistro e, per le Cose danneggiate, dal costo di riparazione, **col limite del Valore Commerciale al momento del Sinistro.**

Nel caso di collezioni, parzialmente danneggiate, è riconosciuto soltanto il valore indennizzabile dei singoli pezzi, senza tenere conto del conseguente deprezzamento subito dalla collezione stessa.

Nel caso di Documenti identificativi personali è riconosciuto il rimborso delle spese amministrative per il loro rifacimento.

Nel caso di titoli di credito per i quali è ammessa la procedura di ammortamento, l'Assicurazione è prestata per le sole spese sostenute dall'Assicurato per la procedura stabilita dalla Legge per l'ammortamento, e pertanto, anche ai fini del limite di Indennizzo, si avrà riguardo all'ammontare di dette spese e non al valore dei titoli.

Art. 144 - Recupero delle Cose rubate

Se le Cose rubate vengono recuperate in tutto o in parte, l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore appena ne abbia notizia.

Le Cose recuperate divengono di proprietà dell'Assicuratore, se questi ha risarcito integralmente il Danno.

Se invece l'Assicuratore ha indennizzato il Danno soltanto in parte, il valore del recupero spetta all'Assicurato sino a concorrenza della parte di Danno eventualmente rimasta scoperta dall'Assicurazione; il resto spetta all'Assicuratore. In ogni caso l'Assicurato ha facoltà di conservare le Cose recuperate previa restituzione all'Assicuratore dell'Indennizzo ricevuto.

In caso di recupero prima del risarcimento del Danno, **l'Assicuratore risponde soltanto dei Danni eventualmente sofferti dalle Cose.**

SEZIONE 13 – ASSISTENZA ABITAZIONE ABITUALE

Le Prestazioni di seguito riportate sono valide solo se è richiamata in Polizza la Garanzia A. Assistenza

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Abitazione Abituale 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 ABITAZIONE ABITUALE

Art. 145 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicuratore, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'Assicurato il servizio di Assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni:

ASSISTENZA ABITAZIONE

Le prestazioni sono fornite fino a 3 volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della Polizza, solo ed esclusivamente sul territorio italiano.

INVIO DI UN IDRAULICO PER INTERVENTI DI EMERGENZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un idraulico a seguito di guasto all'impianto idraulico dell'Abitazione – esclusi comunque gli eventi successivamente indicati che non danno luogo alla prestazione – la Struttura Organizzativa provvede ad inviare un artigiano, tenendo Europ Assistance a proprio carico il costo di uscita e di manodopera **fino ad un massimo di € 200,00 per Sinistro.**

Restano comunque a carico dell'Assicurato i costi relativi ai materiali necessari alla riparazione.

Non danno luogo alla prestazione:

- guasti o cattivo funzionamento di apparecchi mobili (lavatrice, lavastoviglie, ecc.);
- eventi dovuti a guasti di rubinetti e di tubature mobili collegati o meno ai citati apparecchi mobili ed eventi dovuti a negligenza dell'Assicurato;
- interruzioni della fornitura da parte dell'ente erogatore o rottura delle tubature esterne al Fabbicato;
- otturazione delle tubature mobili dei servizi igienico-sanitari;
- trabocco dovuto a rigurgito di fogna;
- guasti o cattivo funzionamento della caldaia e del bruciatore

INVIO DI UN ELETTRICISTA PER INTERVENTI DI EMERGENZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un elettricista a seguito di guasto all'impianto elettrico dell'Abitazione – esclusi comunque gli eventi successivamente indicati che non danno luogo alla prestazione – la Struttura Organizzativa provvede ad inviare un artigiano, tenendo Europ Assistance a proprio carico il costo di uscita e di manodopera **fino ad un massimo di € 200,00 per Sinistro.**

Restano comunque a carico dell'Assicurato i costi relativi ai materiali necessari alla riparazione.

Non danno luogo alla prestazione:

- corto circuito per falsi contatti provocati dall'Assicurato;
- interruzione della fornitura elettrica da parte dell'ente erogatore;
- guasti al cavo di alimentazione dell'ente erogatore di pertinenza dell'Abitazione.

INVIO DI UN FABBRO PER INTERVENTI DI EMERGENZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un fabbro a seguito di:

- smarrimento o rottura delle chiavi, guasto o Scasso della serratura o dell'impianto di allarme, furto o tentato furto che rendano impossibile entrare nell'Abitazione;
- guasto che comprometta in modo grave la funzionalità della porta di accesso o di altri mezzi di chiusura dell'Abitazione la cui sicurezza non è più garantita;

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



la Struttura Organizzativa provvede ad inviare un artigiano, tenendo la Europ Assistance a proprio carico il costo di uscita e di manodopera **fino ad un massimo di € 200,00 per Sinistro.**

Restano comunque a carico dell'Assicurato i costi relativi ai materiali necessari alla riparazione.

INTERVENTI DI EMERGENZA PER DANNI D'ACQUA: RISANAMENTO E ASCIUGATURA DELL'ABITAZIONE

Qualora, a seguito di Danni causati da spargimento d'acqua, si renda necessario un intervento di emergenza per il salvataggio o il risanamento dell'Abitazione e del relativo Contenuto, la Struttura Organizzativa provvede all'invio di personale specializzato in tecniche di asciugatura, tenendo la Europ Assistance a proprio carico il costo dell'intervento **fino ad un Massimale di € 250,00 per Sinistro.**

La prestazione è dovuta per i seguenti casi:

- a) allagamento o infiltrazione in un punto qualsiasi, provocato da una rottura, un'otturazione o un guasto, di tubature fisse dell'impianto idraulico;
- b) mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico-sanitari dell'Abitazione, provocato da otturazione delle tubature di scarico fisse dell'impianto idraulico del Fabbricato;

La prestazione non è dovuta:

- per il caso a) i Sinistri dovuti a guasti e otturazioni di rubinetti o tubazioni mobili, collegati o meno a qualsiasi apparecchiatura (lavatrice, ecc.), i Sinistri dovuti a rottura delle tubature esterne dell'Abitazione e i Sinistri dovuti a negligenza dell'Assicurato; interruzione della fornitura da parte dell'ente erogatore;
- per il caso b) i Danni di tracimazione dovuti a rigurgiti di fogna, otturazioni delle tubazioni mobili dei servizi igienico-sanitari.

INVIO DI UN TAPPARELLISTA NELLE 24H

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un tapparellista a seguito di rottura o guasto del sistema di avvolgimento e delle cinghie, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un tecnico per ripristinare il funzionamento, nelle 24 ore successive alla segnalazione **esclusi Sabato, Domenica e festivi.**

Europ Assistance terrà a proprio carico le spese per l'uscita e la manodopera **fino ad un massimo di € 100,00 per Sinistro.**

Sono esclusi tutti i costi relativi al materiale necessario alla riparazione che dovranno essere pagati dall'Assicurato.

INVIO DI UN VETRAIO PER INTERVENTI DI EMERGENZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un vetraio a seguito di Incendio, Esplosione, Scoppio, fulmine, allagamento, atti vandalici, furto o tentato furto, che provochino la rottura dei vetri esterni dell'Abitazione la cui sicurezza non è più garantita, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare un artigiano, tenendo Europ Assistance a proprio carico il costo di uscita e di manodopera **fino ad un massimo di € 100,00 per Sinistro.**

Restano comunque a carico dell'Assicurato i costi relativi ai materiali necessari alla riparazione.

INVIO DEL SORVEGLIANTE

(Prestazione erogabile solo in Italia)

Qualora l'Assicurato, in seguito ad un Danno indennizzabile a termine di Polizza necessitasse di far vigilare l'Abitazione per la salvaguardia della stessa, la Struttura Organizzativa provvederà a predisporre la vigilanza. Europ Assistance terrà a proprio carico i costi della vigilanza **per un massimo di 7 ore per Sinistro e per Anno assicurativo.**

IMPRESA DI PULIZIE

Qualora, a seguito di Incendio, Esplosione, Scoppio, fulmine, allagamento, atti vandalici, furto o tentato furto, l'Abitazione dell'Assicurato necessitasse di pulizia straordinaria, la Struttura Organizzativa provvederà al reperimento e all'invio di un'impresa di pulizia specializzata, tenendo Europ Assistance a proprio carico la relativa spesa **fino ad un massimo di € 150,00 per Sinistro.**

SPESE D'ALBERGO

Qualora, a seguito di Incendio, Esplosione, Scoppio, fulmine, allagamento, atti vandalici, furto o tentato furto, l'Abitazione dell'Assicurato fosse danneggiata in modo da non consentire il pernottamento, la Struttura Organizzativa provvederà alla prenotazione ed alla sistemazione in albergo dell'Assicurato, tenendo Europ Assistance a proprio carico la relativa spesa **fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro e per famiglia.**

RIENTRO ANTICIPATO

Nel caso in cui Incendio, Esplosione, Scoppio, fulmine, allagamento, atti vandalici, furto o tentato furto, provochino Danni all'Abitazione tali da rendere necessario il rientro anticipato dell'Assicurato in viaggio utilizzando un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato stesso un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



(prima classe), tenendo Europ Assistance a proprio carico la relativa spesa **fino ad un massimo di € 200,00 per Sinistro** in caso di viaggio di rientro **dall' Italia** e **fino ad un massimo di € 400,00 per Sinistro** in caso di viaggio di rientro **dall'estero**.

L'Assicurato, per ottenere la prestazione, dovrà fornire alla Struttura Organizzativa adeguata documentazione relativa alle cause del rientro anticipato.

TRASLOCO

(Operante dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora, a seguito di Incendio, Esplosione, Scoppio, fulmine, allagamento, atti vandalici, furto o tentato furto, l'Abitazione sia resa inabitabile per un periodo non inferiore a 30 giorni dalla data dell'evento, la Struttura Organizzativa organizza il trasloco del mobilio dell'Assicurato fino alla nuova Abitazione o deposito in Italia, tenendo Europ Assistance a proprio carico il costo del relativo trasloco **fino ad un massimo di € 1.000,00 per Sinistro**.

Resta a carico dell'Assicurato il costo relativo all'eventuale deposito così come ogni altra spesa non compresa nei costi del trasloco.

Nel caso in cui, in seguito all'evento che ha reso inabitabile la sua Abitazione, l'Assicurato abbia già provveduto a trasportare presso altri luoghi parte o totalità degli oggetti che ivi si trovavano, Europ Assistance effettuerà il trasloco dei soli oggetti rimasti nell'Abitazione inabitabile.

CONSULENZA VETERINARIA

(La prestazione sarà operativa 7 giorni su 7, 24 ore su 24)

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Malattia o Infortunio del proprio Animale domestico necessitasse di una consulenza veterinaria la Struttura Organizzativa fornirà telefonicamente le informazioni richieste. Si precisa che tale consulto non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

SEGNALAZIONE DI CENTRI/CLINICHE VETERINARIE IN ITALIA

(La prestazione sarà operativa dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 18, esclusi festivi infrasettimanali)

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Malattia o Infortunio del proprio Animale domestico verificatosi durante un Viaggio, necessitasse di indicazioni riguardo a cliniche o centri veterinari in Italia, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà a segnalare il centro più vicino.

ESCLUSIONI

Sono esclusi i danni provocati o dipendenti da:

- a) **dolo dell'Assicurato;**
- b) **movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti, inondazioni, allagamenti, penetrazione di acqua marina, frane, smottamenti;**
- c) **atti di guerra, invasione, occupazione militare, insurrezione, rivoluzione, confisca o requisizione;**
- d) **trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni.**
- e) **gelo, umidità, stillicidio, mancata o insufficiente manutenzione, ad eccezione dei casi incendio, esplosione e scoppio;**
- f) **pioggia, grandine e vento limitatamente ai danni subiti da camini, pannelli solari, insegne, antenne, cavi aerei;**
- g) **precipitazioni atmosferiche all'interno dell'abitazione;**
- h) **subiti da immobili diversi dall'Abitazione Abituale.**

Sono inoltre esclusi i danni:

- i) **conseguenti a mancata o anormale produzione o distribuzione di freddo o a fuoriuscita di fluido frigorigeno, anche se causati da eventi garantiti dal presente contratto;**
- j) **all'impianto nel quale si sia verificato l'evento se determinato da usura, corrosione o difetti di materiale;**
- k) **dovuti a difetti noti all'Assicurato all'atto della stipulazione della Polizza, nonché quelli dei quali deve rispondere per legge o per contratto il costruttore o il fornitore.**

Art. 146 - Istruzioni per la richiesta di Assistenza

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:

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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:

- n. Il tipo di Assistenza di cui necessita
- o. Cognome e Nome
- p. Numero di Polizza preceduto dalla sigla NICT
- q. Indirizzo del luogo in cui si trova
- r. 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.

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.

SEZIONE 14 – ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK

La seguente Garanzia è valida se è richiamato in Polizza il relativo Capitale assicurato e se è stato pagato il relativo Premio

Art. 147 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicuratore indennizza, nei limiti del Capitale assicurato, i Danni materiali diretti (compreso furto, rapina, guasti e fenomeno elettrico) e i Danni indiretti che un Impianto fotovoltaico e/o solare termico può subire secondo il principio All risk, salvo quanto espressamente indicato nell'Art. 149 - "Esclusioni".

Gli impianti devono essere stati installati e collaudati in conformità con le disposizioni normative in vigore, così come comprovato dal certificato di collaudo o dalla dichiarazione di conformità dell'impianto di cui il Contraente dichiara di essere in possesso, all'atto della sottoscrizione della Polizza.

La Garanzia è operante purché gli impianti si trovino nelle ubicazioni indicate in Polizza (se totalmente o parzialmente integrati) o comunque nelle immediate vicinanze delle stesse - massimo 300 mt in linea d'aria - per gli impianti a terra.

A. GARANZIA ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK

L'Assicuratore si obbliga a indennizzare i **Danni materiali e diretti** causati da un qualunque evento accidentale non espressamente escluso che colpisca gli impianti individuati in Polizza, anche se di proprietà di terzi.

L'Assicuratore indennizza inoltre i costi sostenuti per demolire, sgomberare e trasportare fino al più vicino punto di raccolta o di scarico, i residui delle Cose assicurate e danneggiate a seguito di Sinistro indennizzabile a termini della presente Garanzia e fino alla concorrenza massima del 5% dello stesso, con il limite di Indennizzo di € 10.000,00 per Sinistro.

Si intendono compresi anche i:

1. **guasti, intendendosi per tali tutti i Danni subiti dagli impianti da guasti e/o rotture originati da cause interne di natura meccanica e/o elettrica, compresi quelli derivanti da errori di progettazione, di calcolo, vizi di materiale, di fusione, di esecuzione e di installazione;**
2. **fenomeni elettrici, intendendosi per tali tutti i Danni derivanti dalla variazione di corrente, cioè lo scostamento**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



del livello dell'intensità di corrente elettrica dai valori nominali previsti per il funzionamento degli impianti, la sovratensione, l'improvviso innalzamento dei valori della tensione, il fulmine o la scarica elettrica accidentale.

ESTENSIONE AI DANNI INDIRETTI

L'Assicuratore indennizza le perdite per i Danni indiretti che possono derivare dall'interruzione o diminuzione della produzione di energia elettrica per effetto di un Danno materiale e diretto, solo se indennizzabile a termini della presente Garanzia **A. ENERGIE RINNOVABILI ALL RISK**, che abbia colpito gli impianti assicurati.

Art. 148 - Limiti di Indennizzo, Franchigie e Scoperti

Relativamente ai Danni diretti All risk, per ciascun **Sinistro il pagamento dell'Indennizzo verrà effettuato previa detrazione di uno Scoperto, a carico dell'Assicurato, pari al 5% con il minimo di € 1.000,00, salvo quanto previsto nei successivi punti:**

1. Furto, rapina ed atti di terzi

Relativamente ai Danni di furto, rapina ed atti di terzi (compresi gli atti vandalici), il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo di € 1.500,00**, che rimarrà a carico esclusivo dell'Assicurato stesso.

Fermo quanto disposto nel capoverso precedente, sono operanti i **seguenti limiti massimi di Indennizzo per Sinistro e per Anno assicurativo:**

- **50% del Capitale assicurato per i pannelli totalmente integrati;**
- **40% del Capitale assicurato per i pannelli parzialmente integrati;**
- **30% del Capitale assicurato per gli impianti a terra e quelli non integrati.**

2. Fenomeni atmosferici

Relativamente ai Danni da fenomeni atmosferici, il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione di uno **Scoperto del 15% con il minimo di € 1.500,00**, che rimarrà a carico esclusivo dell'Assicurato stesso. Fermo quanto disposto nel capoverso precedente, sono operanti i seguenti **limiti massimi di Indennizzo per Sinistro e per Anno assicurativo:**

- **40% del Capitale assicurato per vento e sovraccarico neve;**
- **70% del Capitale assicurato per altri eventi atmosferici.**

3. Franamento, smottamento del terreno

Relativamente ai Danni causati da franamento, smottamento del terreno, il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato previa detrazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo di € 1.500,00**, che rimarrà a carico esclusivo dell'Assicurato stesso con un **limite massimo di Indennizzo del 40% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'Anno assicurativo.**

4. Guasti e/o fenomeno elettrico

Relativamente ai Danni causati da guasti e/o fenomeno elettrico, il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato:

- per gli impianti per i quali non siano trascorsi **più di 7 anni dalla data del certificato di collaudo, con uno Scoperto, a carico dell'Assicurato, del 10% con il minimo di € 2.500,00, con il limite del 30% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'Anno assicurativo;**
- per gli impianti per i quali siano trascorsi **più di 7 anni dalla data del certificato di collaudo, con uno Scoperto, a carico dell'Assicurato, del 30% con il minimo di € 5.000,00 con il limite del 20% del Capitale assicurato per uno o più Sinistri nell'Anno assicurativo.**

Relativamente ai Danni indiretti:

- per impianti dotati di Telecontrollo:
il pagamento dell'Indennizzo sarà effettuato, per singolo Sinistro, **previa detrazione di 3 giorni di Franchigia e per un periodo massimo di Indennizzo di 60 giorni al netto della stessa; la decorrenza di tale periodo si intende a partire dal momento del Sinistro;**
- per impianti non dotati di Telecontrollo:
verrà riconosciuta, a titolo di risarcimento per perdite di profitto, una **somma forfettaria pari al 10% dell'Indennizzo liquidato a termini di Polizza per i Danni diretti All risk per uno o più Sinistri nell'Anno assicurativo, con il**

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



limite massimo di € 10.000,00 per Sinistro.

Art. 149 - Esclusioni

Sono esclusi i Danni:

1. causati da atti di guerra, o verificatisi in conseguenza di insurrezione, occupazione militare, invasione;
2. causati da Esplosione o da emanazione di calore o da radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
3. causati da atti di terrorismo o di sabotaggio;
4. causati con dolo o colpa grave del Contraente o dell'Assicurato, dei rappresentanti legali o dei soci;
5. causati da maremoti, eruzioni vulcaniche, terremoti, inondazioni, alluvioni, allagamenti;
6. dovuti all'inosservanza delle prescrizioni per la manutenzione e l'esercizio indicate dal costruttore o fornitore delle Cose assicurate;
7. di deperimento o logoramento, che siano conseguenza naturale dell'uso o del funzionamento o causati dagli effetti gradualmente degli agenti atmosferici, nonché da ruggine, corrosione, incrostazione, limitatamente alla sola parte direttamente colpita;
8. per i quali deve rispondere, per Legge o per contratto, il costruttore, fornitore, venditore o locatore delle Cose assicurate;
9. causati da montaggi e smontaggi non connessi a lavori di pulitura, manutenzione e revisione;
10. subiti durante il trasporto;
11. di natura estetica che non siano connessi con Danni indennizzabili;
12. causati da mareggiate, maree e penetrazione di acqua marina;
13. dovuti a difetti di rendimento;
14. causati da urto di veicoli e/o mezzi di sollevamento o trasporto di proprietà o al servizio del Contraente o dell'Assicurato;
15. dovuti a inquinamento e/o contaminazione in genere sia graduale che accidentale che sinergico;
16. causati da mancato riaggancio automatico dell'inverter alla rete a seguito di sbalzi di tensione;
17. causati da malfunzionamento di hardware, software o chip incorporati, e Danni correlati (quali perdita di dati o perdita di supporti informatici);
18. alle linee di distribuzione o trasmissione di energia;
19. connessi o dovuti ad umidità, brina, condensa, stillicidio, siccità, batteri, funghi, infiltrazioni e roditori;
20. connessi o dovuti a sospensione e/o interruzione di energia, gas, acqua, purché tale sospensione e/o interruzione non sia stata provocata da evento non altrimenti escluso, che abbia colpito le Cose assicurate;
21. causati o dovuti a frode, truffa, ammanchi, smarrimenti, appropriazione indebita o infedeltà da parte di dipendenti, saccheggio, estorsione, malversazione, Scippo e loro tentativi, anche se avvenuti in occasione di eventi non altrimenti esclusi;
22. a moduli e componenti elettronici dell'impianto assicurato (ivi compresi i costi della ricerca e l'identificazione di difetti) verificatisi in costanza di garanzia della ditta produttrice e/o fornitrice degli stessi e/o la cui eliminazione è contemplata nell'ambito delle prestazioni normalmente comprese nei contratti di assistenza tecnica e cioè:
 - controlli di funzionalità;
 - manutenzione preventiva;
 - eliminazione dei disturbi e difetti a seguito di usura;
 - eliminazione dei Danni e disturbi (parti di ricambio e costi di manodopera); verificatisi durante l'esercizio, senza concorso di causa esterna;
23. l'Assicuratore, inoltre, non è obbligato ad indennizzare:
 - conduttori esterni alle Cose assicurate;
 - costi di scavo, sterro, puntellatura, muratura, intonaco, pavimentazioni e simili.

Con riferimento ai Danni indiretti, sono inoltre esclusi:

24. le perdite e le spese conseguenti a prolungamento dell'inattività dell'impianto conseguenti ad un Sinistro,

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



ancorché indennizzabile a termini della presente Polizza, causato da:

- serrate, provvedimenti imposti dalle autorità;
- mancata disponibilità da parte dell'Assicurato dei mezzi finanziari sufficienti per la ripresa dell'attività;
- difficoltà di ricostruzione, limitazioni dell'esercizio e difficoltà nella rimessa in efficienza, ripristino o rimpiazzo delle Cose distrutte o danneggiate imputabili a cause esterne, quali regolamenti urbanistici locali o statali o altre norme di Legge o da provvedimenti dell'autorità.

25. penali o indennità o multe da corrispondere a terzi;

26. perdite conseguenti a prolungamento od estensione dell'inattività causati da:

- disastri naturali o eventi di forza maggiore;
- scioperi che impediscano o rallentino la fornitura di materiali;
- revisioni, modifiche o miglioramenti effettuati in occasione della rimessa in efficienza o del rimpiazzo delle apparecchiature o degli impianti danneggiati o distrutti.

Art. 150 - Cosa fare in caso di Sinistro

In caso di Sinistro il Contraente e/o l'Assicurato devono:

- a) fare quanto è loro possibile per evitare o diminuire il Danno, ottemperando alle disposizioni dell'Assicuratore prima della riparazione; le relative spese sono a carico dell'Assicuratore secondo quanto previsto dalla Legge (Art. 1914 c.c.);
- b) avvisare l'Assicuratore entro 3 giorni da quando ha avuto conoscenza del Sinistro, così come indicato dall'Art. 1913 c.c.;
- c) in caso di furto, rapina, Incendio o di Sinistro presumibilmente doloso o dovuto ad atto vandalico, fare, nei 3 giorni successivi, dichiarazione scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo, indicando il momento e la causa presunta del Sinistro e l'ammontare approssimativo del Danno; copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa all'Assicuratore;
- d) conservare le tracce e i residui del Sinistro nonché le parti sostituite fino a liquidazione del Danno, senza per questo avere diritto ad alcuna Indennità;
- e) fornire dimostrazione del valore delle Cose danneggiate, dei materiali e delle spese per la riparazione del Danno e di quelle sostenute in relazione agli obblighi di cui alla lettera a).

L'inadempimento di uno degli obblighi di cui ai punti a) e b) può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo (Art. 1915 c.c.).

La riparazione del Danno può essere iniziata subito dopo l'avviso di cui al punto b); lo stato delle Cose non può tuttavia essere modificato, prima dell'ispezione da parte di un incaricato dell'Assicuratore. Se tale ispezione, per motivi indipendenti dal Contraente o dall'Assicurato, non avvenisse entro 10 giorni dall'avviso di cui al punto b), il Contraente e l'Assicurato potranno prendere tutte le misure necessarie.

Avvenuto il Sinistro, l'assicurazione resta sospesa - relativamente ai guasti meccanici ed elettrici - per la Cosa danneggiata fino alla riparazione definitiva che ne garantisca il regolare funzionamento.

Art. 151 - Determinazione dell'ammontare del Danno per i Danni diretti All risk

La determinazione del Danno viene eseguita separatamente per ogni singola Cosa assicurata secondo le norme che seguono:

- a. in caso di **Danno suscettibile di riparazione** (che non comporti la sostituzione del singolo elemento costitutivo dell'impianto):
 1. si stimano le spese di riparazione necessarie per ripristinare lo stato funzionale delle Cose danneggiate;
 2. si stima il valore ricavabile dai residui al momento del Sinistro.L'ammontare del Danno sarà uguale all'importo stimato come in 1., diminuito dell'importo come in 2.
- b. in caso di **Danno non suscettibile di riparazione** (che comporti la sostituzione del singolo elemento costitutivo dell'impianto):
 1. nel caso in cui vengano soddisfatte le seguenti condizioni l'ammontare del Danno sarà pari al costo di rimpiazzo a nuovo:
 - I. il Danno si sia verificato entro 5 anni dalla data dell'ultimo collaudo dell'impianto;
 - II. il rimpiazzo sia eseguito entro 6 mesi dalla data del Sinistro;
 - III. il costruttore non abbia cessato la fabbricazione dell'intero impianto/dell'elemento costitutivo dell'impianto/dell'apparecchio danneggiato, distrutto o sottratto, oppure questo sia ancora disponibile oppure ne siano disponibili i pezzi di ricambio.
 2. nel caso in cui non vengano soddisfatte le condizioni di cui al punto "I.", del punto "b. 1." e non venga soddisfatta alcuna

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



delle condizioni di cui al punto “III.” si applicano le norme che seguono:

- IV. si stima il valore dell'impianto o dell'apparecchio al momento del Sinistro, tenuto conto della sua vetustà e del suo deperimento per uso o altra causa;
- V. si stima il valore ricavabile dai residui.

L'Indennizzo massimo sarà pari all'importo stimato come “IV.”, diminuito dell'importo stimato come “V.”.

Un Danno si considera non suscettibile di riparazione quando le spese di riparazione eguagliano o superano il costo di rimpiazzo a nuovo di una Cosa dello stesso fornitore equivalente per caratteristiche, prestazioni e rendimento - relativamente all'utilizzo fatto dall'Assicurato - e con data di immissione nel mercato non antecedente alla data di immissione del tipo della Cosa danneggiata.

L'Assicuratore, comunque, si riserva il diritto di scegliere fra la riparazione o il rimpiazzo con altra Cosa dello stesso fornitore, equivalente o superiore - relativamente all'utilizzo fatto dall'Assicurato - per caratteristiche, prestazioni e rendimento, e di provvedere direttamente alla riparazione o al rimpiazzo in luogo di indennizzare il Danno, nel qual caso deve darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Le spese per demolizione e sgombero devono essere tenute separate dalle stime di cui sopra, in quanto per esse non è operante il disposto dell'Art. 153 - “Assicurazione parziale (deroga alla proporzionale)”, in caso di Danno non suscettibile di riparazione (che comporti la sostituzione del singolo elemento costitutivo dell'impianto).

Art. 152 - Determinazione dell'ammontare del Danno per i Danni indiretti

1. Per gli impianti **dotati di sistema di Telecontrollo**, si procede alla determinazione dell'Indennizzo secondo le norme seguenti:
 - a. si considera la produzione media giornaliera di energia elettrica (in kWh/giorno), tramite lettura del contatore, relativamente alle 2 settimane antecedenti il Sinistro, con l'impianto regolarmente funzionante;
 - b. si verifica la produzione di energia elettrica (in kWh/giorno) che l'impianto è in grado di erogare nei 3 giorni successivi al Sinistro, prima della riparazione;
 - c. la differenza tra i valori calcolati ai punti a. e b. viene moltiplicata per:
 - I. il prezzo di vendita al kWh, contrattualizzato dal cliente con il gestore della rete;
 - II. il valore dell'incentivo erogato dal GSE (Gestore della Rete di Trasmissione Nazionale) per Impianti fotovoltaici, secondo quanto stabilito dal D. M. del 28.07.05 relativo al conto energia, e sue successive modifiche;
 - d. l'Indennizzo complessivo sarà pari al valore risultante dalla somma dei punti “I.” e “II.”, moltiplicato per i giorni strettamente necessari a ripristinare la piena funzionalità dell'impianto, al netto dei giorni indicati in Polizza quali Franchigia.

Se, nei 6 mesi immediatamente successivi al termine del periodo di Indennizzo, l'Assicurato ottiene benefici esclusivamente in conseguenza dell'interruzione o riduzione dell'attività dell'impianto, tali benefici dovranno essere detratti dall'Indennizzo come sopra determinato.

Qualora il pagamento dell'Indennizzo da parte dell'Assicuratore fosse intervenuto prima dei 6 mesi suddetti, l'Assicurato è tenuto alla restituzione all'Assicuratore dell'importo corrispondente ai benefici ottenuti.

2. Per gli impianti **non dotati di sistema di Telecontrollo**, in caso di Sinistro indennizzabile a termini dei **Danni diretti All risk** verrà riconosciuta, a titolo di risarcimento per perdite di profitto, **una somma forfettaria pari al 10% dell'Indennizzo liquidato a termini delle predette Garanzie per uno o più Sinistri nell'Anno assicurativo, con il limite massimo di € 10.000,00 per Sinistro.**

Art. 153 - Assicurazione parziale (deroga alla proporzionale)

L'Assicurazione è prestata per il Capitale assicurato che il Contraente o l'Assicurato dichiara corrispondere al costo di rimpiazzo a nuovo delle Cose, ossia il loro prezzo di listino o, in mancanza, il costo effettivo per la sostituzione con una Cosa nuova uguale. Qualora al momento del Sinistro il Capitale assicurato risulti inferiore al predetto costo di rimpiazzo a nuovo delle Cose, ossia il loro prezzo di listino o, in mancanza, il costo effettivo per la sostituzione con una Cosa nuova uguale, verrà applicata la riduzione proporzionale dell'Indennizzo prevista dall'Art. 1907 c.c.

Resta, tuttavia, convenuto che **non si applicherà alcuna riduzione se il Valore a Nuovo non ecceda il Capitale assicurato in misura superiore al 20%.**

Se il Valore a Nuovo eccede il Capitale assicurato in misura superiore al 20% il Capitale assicurato di riferimento resta quello convenuto al momento della stipula.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



ALLEGATO 1. ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Tabella 1 - LAVORATORI AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
A001	Commercianti – Negozianti – Esercenti attività alberghiere e ristorazione	2
A002	Libero professionista con sola attività in studio (ad es: avvocati, notai, commercialisti, consulenti di settori vari)	1
A003	Libero professionista anche con missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
A004	Libero professionista anche con missioni esterne ma senza accesso a cantieri	2
A005	Professioni sanitarie (medici, paramedici, veterinari) – Farmacisti	2
A006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, caprini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
A007	Imprenditore o Artigiano settore edilizia, Decoratore	3
A008	Imprenditore o Artigiano settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
A009	Imprenditore o Artigiano settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), Marinai	3
A010	Imprenditore o Artigiano settore agricolo (agricoltura, allevamenti, ...)	3
A011	Imprenditore o Artigiano settore meccanico / chimico, compresi accessi a settori tossici	3
A012	Insegnante attività sportive (esclusi sport Art. 29/f) – Guida alpina (escluse attività Art. 29/f)	3
A013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti, Fabbri, Autoriparatori, Vetrai, Benzinaisti.	3
A014	Autotrasportatori, Pony express, Corrieri,	3
A015	Operatori dello spettacolo ((escluse attività circensi e ballerini professionisti)	3
A016	Imprenditori o Artigiani altri settori (rispetto alle voci precedenti)	2
A017	Rappresentanti, Consulenti, Agenti di commercio, Promotori	2

Tabella 2 - LAVORATORI NON AUTONOMI		
COD.	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
B001	Forze Armate e dell'ordine con mansioni amministrative interne	2
B002	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti con sola attività amministrativa	1
B003	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti anche con missioni esterne e/o accesso a cantieri	3
B004	Professioni sanitarie (medici, paramedici, veterinari) – Farmacisti	2
B005	Impiegati/ Funzionari/ Dirigenti anche con missioni esterne ma senza accesso a cantieri	2
B006	Agricoltori, Allevatori (equini, bovini, suini, caprini, struzzi e animali domestici), Boscaioli, Pescatori	3
B007	Operai imprese settore edilizia, Decoratore	3
B008	Operai imprese settore lavorazione vetro, legno, montaggio mobili	3
B009	Operai imprese settore marittimo (pesca, costruzione navi,...), marinai	3
B010	Operatori dello spettacolo ((escluse attività circensi e ballerini professionisti)	3
B011	Operai imprese settore meccanico	3
B012	Dipendenti con accesso ad ambienti con sostanze tossiche	3
B013	Idraulici, Eletttricisti, Ascensoristi, Antennisti, Fabbri, Autoriparatori, Vetrai, Benzinaisti.	3
B014	Operai imprese settore trasporti (Autisti, Corrieri, Pony Express, Postini, Macchinisti...)	3
B015	Forze Armate e dell'ordine con mansioni esterne (missioni all'estero escluse), Vigile del Fuoco, Guardia Forestale, Guardia Giurata	3
B016	Operai altri settori – Commessi di esercizi commerciali	2
B017	Insegnanti – Assistenti sociali	2
B018	Appartenenti al settore ecclesiastico non missionario	2

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



B019	Lavoratori domestici – badanti – baby sitter	2
B020	Lavoratori in cooperative	2
B021	Dipendenti settore alberghiero e ristorazione (ad es: camerieri, cuochi, etc..)	2

Tabella 3 - NON LAVORATORI

COD	PROFESSIONE	CLASSE DI RISCHIO
C001	Studenti	2
C002	Casalinghe	2
C003	Pensionati	2
C004	Disoccupati	2
C005	Benestanti	2

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



ALLEGATO 2. CLASSIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI IN CLASSI

Descrizione intervento chirurgico	Classe di intervento
CARDIOCHIRURGIA	
Angioplastica coronarica singola	IV
By-pass aorto coronarico singolo o multiplo	VI
Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti	VI
Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.) interventi di, salvo gli interventi descritti	V
Cisti del cuore o del pericardio, asportazione di	V
Commisurotomia per stenosi mitralica	V
Contropulsazione aortica mediante incanalamento arterioso	V
Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
Embolectomia con Fogarty	III
Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	V
Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
Pericardiectomia parziale	IV
Pericardiectomia totale	V
Pericardiocentesi	I
Sostituzione valvola singola (C.E.C.)	VI
Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)	VII
Trapianto cardiaco	VII
Valvuloplastica chirurgica	VI
CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA	
Ablazione transcateretere	IV
Angioplastica coronarica singola/multipla con o senza applicazione di Stent	IV
Biopsia endomiocardica	II
Cateterismo destro e sinistro, e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
Coronografia circolo nativo + ev. studio selettivo di by-pass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espanto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocateretere e programmazione elettronica	VI
Pace maker, impianto temporaneo e relativo espanto (come unico intervento)	II
Sostituzione generatore pace maker definitivo	II
Studio elettrofisiologico endocavitario	II
Valvuloplastica cardiaca	IV
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
Ascesso mammario, incisione del	I
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
Mastectomia sottocutanea	IV
Noduli e/o cisti benigne, asportazione di	II
Posizionamento punto di repere per noduli non palpabili	I
Quadrantectomia con linfadenectomie associate	V
Quadrantectomia senza linfadenectomie associate	IV
CHIRURGIA DELLA MANO	
Amputazioni carpal	II
Amputazioni falangee	II

Amputazioni metacarpali	II
Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III
Artrodesi carpale	IV
Artrodesi metacarpo falangea e/o interfalangea	III
Artroplastica	IV
Descrizione intervento chirurgico	
Classe di intervento	
Artroprotesi carpale	V
Artroprotesi metacarpo falangea e/o interfalangea	V
Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	III
Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	IV
Lesioni tendinee, intervento per	II
Manico spastica - paralisi flaccide, trattamento chirurgico per	III
Morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervain, tenosinoviti	III
Osteotomie (come unico intervento)	III
Pseudoartrosi delle ossa lunghe, intervento per	III
Pseudoartrosi dello scafoide carpale, intervento per	III
Retrazioni ischemiche, intervento per	V
Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	VI
Rigidità delle dita	III
Sindromi canalicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleo-oleocranica, etc.)	III
Sinovialectomia (come unico intervento)	III
Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI
CHIRURGIA DEL COLLO	
Ascessi, favi, flemmoni e drenaggio di	I
Biopsia prescalenica	I
Fistola esofageo-tracheale, intervento per	V
Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplastiche benigne	III
Ghiandola sottomascellare, asportazioni per tumori maligni	IV
Linfadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia sopraclaveare	III
Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
Tiroide, lobectomie	IV
Tiroidectomia per gozzo intratoracico sia per via cervicale che per via sternotomica o toracotomia	V
Tiroidectomia subtotale	IV
Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
Tracheotomia, chiusura e plastica	II
Tracheotomia con tracheotomia sia d'urgenza che di elezione	III
Tubo laringo-tracheale, intervento per ferite del	IV
Tumore maligno del collo, asportazione di	IV
CHIRURGIA DELL'ESOFAGO	
Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia	VI
Esofago, resezione parziale dell'	VI
Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	VI
Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
Esofagogastroplastica - esofagodigiunoplastica - esogagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)	V
Esofagostomia	III
Lesioni traumatiche o spontanee, corpi estranei, tumori benigni, biopsia e cauterizzazione non endoscopica	IV
Protesi endo-esofagee, collocazione di	II
Stenosi benigna dell'esofago, interventi per	V
Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante o sclero terapia endoscopica	II
Varici esofagee: intervento trans toracico o addominale	V
CHIRURGIA DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	
Agobiopsia/agoaspirato	I
Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava	VI
Biopsia epatica (come unico intervento)	II
Calcolosi intraepatica, intervento per	V
Cisti o ascessi epatici da echinococco, pericistectomia	V
Colecistectomia	IV
Colecistogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
Colecistectomia per neoplasia non resecabili	IV
Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colecistectomia	V
Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
Dearterializzazione epatica con o senza chemioterapia	IV
Deconnessione azygos-portale per via addominale	V
Drenaggio bilio-digestivo intraepatico	IV
Incanulazione dell'arteria epatica per perfusione antiblastica	II
Litotripsia per calcoli delle vie biliari principale ed accessoria (trattamento completo)	V
Papilla di Vater, exeresi	IV
Papillostomia, per via transduodenale (come unico intervento)	IV
Papillotomia, per via endoscopica	III
Resezioni epatiche maggiori	VI
Resezioni epatiche minori	V
Trapianto di fegato	VII
Vie biliari, interventi palliativi	V
CHIRURGIA DELL'INTESTINO	
Ano preternaturale, chiusura ricostruzione continuità	IV
Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
Appendicectomia semplice	III
Ascesso o fistola del cavo ischio-rettale, intervento per	III
Ascesso perianale, intervento per	III
By-pass gastro-intestinali o intestinali per patologie maligne	VI
By-pass intestinali per il trattamento obesità patologica	V
Cisti dermoide, fistola sacro coccigea (anche recidive), intervento per	III
Colecistomia segmentaria	V
Colecistomia segmentaria, con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
Colecistomia totale	V

Colecistomia totale con linfadenectomia	VI
Colecistomia con colorrafia (come unico intervento)	IV
Confezionamento di ano artificiale (come unico intervento)	III
Confezionamento di ileostomia continente (come unico intervento)	IV
Corpi estranei dal retto, estrazione per via addominale di	IV
Corpi estranei, estrazione con sfinterotomia di	II
Digiunostomia (come unico intervento)	III
Diverticoli di Meckel, resezione di	III
Duodeno digiunostomia (come unico intervento)	III
Emicolectomia destra con linfadenectomia	V
Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Emorroidi e/o ragadi, crio-chirurgia (trattamento completo)	II
Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
Emorroidi e/o ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
Enterostomia (come unico intervento)	IV
Fistola anale extrasfinterica	III
Fistola anale intrasfinterica	II
Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
Hartmann, intervento di	VI
Ileostomia (come unico intervento)	IV
Incontinenza anale, intervento per	IV
Intestino, resezione per dell'	V
Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
Megacolon: colostomia	III
Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
Pan-colonscopia operativa	II
Polipectomia per via laparoscopica	III
Polipo rettale, asportazione di	II
Procto-colectomia totale con pouch ileale	VI
Prolasso rettale, intervento transanale per	III
Prolasso rettale, per via addominale, intervento per	IV
Ragade anale, trattamento chirurgico con sfinterotomia	III
Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia	VI
Retto, amputazione del, per neoplasia dell'ano con linfadenectomia inguinale bilaterale	VI
Retto, amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del	VI
Rettosigmoidoscopia operativa	I
Sfinterotomia (come unico intervento)	I
Sigma, miotomia del	V
Tumore del retto, asportazione per via sacrale di	V
Viscerolisi estesa (enteroplicatio), intervento per	V
CHIRURGIA DEL PANCREAS	
Agobiopsia/agoaspirato pancreas	I
Ascessi pancreatici, drenaggio di	III
Biopsia (come unico intervento)	II
Denervazioni pancreatiche, (come unico intervento)	V
Derivazione pancreatico-Wirsung digestive	V
Duodeno cefalo pancreatocomia compresa eventuale linfadenectomia	VI
Fistola pancreatica, intervento per	VI
Milza, interventi chirurgici conservativi (splenoraffie, resezioni spleniche)	V
Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
Pancreatocomia sinistra compresa splenectomia ed	VI

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



eventuale linfadenectomia	
Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)	VI
Pancreatite acuta, interventi conservativi	V
Pancreatite acuta, interventi demolitivi	VI
Pseudocisti con digiunostomia o altra derivazione, intervento per	V
Splenectomia	V
Trapianto del pancreas	VII

CHIRURGIA DELLA PARETE ADDOMINALE

Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
Ernia crurale semplice o recidiva	II
Ernia crurale strozzata	III
Ernia diaframmatica	V
Ernia epigastrica semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
Ernia inguinale semplice, strozzata o recidiva	III
Ernia ombelicale semplice o recidiva	III
Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perianale)	IV
Laparocoele, intervento per	IV
Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III
Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III

CHIRURGIA DEL PERITONEO

Ascesso del Douglas, drenaggio	III
Ascesso sub-frenico, drenaggio	IV
Laparoscopia esplorativa/diagnostica/operativa	II
Laparotomia con lesione di organi interni parenchimali che richiedono emostasi	V
Laparotomia con resezione intestinale	V
Laparotomia esplorativa quale intervento principale per neoplasie non resecabili	IV
Laparotomia per contusioni e ferite all'addome senza lesioni di organi interni	IV
Laparotomia per lesioni di organi interni parenchimali che richiedono exeresi	V
Laparotomia per lesioni gastro-intestinali che richiedono sutura	V
Laparotomia per peritonite diffusa	IV
Laparotomia per peritonite saccata	IV
Laparotomia semplice (esplorativa e/o lisi aderenze)	IV
Lavaggio peritoneale diagnostico	I
Occlusione intestinale con resezione	V
Occlusione intestinale senza resezione	IV
Paracentesi	I
Tumore retroperitoneale, exeresi di	V

CHIRURGIA PICCOLI INTERVENTI

Ascesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
Ago aspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo casi descritti	I
Ascesso o flemmone diffuso, sottoaponeurotico, superficiale o circoscritto incisione di	I
Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
Cisti tronco/arti, asportazione di	I
Corpo estraneo superficiale o profondo extracavitario, estrazione di	I
Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I

Ematoma superficiale, profondi extracavitari svuotamento di	I
Espianto di catetere peritoneale	I
Ferita superficiale o profonda della faccia, sutura di	I
Ferita superficiale o profonda, sutura di	I
Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I
Patereccio superficiale, profondo o osseo, intervento per	II
Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	II
Tumore superficiale o sottocutaneo benigno, asportazione di	I
Unghia incarnita, asportazione o cura radicale di	I

CHIRURGIA DELLO STOMACO

Dumping syndrome, interventi di riconversione per	V
Ernia iatale, interventi per (compresa plastica antireflusso)	IV
Fistola gastro-digiuno colica, intervento per	VI
Gastrectomia totale con linfadenectomia	VI
Gastrectomia totale per patologia benigna	V
Gastro-enterostomia per neoplasie non resecabili	IV
Gastrostomia (PEG)	III
Piloro plastica (come unico intervento)	IV
Resezione gastro-duodenale	V
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
Vagotomia selettiva, tronculare con piloro plastica	V
Vagotomia superselettiva	V

CHIRURGIA ORO-MAXILLO-FACCIALE

Calcolo salivare, asportazione di	II
Cisti del mascellare, operazione per	II
Cisti, mucose, piccole neoplasie benigne: della lingua o delle guance o del labbro o del pavimento orale (asportazione di)	I
Condilectomia (come unico intervento)	III
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, bilaterale	V
Condilectomia con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare, monolaterale	IV
Corpi estranei profondi dei tessuti molli, cavità orale e/o faccia, asportazione di	II
Fissazione con ferule di elementi dentali lussati (per arcata)	I
Fistola del dotto di Stenone, intervento per	II
Fistole trans-alveolari, plastiche cutanee delle	III
Formazioni cistiche endoparotidiche, enucleoresezione di	IV
Fornice gengivale superiore o inferiore, plastica del	II
Fossa pterigo-mascellare, chirurgia della	VI
Fratture dei mascellari, terapia chirurgica di	IV
Fratture della mandibola e del condilo, terapia chirurgica delle	IV
Fratture mandibolari, riduzione con ferule	II
Frenulotomia con frenuloplastica superiore ed inferiore	I
Linfoangioma cistico del collo, intervento per	IV
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento della loggia sottomascellare	V
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale	VI
Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni senza svuotamento della loggia sottomascellare	IV
Lingua, amputazione parziale per tumori benigni,	II

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



angiomi, macroglossia	
Lussazione mandibolare, terapia chirurgica per	III
Mandibola, resezione parziale per neoplasia della	V
Mascellare superiore per neoplasie, resezione del	V
Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario	VI
Meniscectomia dell'articolazione temporomandibolare (come unico intervento)	III
Neoformazione endossea di grandi dimensioni, exeresi di	III
Neoformazione endossee di piccole dimensioni (osteomi, cementomi, odontomi, torus palatino e mandibolare) exeresi di	II
Neoplasie maligne del labbro/guancia con svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	V
Neoplasie maligne del labbro/guancia senza svuotamento della loggia sottomascellare, asportazione di	III
Neoplasie maligne limitate del labbro o dei tessuti molli della cavità orale, asportazione di	II
Osteiti circoscritte dei mascellari, trattamento di	I
Paralisi dinamica del nervo facciale, plastica per	V
Paralisi statica del nervo facciale, plastica per	IV
Parotidectomia parziale o totale	V
Plastica di fistola palatina	III
Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
Ranula, asportazione di	II
Ricostruzione con innesti ossei, con materiali alloplastici o con protesi dei mascellari	V
Scappucciamento osteo-mucoso dente semincluso	I
Seno mascellare, apertura per processo alveolare	II
Tumori benigni o misti della parotide, enucleazione di	IV
CHIRURGIA PEDIATRICA	
Asportazione tumore di Wilms	VI
Cefaloematoma, aspirazione di	I
Cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) intervento per	VI
Fistola e cisti dell'ombelico: dal canale onfalomesenterico con resezione intestinale	V
Granuloma ombelicale, cauterizzazione	I
Neuroblastoma addominale, endotoracico o pelvico	VI
Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
Occlusione intestinale del neonato, con o senza resezione intestinale	V
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: ileostomia semplice	III
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva	VI
Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione secondo Mickulicz	VI
Plesso brachiale, neurolisi per paralisi ostetrica del	V
Retto, prolasso con cerchiaggio anale del	II
Retto, prolasso con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
Allestimento di lembo peduncolato	II
Angiomi del viso di grandi dimensioni (oltre cm 4), intervento per	III
Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm 4), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (oltre cm 7), intervento per	II
Angiomi di tronco e arti di piccole/medie dimensioni (meno di cm 7), intervento per	I
Cheloidi di grandi dimensioni, asportazione di	II

Cheloidi di piccole dimensioni, asportazione di	I
Cicatrici del viso, del tronco o degli arti, qualsiasi dimensione, correzione di	II
Innesti composti	II
Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
Innesto di fascia lata	II
Innesto di nervo, di tendine, osseo o cartilagineo	III
Intervento di push-back e faringoplastica	IV
Labbra (trattamento completo), plastica ricostruttiva delle	III
Modellamento di lembo in situ	II
Padiglione auricolare, plastica ricostruttiva del	III
Plastica a Z del volto o altra sede	II
Plastica V/Y, YV	II
Retrazione cicatriziale delle dita con innesto, intervento per	IV
Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto, intervento per	III
Ricostruzione mammaria post mastectomia radicale	V
Ricostruzione mammaria post mastectomia semplice totale	IV
Ricostruzione mammaria post mastectomia sottocutanea	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di grandi dimensioni	III
Riparazione di P.S.C. con lembo cutaneo di rotazione o di scorrimento di piccole dimensioni	II
Riparazione di P.S.C. con lembo fascio cutaneo	III
Riparazione di P.S.C. con lembo miofasciocutaneo	IV
Riparazione di P.S.C. o di esiti cicatriziali mediante espansione tissutale	III
Toilette di ustioni di grandi dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Toilette di ustioni di piccole dimensioni (prestazione ambulatoriale)	I
Trasferimento di lembo libero micro vascolare	V
Trasferimento di lembo peduncolato	II
Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	III
Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	II
Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO-POLMONARE	
Agobiopsia pleurica/opleurica puntura esplorativa	I
Ascessi, interventi per	IV
Bilobectomie, intervento di	VI
Biopsia laterocervicale	I
Bronchia sopraclavare	I
Broncinstillazione endoscopica	II
Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
Decorticazione pleuro-polmonare, intervento di	V
Drenaggi di mediastinici acute o croniche o di ascessi	II
Drenaggio cavità empi ematiche	II
Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
Enfisema bollosa, trattamento chirurgico	IV
Ernie diaframmatiche traumatiche	V
Ferita toraco-addominale con lesioni viscerali	V
Ferita toraco-addominale senza lesioni viscerali	III
Ferite con lesioni viscerali del torace	V
Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per	VI
Fistole esofago bronchiali, interventi di	VI
Fratture costali o sternali, trattamento chirurgico	III

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Lavaggio bronco-alveolare endoscopico	I
Lavaggio pleurico	I
Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
Linfoadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
Mediastinoscopia diagnostica o operativa	II
Mediastinoscopia soprasternale per enfisema mediastinico	II
Neoformazioni costali localizzate	II
Neoformazioni del diaframma	IV
Neoformazioni della trachea	III
Neoplasie maligne coste e/o sterno	IV
Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
Pleurectomie	V
Pleuropneumonectomia	VI
Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	III
Pneumonectomia, intervento di	VI
Pneumotorace terapeutico	I
Puntato sternale o midollare	I
Puntura esplorativa del polmone	I
Relaxatio diaframmatica	V
Resezione bronchiale con reimpianto	VI
Resezione di costa soprannumeraria	V
Resezione segmentaria o lobectomia	V
Resezioni segmentarie tipiche o atipiche	V
Sindromi stretto toracico superiore	V
Timectomia	V
Toracentesi	I
Toracoplastica, primo tempo	V
Toracoplastica, secondo tempo	III
Toracosopia	II
Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
Tracheo-broncoscopia esplorativa	II
Tracheo-broncoscopia operativa	III
Trapianto di polmone	VII
CHIRURGIA VASCOLARE	
Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
Aneurismi arterie distali degli arti	IV
Aneurismi, resezione e trapianto: arterie viscerali e tronco sovraortici	V
Angioplastica di arterie viscerali (come unico intervento)	V
By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale	V
By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo, carotido-succlativa	V
By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillo-femorale, femoro-popliteo	V
Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
Fasciotomia decompressiva	IV
Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	I
Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	II
Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale-poplitea-omeroale-mammaria interna-brachiale-ascellare-glutea-carotide-verrebrale-succlavia-anonima	IV
Legatura e/o di piccoli vasi: tibiali-linguale-tiroideamascellare- temporale-facciale-radiale-cubitali - arcate palmari/pedidie	II
Safenectomia della grande e/o della piccola safena, totale o parziale e varicectomia e trombectomia ed eventuale legatura delle vene comunicanti o correzioni emodinamiche (CHIVA)	III

Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
Tromboendoartectomia aorto-iliaca ed eventuale pastica vasale	VI
Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Tromboendoarteriectomia e plastica arteria femorale	V
Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici	VI
Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II
CHIRURGIA DERMATOLOGICA, CRIOTERAPIA, LASER	
Asportazione con LASER di tumori benigni cutanei o delle mucose esclusi quelli del viso (unica seduta)	I
Asportazione con LASER di tumori benigni del viso (unica seduta)	I
Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (condilomi, etc.) (per seduta)	I
Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	I
GASTROENTEROLOGIA	
Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	I
GINECOLOGIA	
Adesiolisi	IV
Agobiopsie/agoaspirati parti anatomiche profonde	I
Annessiectomia bilaterale, interventi conservativi di	V
Annessiectomia bilaterale, interventi demolitivi di	V
Annessiectomia monolaterale, interventi conservativi di	IV
Annessiectomia monolaterale, interventi demolitivi di	IV
Ascessi delle ghiandole vulvari o cisti ghiandola Bartolini, incisione e drenaggio di	I
Ascessi o diverticoli o cisti parauretrali, trattamento chirurgico di	III
Ascesso pelvico, trattamento chirurgico	II
Biopsia della portio, vulva, vagina, endometrio	I
Cisti della ghiandola del Bartolini, asportazione di	III
Cisti ovarica intralegamentosa, asportazione di	IV
Cisti vaginale, asportazione di	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali	I
Colpoperineorrafia per lacerazioni perineali interessanti il retto	III
Colpotomia e svuotamento di raccolte ematiche e purulente	II
Conizzazione e tracheloplastica	III
Denervazione vulvare	II
Diatermocoagulazione della portio uterina o vulva	I
Dilatazione del collo e applicazione di tubetto di Petit-Leufour endouterino	I
Eviscerazione pelvica	VI
Fistole uterili, vescico-vaginale, retto-vaginale, intervento per	V
Incontinenza uterina, intervento per via vaginale o addominale	V
Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfoadenectomia	V
Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparoscopica o per via vaginale, intervento di	IV
Isteropepsi	IV

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsia (come unico esame)	I
Isteroscopia operativa: ablazione endometriale, intervento per	III
Isteroscopia operativa: corpi estranei, rimozione di	I
Isteroscopia operativa: sinechie-setti-fibromi-polipi, intervento per	II
Laparoscopia diagnostica e/o salpingocromoscopia comprese eventuali biopsie	II
Laparotomia esplorativa (come unico intervento)	II
Laparotomia esplorativa con linfadenectomia lombo pelvica selettiva e biotica	V
Laparomia per ferite e rotture dell'utero	V
Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
Linfadenectomia laparoscopica (come unico intervento)	IV
Metroplastica (come unico intervento)	IV
Miomectomie per via laparoscopica e ricostruzione plastica dell'utero	IV
Miomectomie per via vaginale	III
Neoformazioni della vulva, asportazione	I
Neurectomia semplice	IV
Plastica con allargamento dell'introito (compreso intervento per vaginismo)	III
Plastica vaginale anteriore, e posteriore, intervento di	IV
Plastica vaginale anteriore o posteriore, intervento di	III
Polipi cervicali, asportazione di	I
Polipi orifizio uretrale esterno	I
Prolasso cupola vaginale o colpopessia, interventi per via addominale o vaginale	IV
Prolasso mucoso orifizio uretrale esterno, trattamento chirurgico di	II
Raschiamento endouterino diagnostico e terapeutico	II
Resezione ovarica bilaterale per patologia disfunzionale	IV
Resezione ovarica monolaterale per patologia disfunzionale	III
Salpingectomia bilaterale	IV
Salpingectomia monolaterale	IV
Salpingoplastica	V
Setto vaginale, asportazione chirurgica	II
Tracheloplastica (come unico intervento)	II
Trattamento chirurgico conservativo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	V
Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addomino-pelviche-annessiali	IV
Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per	V
Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per	IV
V.A.B.R.A. a scopo diagnostico	I
Vulvectomia parziale	III
Vulvectomia parziale con linfadenectomia bilaterale	IV

diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	
Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
Vulvectomia totale	IV
OSTETRICIA	
Aborto terapeutico	II
Amniocentesi	II
Assistenza al parto con taglio cesareo (e/o distocico con o senza episiotomia) conservativo o demolitivo (comprensiva della normale assistenza alla puerpera durante il ricovero)	IV
Biopsia villi coriali	II
Cerchiaggio cervicale	II
Colpoperineorrafia per deiscenza sutura, intervento di	I
Cordocentesi	II
Fetoscopia	II
Lacerazione cervicale, sutura di	I
Laparotomia esplorativa	II
Laparotomia esplorativa, con intervento demolitore	V
Mastite puerperale, trattamento chirurgico	I
Revisione delle vie del parto, intervento per	II
Revisione di cavità uterina per aborto in atto-postabortivo-in puerperio, intervento	II
Riduzione manuale per inversione di utero per via laparotomica, intervento di	IV
NEUROCHIRURGIA	
Anastomosi vasi intra-extra cranici	VI
Ascesso o ematoma intracranico, intervento per	VI
Carotide endocranica, legatura della	V
Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni	VI
Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di	VI
Corpo estraneo intracranico, asportazione di	VI
Cranioplastica	VI
Craniotomia a scopo decompressivo/esplorativo	V
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali o ematoma extradurale	VI
Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
Deviazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per	VI
Epilessia focale, intervento per	VI
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via trans-toracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V
Fistola liquorale	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente extra cranico	V
Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico	VI
Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta	VI
Gangliectomia lombare o splancnicectomia	V
Ipfosi, intervento per via transfenoidale	VI
Laminectomia esplorativa, decompressiva e per interventi extradurali	V
Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari	VI
Laminectomia per tumori intramidollari	VI
Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di	VII
Neoplasie endorachidee, asportazione di	V

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningiomollari, intervento endorachideo	VI
Neurolisi (come unico intervento)	III
Neuroraffia primaria (come unico intervento)	III
Neurotomia retrogasseriana, sezione entracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
Plastica volta cranica	VI
Plesso brachiale, intervento sul	V
Puntura sottoccipitale per prelievo liquido o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
Rachicentesi per qualsiasi indicazione	I
Rizotomie e micro decompressioni radici endocraniche	VI
Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica (compresa eventuale plastica)	VI
Simpatico cervicale: denervazione del seno cattedico, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: gangliectomia, intervento sul	IV
Simpatico cervicale: stellectomia, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: gangliectomia toracica, intervento sul	IV
Simpatico dorsale: intervento associato sul simpatico toracico e sui nervi slancnici	V
Simpatico lombare: gangliectomia lombare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: resezione del nervo presacrale, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpaticectomia periarteriosa, intervento sul	III
Simpatico lombare: simpaticectomia post gangliare, intervento sul	IV
Simpatico lombare: simpatico pelvico, intervento sul	IV
Simpatico lombare: splancnicetomia, intervento sul	IV
Stenosi vertebrale lombare	V
Stereotassi, intervento di	V
Strappamenti e blocchi di tronchi periferici del trigemino e di altri nervi cranici	III
Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili	VII
Termorizotomia del trigemino o di altri nervi cranici	IV
Trapanazione cranica per puntura e drenaggio ventricolare	III
Trapianti, innesti ed altre operazioni plastiche (come unico intervento)	IV
Traumi vertebro-midollari via anteriore o posteriore, intervento per	VI
Tumori orbitali, asportazione per via endocranica	VII
Tumori dei nervi periferici, asportazione di	V
Tumori della base cranica, intervento per via trans orale	VII
Tumori orbitali, intervento per	VI
OCULISTICA BULBO OCULARE	
Corpo estraneo endobulbare calamitabile, estrazione di	III
Corpo estraneo endobulbare non calamitabile, estrazione di	V
Enucleazione con innesto protesi mobile	IV
Enucleazione o exenteratio	III
Eviscerazione con impianto intraoculare	IV
OCULISTICA CONGIUNTIVA	
Corpi estranei, asportazione di	I
Neoplasie congiuntivali, asportazione con innesto	II
Neoplasie congiuntivali, asportazione con plastica per scorrimento	II
Piccole cisti, sutura con innesto placentare	I
Plastica congiuntivale per innesto o scorrimento	II
Pterigio o pinguecola	I
Sutura di ferita congiuntivale	I

OCULISTICA CORNEA	
Cheratomiileusi	III
Cheratoplastica a tutto spessore	IV
Cheratoplastica lamellare	III
Cheratoplastica refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
Corpi estranei dalla cornea (estrazione di)	I
Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
Epicheratoplastica	IV
Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
Odontocherapotesi (trattamento completo)	IV
Paracentesi della camera anteriore	I
Sutura corneale (come unico intervento)	I
Trapianto corneale a tutto spessore	VI
Trapianto corneale lamellare	V
OCULISTICA CRISTALLINO	
Aspirazione di masse catarattose (come unico intervento)	III
Cataratta (senile, traumatica, patologica, complicata), estrazione di	III
Cataratta congenita o traumatica, discissione di	II
Cataratta molle, intervento per	III
Cataratta secondaria, discissione di	I
Cataratta, asportazione ed impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera anteriore	II
Cristallino artificiale, impianto secondario in camera posteriore	III
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera anteriore (come unico intervento)	II
Cristallino artificiale, rimozione dalla camera posteriore (come unico intervento)	III
Cristallino lussato-cataratta complicata, estrazione di	III
Cristallino, estrazione nella miopia elevata (Fukala)	III
Intervento di Fukala e impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore	III
OCULISTICA IRIDE	
Cisti iridee, asportazione e plastica di	II
Iridectomia	II
Irido-dialisi, intervento per	II
Iridoplastica	II
Iridotomia	II
Prolasso irideo, riduzione	II
Sinechiotomia	II
Sutura dell'iride	II
OCULISTICA MUSCOLI	
Muscoli retti esterni o retti interni, avanzamento di	II
Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento di	III
Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
Strabismo paralitico, intervento per	III
OCULISTICA INTERVENTI PER GLAUCOMA	
Alcolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
Ciclodialisi	III
Ciclodiatomia perforante	II
Goniectomia	III
Idrociclotomia, intervento di	IV
Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
Operazione fistolizzante	IV
Trabeculectomia	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta - intervento combinato	IV
Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto	V

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



cristallino artificiale-intervento combinato	
Trabeculotomia	III
OCULISTICA ORBITA	
Biopsia orbitaria	II
Cavità orbitaria, plastica per	III
Cisti profonde o neoplasie contorno orbita, asportazione di	III
Corpi estranei endoorbitali, asportazione di	II
Exenteratio orbitale	IV
Iniezione endoorbitale	I
Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
OCULISTICA PALPEBRE	
Ascesso palpebrale, incisione di	I
Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: una palpebra	II
Calazio	II
Cantoplastica	II
Entropion-ectropion	II
Epicanto-coloboma	II
Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: una palpebra (escluse finalità estetiche)	I
Ernie palpebrali, correzione di (escluse finalità estetiche)	I
Piccoli tumori o cisti, asportazione di	I
Riapertura di anchiloblefaron	I
Sutura cute palpebrale (come unico intervento)	I
Sutura per ferite a tutto spessore (come unico intervento)	I
Tarsorrafia (come unico intervento)	I
Tumori, asportazione con plastica per innesto	III
Tumori, asportazione con plastica per scorrimento	II
OCULISTICA RETINA	
Asportazione, cerchiaggio, rimozione materiale usati durante l'intervento di distacco	II
Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
Vitrectomia anteriore e posteriore	V
OCULISTICA SCLERA	
Sclerectomia (come unico intervento)	IV
Sutura sclerale	II
OCULISTICA SOPRACCIGLIO	
Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
Plastica per innesto o per scorrimento	II
Sutura ferite	I
OCULISTICA TRATTAMENTI LASER	
Laserchirurgia della cornea a scopo terapeutico o ottico (escluse finalità estetiche)	II
Laserterapia degli annessi, della congiuntiva, dei neovascolari	I
Laserterapia del glaucoma e delle sue complicanze	I
Laserterapia delle vasculopatie e/o malformazioni retiniche (a seduta)	I
Laserterapia iridea	I
Laserterapia lesioni retiniche	I
Laserterapia nella retinopatia diabetica (per seduta)	I
Trattamenti laser per cataratta secondaria	I
OCULISTICA VIE LACRIMALI	
Chiusura del puntino lacrimale (compresa eventuale protesisi)	I
Dicriocistorinostomia o intubazione	III

Fistola, asportazione	I
Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I
Impianto tubi di silicone nelle stenosi delle vie lacrimali	I
Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II
Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
Stricturotomia (come unico intervento)	I
Vie lacrimali, ricostruzione	III
ORTOPEDIA - INTERVENTI CRUENTI	
Acromioplastica anteriore	IV
Agoaspirato osseo	I
Alluce valgo, correzione di	III
Allungamento arti superiori e/o inferiori (per segmento, trattamento completo)	V
Amputazione grandi segmenti (trattamento completo)	IV
Amputazione medi segmenti (trattamento completo)	III
Amputazione piccoli segmenti (trattamento completo)	II
Artrodesi vertebrale per via anteriore e/o posteriore	VI
Artrodesi: grandi articolazioni	IV
Artrodesi: medie articolazioni	II
Artrodesi: piccole articolazioni	II
Artrodesi: grandi	III
Artrodesi: medie	II
Artrodesi: piccole	II
Artroplastiche con materiale biologico: grandi	V
Artroplastiche con materiale biologico: medie	III
Artroplastiche con materiale biologico: piccole	II
Artroprotesi polso	V
Artroprotesi spalla, parziale	VI
Artroprotesi spalla, totale	VI
Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)	VI
Artroprotesi: ginocchio	VI
Artroprotesi: gomito, tibiotarsica	VI
Artroscopia diagnostica (come unico intervento)	II
Ascesso freddo: drenaggio di	I
Biopsia articolare o ossea	I
Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III
Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
Borsectomia	II
Calcaneo stop	III
Chemonucleosi per ernia discale	IV
Cisti menisciale, asportazione di	III
Condrectomia	I
Corpi estranei e mobili endoarticolari (come unico intervento), asportazione di	III
Costola cervicale e "outlet syndrome", intervento per	V
Costruzione di monconi cinematici	IV
Disarticolazione interscapolo toracica	VI
Disarticolazioni, grandi	VI
Disarticolazioni, medie	V
Disarticolazioni, piccole	III
Elsmie-Trillat, intervento di	III
Emipelvectomia	VI
Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto	VI
Epifisiodesi	IV
Ernia del disco dorsale o lombare	IV
Ernia del disco dorsale per via transtoracica	V
Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie	IV
Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica	V

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Esostosi semplice, asportazione di	II
Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
Lateral release	I
Legamenti articolari collo-piede (qualsiasi tecnica), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio (anche in artroscopia), ricostruzione di	IV
Legamenti articolari del ginocchio con meniscectomia (anche in artroscopia)	IV
Lussazioni recidivanti (spalla, ginocchio), plastica per	IV
Meniscectomia (in artroscopia) (trattamento completo)	III
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozioni di corpi mobili (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (in artroscopia) + rimozione di corpi mobili + condroabrasione (trattamento completo)	IV
Meniscectomia (tecnica tradizionale) (trattamento completo)	III
Midollo osseo, espanto di	II
Neurinomi, trattamento chirurgico di	III
Nucleoaspirazione e/o nucleolisi lombare	IV
Osteiti e osteomieliti (trattamento completo), intervento per	IV
Osteosintesi vertebrale	VI
Osteosintesi: grandi segmenti	V
Osteosintesi: medi segmenti	IV
Osteosintesi: piccoli segmenti	III
Osteotomia semplice o complessa (bacino, vertebrale, etc.)	III
Perforazione alla Boeck	I
Prelievo di trapianto osseo con innesto	III
Pseudoartrosi grandi segmenti o congenita di tibia (trattamento completo)	V
Pseudoartrosi medi segmenti (trattamento completo)	IV
Pseudoartrosi piccoli segmenti (trattamento completo)	III
Puntato tibiale o iliaco	I
Radio distale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
Riempimenti di arto o suo segmento	VII
Resezione articolare	IV
Resezione delta sacro	V
Riallineamento metatarsale	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale	VI
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di grandi articolazioni	IV
Riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di medie e piccole articolazioni	II
Rimozione mezzi di sintesi	III
Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
Scapulopessi	IV
Scoliosi, intervento per	VI
Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	VI
Sinoviectomia piccole articolazioni (come unico intervento)	II
Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg	VI
Stenosi vertebrale lombare	V
Svuotamento di focolai metastatici ed armatura con sintesi + cemento	V
Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
Toilette chirurgica e piccole suture	I
Traslazione muscoli cuffia rotatori della spalla	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o	V

articolazioni, asportazione di	
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, medi segmenti o articolazioni, asportazione di	IV
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, piccoli segmenti o articolazioni, asportazione di	II
Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di	VI
Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)	VI
Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche di	V

ORTOPEDIA-TENDINI, MUSCOLI, FASCE

Biopsia muscolare	I
Deformità ad asola	IV
Dito a martello	II
Ganegli tendinei (cisti) e/o iatrogeni, asportazione di	II
Tenolisi (come unico intervento)	II
Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III
Tenorrafia complessa	III
Tenorrafia semplice	II
Tenotomia, miotomia, aponeurotomia (come unico intervento)	III
Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV

OTORINOLARINGOIATRIA : FARINGE-CAVO ORALE-OROFARINGE E GHIANDOLE SALIVARI

Ascesso peritonsillare, retrofaringeo o laterofaringeo, incisione di	I
Leucoplachia, asportazione	I
Neoplasie parafaringee	V
Tonsillectomia	III
Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	II
Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	IV
Ugolutomia	I
Velofaringoplastica	IV

OTORINOLARINGOIATRIA : NASO E SENI PARANASALI

Adenoidectomia	II
Adenotonsillectomia	III
Cateterismo seno frontale	I
Cisti o piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III
Ematoma, ascesso del setto, drenaggio di	I
Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	IV
Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	III
Fistole oro-antrali	I
Frattura delle ossa nasali, riduzione di	I
Ozena, cura chirurgica dell'	II
Polipi nasali o coanali, asportazione semplice di	I
Rinofima, intervento	II
Rinosettoplastica con innesti liberi di osso	V
Rino-settoplastica ricostruttive o funzionali (escluse finalità estetiche) compresa turbinotomia	III
Rino-settoplastica, revisione di	II
Seni paranasali, intervento per mucocoele	IV
Seni paranasali, intervento radicale mono o bilaterale	V
Seno frontale, svuotamento per via nasale o esterna	II
Seno mascellare, svuotamento radicale bilaterale	III
Seno mascellare, svuotamento radicale monolaterale	II
Seno sfenoidale, apertura per via transnasale	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare conservativa con turbinotomie funzionali	V

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo o secondo grado monolaterale allargata	V
Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	V
Sinechie nasali, recisione di	I
Speroni o creste del setto, asportazione di	I
Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	III
Tumori maligni del naso e dei seni paranasali, asportazione di	VI
Turbinati inferiori, svuotamento funzionale (come unico intervento)	I
Turbinati, cauterizzazione dei (come unico intervento)	I
Turbinotomia (come unico intervento)	II
Varici del setto, trattamento di	I

OTORINOLARINGOIATRIA : ORECCHIO

Antro-atticotomia con labirintectomia	VI
Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidica	VI
Ascesso del condotto, incisione di	I
Ascesso extra durale, apertura per via transmastoidica	VI
Corpi estranei, asportazione per via chirurgica retroauricolare	I
Drenaggio transtimpanico	I
Ematoma del padiglione, incisione di	I
Fistole congenite, asportazione di	II
Mastoidectomia	IV
Mastoidectomia radicale	V
Miringoplastica per via endoaurale	III
Miringoplastica per via retroauricolare	IV
Miringotomia (come unico intervento)	I
Neoplasia del padiglione, exeresi di	II
Neoplasie del condotto, exeresi di	II
Nervo vestibolare, sezione del	VI
Neurinoma dell'ottavo paio, asportazione di	VI
Osteomi del condotto, asportazione di	II
Petrosectomia	VI
Petrositi suppurati, trattamento delle	V
Polipi o cisti del padiglione o retro auricolari, asportazione di	I
Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
Stapedectomia	V
Stapedotomia	V
Timpanoplastica con o senza mastoidectomia	V
Timpanoplastica secondo tempo di	III
Timpanoplastica esplorativa	II
Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V

OTORINOLARINGOIATRIA : LARINGE E IPOFARINGE

Adduttori, intervento per paralisi degli	V
Ascesso dell'epiglottide, incisione	I
Biopsia in laringoscopia	I
Biopsia in microlaringoscopia	I
Cauterizzazione endolaringea	I
Corde vocali, decorticazione in microlaringoscopia	III
Cordectomia (anche laser)	V
Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
Diagrafma laringeo, e scissione con ricostruzione plastica	IV
Laringectomia parziale	V
Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale	VI
Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V

Laringoceale	IV
Laringofaringectomia totale	VI
Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
Neoformazioni benigne asportate in microlaringoscopia	II
Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
Nervo laringeo superiore, alcolizzazione del	II
Papilloma laringeo	II
Pericondrite ed ascesso perifaringeo	II

UROLOGIA : ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA

Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	II
Cistoscopia ed eventuale biopsia	II
Cromocistoscopia e cateterismo uretrale mono o bilaterale	I
Cromoscistoscopia e valutazione funzionale	I
Ureteroscopia (omnicomprensiva)	I
Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I

UROLOGIA : ENDOSCOPIA OPERATIVA

Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
Collo vescicale o prostata, resezione endoscopica del	IV
Collo vescicale, resezione per sclerosi, recidiva	II
Corpi estranei vescicali, estrazione citoscopica di	II
Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali (per seduta)	I
Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, ect.	IV
Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
Nefrostomia percutanea bilaterale	III
Nefrotomia percutanea monolaterale	II
Neoformazioni ureterali, resezione endoscopica di	III
Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVP)	IV
Reflusso vescico-ureterale, intervento endoscopico (Teflon)	III
Stenting ureterale bilaterale (come unico intervento)	II
Stenting ureterale monolaterale (come unico intervento)	I
Ureterocele, intervento endoscopico per	III
Uretrotomia endoscopica	II
Valvola uretrale, resezione endoscopica (come unico intervento)	II
Wall Stent per stenosi ureterali compresa nefrotomia	V
Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II

UROLOGIA : PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA UROLOGICA

Cambio tubo cistostomico	I
Cambio tubo pielostomico	I

UROLOGIA : PROSTATA

Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)	VI
Prostatectomia sottocapsulare per adenoma	IV

UROLOGIA : RENE

Agobiopsia renale percutanea	I
Biopsia chirurgica del rene (come unico intervento)	III
Cisti renale per via percutanea, puntura di	I
Cisti renale, puntura evacuativa percutanea con iniezione di sostanze sclerosanti	I
Cisti renale, resezione	III
Eminefrectomia	V

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Lititripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Lititripsia extracorporea per calcolosi renale e ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Lobotomia per ascessi pararenali	IV
Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)	VI
Nefrectomia polare	V
Nefrectomia semplice	V
Nefropessi	IV
Nefrostomia o pielostomia (come unico intervento)	IV
Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
Nefroureterectomia radicale più trattamento per trombo cavale (compresa surrenectomia)	VI
Pielocalicolitomia (come unico intervento)	IV
Pielocentesi (come unico intervento)	I
Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	V
Pieloureteroplastica per stenosi del giunto	V
Surrenectomia (trattamento completo)	VI
Trapianto del rene	VII

UROLOGIA : URETERE

Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
Transuretero-uretero-anastomosi	IV
Uretero-ileo-anastomosi mono o bilaterale	V
Ureterocistoneostomia bilaterale	V
Ureterocistoneostomia monolaterale	III
Ureterocutaneostomia bilaterale	V
Ureterocutaneostomia monolaterale	IV
Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (mono o bilaterali), intervento di cutaneostomia	VI
Ureteroileocutaneostomia non continente	V
Uterolisi più omento plastica	III
Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
Ureterolitotomia pelvica	V
Ureterosigmoidostomia mono o bilaterale	V
Calcoli o corpi estranei uretrali, rimozione di	I
Caruncola uretrale	I
Cisti o diverticoli o ascessi parauretrali, intervento per	II
Diatermocoagulazione di condilomi uretrali con messa a piatto dell'uretra	III
Fistole uretrali	V
Incontinenza urinaria, applicazione di sfinteri artificiali	IV
Meatotomia e meato plastica	II
Polipi del meato, coagulazione di	I
Prolasso muscolo uretrale	II
Resezione uretrale e uretrorrafia anteriore peniena	IV
Resezione uretrale e uretrorrafia posteriore membranosa	V
Rottura traumatica dell'uretra	IV
Uretrectomia totale	IV
Uretroplastiche (in un tempo), intervento di	IV
Uretroplastiche (lembi liberi o peduncolati), trattamento completo	V
Ureterostomia perineale	III

UROLOGIA : VESCICA

Ascesso dello spazio prevescicale del Retzius	III
Cistectomia parziale con ureterocistoneostomia	V
Cistectomia parziale semplice	IV
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o utero annessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	VI
Cistolitotomia (come unico intervento)	II
Cistopessi	III
Cistorrafia per rottura traumatica	III
Cistomania sovra pubica	II
Collo vescicale, plastica Y/V (come unico intervento)	V
Diverticulectomia	IV
Estrofia vescicale (trattamento completo)	VI
Fistola e/o cisti dell'uraco, intervento per	IV
Fistola sovra pubica, intervento per (come unico intervento)	III
Fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica, intervento per	VI
Fistola vescico-vaginale o vescico-rettale, intervento per	V
Vescica, plastiche di ampliamento (colon/ileo)	V
Vescicoplastica antireflusso	V

UROLOGIA : APPARATO GENITALE MASCHILE

Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
Biopsia testicolare mono o bilaterale	I
Cisti del testicolo o dell'epididimo, exeresi	II
Deferenti, legatura dei (per patologie croniche)	II
Deferenti, ricanalizzazione dei	IV
Emasculatio totale ed eventuale linfadenectomia	V
Epididimectomia	III
Fimosi con frenulo plastica, circoncisione per	II
Fistole scrotali o inguinali	III
Frenulotomia e frenulo plastica	I
Funicolo, detorsione del	III
Idrocele, intervento per	II
Idrocele, puntura di	I
Indutario penis plastica, interventi per	IV
Corpi cavernosi (corporoplastiche, ect.) interventi sui	IV
Orchidopessi mono o bilaterale	III
Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	V
Orchiectomia sotto capsulare bilaterale	III
Orchiepididimectomia bilaterale con eventuali protesi	IV
Orchiepididimectomia monolaterale con eventuali protesi	III
Parafimosi, intervento per	II
Pene, amputazione parziale del	III
Pene, amputazione totale con linfadenectomia	V
Pene amputazione totale del	IV
Posizionamento di protesi peniena	V
Priapismo (percutanea), intervento per	II
Priapismo (shunt), intervento per	III
Scroto, resezione dello	II
Traumi del testicolo, intervento di riparazione per	II
Tumori del testicolo con eventuale linfadenectomia, interventi per	V
Varicocele, intervento per (anche con tecnica microchirurgica)	III



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informativa ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

Il **Gruppo Net Insurance**, costituito dalle società **Net Insurance S.p.A.**, e **Net Insurance Life S.p.A.** (più avanti, anche "l'Assicuratore") con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il "Regolamento"), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende la presente informativa.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è il **Gruppo Net Insurance**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale ha fornito i suoi dati personali.

2) Liceità e Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso:

- a) è diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di conclusione ed esecuzione dei contratti attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa a cui l'Assicuratore è autorizzato ai sensi della Legge;
- b) può anche essere diretto, con esclusione dei dati sensibili (ad es: stato di salute) all'espletamento da parte dell'Assicuratore, previo Suo esplicito consenso, al trattamento dei dati personali per finalità di "marketing diretto" attraverso strumenti tradizionali e automatizzati di contatto per la comunicazione commerciale, l'offerta di prodotti o servizi, l'invio di materiale pubblicitario per la vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato da parte dell'Assicuratore. Per tali finalità l'Assicuratore può far ricorso sia a strumenti automatizzati di contatto come la posta elettronica, il telefax, i messaggi del tipo mms (multimedia messaging service) o sms (short message service) o strumenti di altro tipo, sia a modalità tradizionali, come la posta cartacea, e le chiamate telefoniche tramite operatore.

3) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura sensibile:

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nella Legge;
- b) avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o incaricati del trattamento.

4) Destinatari dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 2, lettera a) - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria ai sensi della Legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b) Inoltre i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 2, lettera a), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate,) ai sensi delle vigenti disposizioni della Legge.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



5) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (Art. 2220 del Codice Civile).

6) Diritti dell'Interessato

6.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (Art. 15);
- Diritto di rettifica (Art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (Art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (Art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (Art. 20);
- Diritto di opposizione (Art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto;

6.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

6.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: **il Garante per la protezione** nelle seguenti modalità:

- a) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia,11 -00187 Roma
- b) messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE



PROTECTION
PROPOSTA
Modello NL/NET/0107/02
NET INSURANCE S.P.A.
NET INSURANCE LIFE S.P.A.

PROPOSTA n.	Intermediario	Sportello
<CODPOL>	Sparkasse	Filiale <FILIALE>
Contraente - Residenza		
Cognome e Nome _____ Cod. Fiscale _____		
Indirizzo _____ Località _____		
Comune _____ CAP _____ Prov. _____		
e-Mail _____ Telefono _____		
Presenza Mutuo: Sì ☐ No ☐ Identificativo Mutuo: _____		
Provenienza rischio altra Compagnia Sì ☐ No ☐		
Recapito di polizza		
Indirizzo _____ Località _____		
Comune _____ CAP _____ Prov. _____		
Durata		
Emissione _____ Effetto dalle 24 del _____ Scadenza dalle 24 del _____		
Frazionamento _____ Tacita proroga _____ Convenzione _____		
Premi		
Rata alla firma _____ fino al _____	Imponibile	Imposte
Rate successive _____		Totale
Premi Totali Annui		
Totale Imponibile	Sconto	Imponibile scontato
		Imposte
		Totale Lordo

Il premio è calcolato applicando lo sconto, ove previsto, per le Garanzie che lo prevedono.

Periodicità: annuale, semestrale o mensile.

Mezzi di pagamento: addebito in conto corrente, SDD, bonifico.

<modalita_data_pagamento>

L'incaricato _____

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Informativa precontrattuale

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 11 del Regolamento IVASS n.41/2018, il Set Informativo (Mod. NL/NET/0107/01), composto da: Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti vita (DIP VITA); Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti danni (DIP DANNI) Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi); Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario; Modulo di proposta.

<LUOGO E DATA>

Il Contraente _____

Avvertenza: il Contraente/Assicurando dichiara altresì di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

<LUOGO E DATA>

Il Contraente _____

In caso di acquisto di garanzie della Sezione 4. Salute:

Formula opzionata: () INDIVIDUALE () GRUPPO FAMILIARE

In caso di opzione della FORMULA PER "GRUPPO FAMILIARE", i soggetti più avanti indicati come "Persone Assicurate" devono intendersi far parte dello stesso "GRUPPO FAMILIARE" dell'Assicurato n. 1, secondo il Piano Assicurativo indicato per tale soggetto.

Garanzie Assicurato	Capitale/Profilo	Premio imponibile	Imposte	Totale
Salute	Piano Assicurativo A	Vedi Condizioni di Assicurazione		
	Piano Assicurativo B	Vedi Condizioni di Assicurazione		
	Piano Assicurativo C	Vedi Condizioni di Assicurazione		
	Piano Assicurativo D	Vedi Condizioni di Assicurazione		

Persone Assicurate

Dati Assicurato	Cognome e Nome	Data di nascita	Codice fiscale	Professione	Tipo professione
Peso		Altezza			

Garanzie Assicurato	Capitale/Profilo	Premio imponibile	Imposte	Totale
Temporanea Caso Morte	Temporanea Caso Morte			
Indennitaria Gravi Malattie	Indennitaria Gravi Malattie			
Infortuni	Morte da infortuni			
	Invalità Permanente da Infortuni			
	Inabilità Temporanea			
	Rimborso spese di cura da infortuni			
	Diaria da ricovero			
Invalità Permanente da Malattia	Invalità Permanente da Malattia			
Salute	Piano Assicurativo A	Vedi Condizioni di Assicurazione		

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



	Piano Assicurativo B	Vedi Condizioni di Assicurazione			
	Piano Assicurativo C	Vedi Condizioni di Assicurazione			
	Piano Assicurativo D	Vedi Condizioni di Assicurazione			
Assistenza alle Persone	Assistenza persona				
Perdita di Impiego	Perdita di Impiego				
		Totale			

Avvertenza: il Contraente/Assicurando dichiara altresì di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

<LUOGO E DATA>

L'Assicurando

(se minore chi ne esercita la potestà)

Beneficiari (valido per la garanzia Temporanea caso morte e per Morte da infortunio)

AVVERTENZE:

- in caso di mancata compilazione dello spazio dedicato all'indicazione dei dati anagrafici del beneficiario, l'Assicuratore potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario;
- la modifica o la revoca del beneficiario indicato nominativamente deve essere comunicata all'impresa

BENEFICIARIO IN FORMA NOMINATIVA

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Indirizzo Comune CAP Provincia

Codice Fiscale Cell. E-mail*

BENEFICIARIO IN FORMA NON NOMINATIVA

Il sottoscritto Contraente della presente polizza dichiara espressamente di voler identificare il Beneficiario in forma non nominativa ed a tale proposito indica quale Beneficiari:

☐ EREDI LEGITTIMI E/O TESTAMENTARI DELL'ASSICURATO

☐

<LUOGO E DATA>

Il Contraente

Il sottoscritto Contraente della presente polizza, ☐ DA' IL CONSENSO ☐ NEGA IL CONSENSO all'invio di comunicazioni al Beneficiario, se indicato in forma nominativa, prima del decesso dell'Assicurato.

<LUOGO E DATA>

Il Contraente

REFERENTE TERZO DIVERSO DAL BENEFICIARIO

Nel caso in cui il Contraente manifesti esigenze specifiche di riservatezza, può identificare un referente terzo, diverso dal Beneficiario, a cui l'Assicuratore potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato.

Cognome e Nome

Luogo e data di nascita

Indirizzo Comune CAP Provincia

Codice Fiscale Cell. E-mail*

<LUOGO E DATA>

Il Contraente

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Il Sottoscritto Assicurando (se diverso dal Contraente) dichiara di dare il consenso all'assicurazione sulla propria vita ai sensi dell'art. 1919 C.C.

LUOGO E DATA>

L'Assicurando _____
(se minore chi ne esercita la potestà)

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;
- Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario;
- L'assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con l'evidenza del costo a suo carico

QUESTIONARIO SANITARIO SEZIONE 1 – TCM SEZIONE 3 – Diaria da Ricovero Sezione 4 – Invalidità Permanente da Malattia SEZIONE 4 - SALUTE

Le risposte e le informazioni previste in questo documento devono essere fornite dall'Assicurando o, se minorenne, dalla persona esercente la potestà. Per la validità della copertura il documento deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato in quanto consente la valutazione del rischio da parte della Società.

L'Assicurando è consapevole che sono escluse dall'Assicurazione:

- gli stati invalidanti, gli Infortuni, le Malattie in genere, già conosciuti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette;
- le sintomatologie persistenti - ad esempio dolori al petto, costipazione, sangue nelle feci, tosse, iperpiressia, tumefazioni, noduli, rigonfiamenti, emicranie, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento ghiandole linfatiche - per le quali l'assicurato non ha ancora ricevuto una diagnosi ma a fronte delle quali ha in programma di sottoporsi nei giorni successivi alla sottoscrizione della polizza ad accertamenti sanitari oppure è in attesa di ricevere gli esiti di tali accertamenti.

L'Assicurando è consapevole che non sono assicurabili, indipendentemente dall'eventuale valutazione dello stato di salute al momento della richiesta di accesso in copertura, le persone affette da

- alcolismo
- tossicodipendenza
- infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS.

Inoltre, se nel corso della copertura insorge una di queste patologie la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi, tranne, riguardo all' infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS, quanto previsto all'art. 25, comma 13.

Firma dell'Assicurando _____
(o se minorenne, firma di chi ne esercita la potestà)

Data _____

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



DATI RELATIVI ALL'ASSICURANDO

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____
Residente in _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____
E-mail _____ Cellulare _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. E' in attesa di ricovero o intervento chirurgico?	Si ☐	No ☐
2. Ha già subito un intervento, ricevuto una diagnosi o è in attesa degli esiti di esami/curare o trattamenti in merito a una o più delle seguenti malattie/disturbi: • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma? • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris? • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale? • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria? • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa? • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere? • diabete (tipo 1 e 2)? • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite?	Si ☐	No ☐
3. Soffre di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci?	Si ☐	No ☐
4. Le è stata riconosciuta un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o ha fatto domanda per ottenerla?	Si ☐	No ☐
5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti?	Si ☐	No ☐

Firma dell'Assicurando _____
(o se minorenne, firma di chi ne esercita la potestà)

Data _____

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



QUESTIONARIO SANITARIO GRAVI MALATTIE

Le risposte e le informazioni previste in questo documento devono essere fornite dall'Assicurando o, se minorenne, dalla persona esercente la potestà. Per la validità della copertura il documento deve essere compilato in tutte le sue parti e firmato in quanto consente la valutazione del rischio da parte della Società.

L'Assicurando è consapevole che sono escluse dall'Assicurazione le Malattie in genere, già conosciute, diagnosticate o curate anteriormente alla stipula dell'Assicurazione nonché le relative complicanze e conseguenze dirette e indirette.

L'Assicurando è consapevole che non sono assicurabili, indipendentemente dall'eventuale valutazione dello stato di salute al momento della richiesta di accesso in copertura, le persone affette da:

- alcolismo
- tossicodipendenza
- infezione da H.I.V e sindromi correlate con o senza AIDS

Inoltre, se nel corso della copertura insorge una di queste patologie la copertura assicurativa cessa con effetto immediato al loro manifestarsi.

Firma dell'Assicurando _____

Data _____

FAC-SIMILE

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



DATI RELATIVI ALL'ASSICURANDO

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____
Residente in _____ Via _____ N. _____
CAP _____ Località _____ Prov. _____
Codice Fiscale _____ Peso (kg) _____ Altezza (cm) _____
E-mail _____ Cellulare _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

1. E' in attesa di ricovero o intervento chirurgico?	Sì ☐	No ☐
2. Ha già subito un intervento, ricevuto una diagnosi o è in attesa degli esiti di esami, cure o trattamenti in merito a una o più delle seguenti malattie/disturbi: • cancro o qualsiasi tipo di tumore maligno anche della pelle, leucemia o linfoma? • malattie cardiache (del miocardio, vascolari, valvolari, aritmiche) ad esempio: infarto del miocardio, coronaropatia, aneurisma dell'aorta, angina pectoris? • malattie cerebrovascolari ad esempio: ictus (trombosi o emorragia cerebrale), attacco ischemico cerebrale transitorio (TIA), aneurisma cerebrale? • broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) con necessità di terapia continua, enfisema, fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria? • epatiti croniche virali (esclusa epatite A), cirrosi epatica, pancreatite acuta o cronica, malattie infiammatorie croniche intestinali ad esempio il morbo di Crohn o la rettocolite ulcerosa? • nefrosi, insufficienza renale cronica, rene policistico, malattie della vescica che richiedono terapie continuative o l'uso di catetere? • diabete (tipo 1 e 2)? • morbo di Parkinson, demenza, Alzheimer, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), sclerosi multipla, malattie demielinizzanti, lupus eritematoso, distrofia muscolare, epilessia, artrite reumatoide, sclerodermia o dermatomiosite?	Sì ☐	No ☐
3. Soffre di ipercolesterolemia (superiore a 250 mg/dL nonostante il trattamento), ipertensione arteriosa (superiore a 140/90 nonostante il trattamento), ipo/ipertiroidismo non controllato da terapia/farmaci?	Sì ☐	No ☐
4. Le è stata riconosciuta un'invalidità di grado uguale o superiore al 25% o ha fatto domanda per ottenerla?	Sì ☐	No ☐
5. Si è sottoposto negli ultimi 12 mesi a indagini diagnostiche particolari, ad esempio: risonanze magnetiche, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, che abbiano dato esiti fuori dalla norma e/o che abbiano richiesto ulteriori accertamenti?	Sì ☐	No ☐
6. Le è mai stata rifiutata oppure accettata a condizioni particolari da qualsiasi altra società di Assicurazione una proposta per un'assicurazione Malattie Gravi (o Dread Disease o Critical Illness), invalidità, spese mediche o sulla vita?	Sì ☐	No ☐
7. Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni prima dell'età di 60 anni?	Sì ☐	No ☐

Firma dell'Assicurando _____

Data _____

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Linea Patrimonio				
Dati Contraente				
Cognome e Nome		Data di nascita	Codice Fiscale	
Garanzie RC-Tutela	Capitale/Massimale	Premio imponibile	Imposte	Totale
RC della Vita Privata				
RC della Proprietà				
Tutela legale Vita Privata e Immobile				
Tutela legale Cyber Risk				
Totale				

Ai fini della garanzia RC della Vita Privata:
presenza di abitazione di proprietà? (SI) (NO)
in caso positivo: è dimora abituale? (SI) (NO)

Ubicazione Immobile 1				
Indirizzo		Località		
Comune		Cap. _____ Prov: _____		
Scala	Piano	Interno	Mq. _____	
Foglio	Particella	Sub		
Tipo abitazione	Titolo	Tipo dimora	Vincolo	
Vincolatario		Grado	Scadenza	N. Mutuo

Garanzie Immobile 1		Capitale/Massimale	Premio imponibile	Imposte	Totale
Incendio	Fabbricato				
	Contenuto				
	Rischio locativo				
Terremoto ed Alluvione	Terremoto				
	Fabbricato				
	Terremoto				
	Contenuto				
	Alluvione				
	Fabbricato				
Furto e Rapina	Alluvione				
	Contenuto				
Assistenza Abitazione	Furto del				
	Contenuto				
Energie Rinnovabili All risk	Assistenza Abitazione				
	Energie Rinnovabili all risk				
Totale					

Ubicazione Immobile 2				
Indirizzo		Località		
Comune		Cap. _____ Prov: _____		
Scala	Piano	Interno	Mq. _____	
Foglio	Particella	Sub		
Tipo abitazione	Titolo	Tipo dimora	Vincolo	
Vincolatario		Grado	Scadenza	N. Mutuo

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Garanzie Immobile 2		Capitale/Massimale	Premio imponibile	Imposte	Totale
Incendio	Fabbricato				
	Contenuto				
	Rischio locativo				
Terremoto ed Alluvione	Terremoto				
	Fabbricato				
	Terremoto				
	Contenuto				
	Alluvione				
	Fabbricato				
	Alluvione				
	Contenuto				
Furto e Rapina	Furto del Contenuto				
Assistenza Abitazione	Assistenza Abitazione				
Energie Rinnovabili All risk	Energie Rinnovabili all risk				
Totale					

Ubicazione Immobile 3

Indirizzo _____ Località _____
 Comune _____ Cap _____ Prov: _____
 Scala _____ Piano _____ Interno _____ Mq. _____
 Foglio _____ Particella _____ Sub _____
 Tipo abitazione _____ Titolo _____ Tipo dimora _____ Vincolo _____

Vincolatorio	Grado	Scadenza	N. Mutuo

Garanzie Immobile 3		Capitale/Massimale	Premio imponibile	Imposte	Totale
Incendio	Fabbricato				
	Contenuto				
	Rischio locativo				
Terremoto ed Alluvione	Terremoto				
	Fabbricato				
	Terremoto				
	Contenuto				
	Alluvione				
	Fabbricato				
	Alluvione				
	Contenuto				
Furto e Rapina	Furto del Contenuto				
Assistenza Abitazione	Assistenza Abitazione				
Energie Rinnovabili All risk	Energie Rinnovabili all risk				
Totale					

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Dichiarazioni del Contraente

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:
 Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio – Art. 2 Effetto, durata e disdetta del contratto – Premio - Art. 8 Aggravamento del Rischio – Art. 10 Recesso in caso di Sinistro – Art. 11 Riduzione dei capitali assicurati – Art. 12 Cambiamento dell'Abitazione – Art. 17 Altre Assicurazioni – Art. 18-116 Limite massimo dell'indennizzo – Art. 62 Cumulo di indennizzi - Art. 74 Determinazione dell'indennizzo - Art. 23-39-67 Limiti di età – Art. 30-41-56-77 Modalità assuntive – Artt. 25-47-59-69-80-94-98-115-120-129 Esclusioni – Artt. 26-49-70-82 Termini di Carenza – Artt. 3-29-39-56-71-75 Adeguamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato – Artt. 48-81 Patologie preesistenti - Artt. 38-50-60-72-83-96-102-122-131 Cosa fare in caso di Sinistro – Art. 57 Variazioni di Rischio – Attività diversa da quella dichiarata - Art. 100 Persone non considerate terzi.

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Luogo e data _____

Il Contraente _____

Consenso alle comunicazioni mediante tecniche a distanza

Acconsento a ricevere, in formato elettronico ed al contatto di recapito indicato in anagrafica (es. e-mail), la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti.

☐ SI

☐ NO

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Prima di fornire i suoi consensi, La invitiamo a leggere attentamente l'informativa Privacy consegnata, disponibile anche nella sezione Privacy del sito www.netinsurance.it

Finalità assicurative descritte alla lettera a) punto 2) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, per le finalità assicurative e a tal fine sottoscrivo il modulo per esprimere questo consenso in forma scritta.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Finalità di marketing descritte alla lettera b) punto 2) dell'Informativa Privacy

acconsento al trattamento dei dati non sensibili per lo svolgimento di attività promozionali e di vendita di prodotti e servizi NET INSURANCE e di società appartenenti allo stesso Gruppo.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Consenso addebito in conto corrente

Autorizzo l'addebito del premio e/o rettifiche sul mio conto corrente identificato a mezzo del seguente Codice IBAN:

Luogo e data _____

Il Contraente _____

FAC-SIMILE

Condizioni di Assicurazione – PROTECTION

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 1 (Temporanea Caso Morte):

- Per posta: Net Insurance Life S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- Per e-mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 3 (Infortuni) – Sezione 4 (Invalidità Permanente da Malattia) - Sezione 7 (Perdita di Impiego) – Sezione 8 (Responsabilità Civile) - Sezione 10 (Incendio) – Sezione 11 (Terremoto ed Alluvione) - Sezione 12 (Furto e rapina) – Sezione 14 (Energie rinnovabili):

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- Per e-mail: claims@netinsurance.it Fax +39 0697625707

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 2 (Indennitaria Gravi Malattie) – SEZIONE 4 (Garanzie “Indennità giornaliera”, “Surgical Cash”, “Rimborso Spese Mediche”, “Accertamenti Diagnostici”, “Visite Specialistiche”, “Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi”)

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia
- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Tool sinistri: applicativo disponibile presso le filiali SparKasse per la denuncia ed il tracking sul sinistro
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 4 (“Dental”)

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA — Italia
- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle h. 8.30 alle h. 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Tool sinistri: applicativo disponibile presso le filiali SparKasse per la denuncia ed il tracking sul sinistro
- Per e-mail: rimborsi@sigmadental.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: SEZIONE 5 (Assistenza alle Persone) – SEZIONE 11 (Assistenza Abitazione) 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 44 (Contact Center)
Sito: www.netinsurance.it/wecare
Fax + 39 06 97625707

PER INOLTARE UN RECLAMO

Net Insurance Life S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA (Garanzia temporanea Caso Morte)
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