

Vittoria con te

**Salute e
Benessere**



Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Vittoria con te - Salute e Benessere

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari"
del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari.

CGA RP01 - EDZ 03.2023

Data dell'ultimo aggiornamento del presente documento 10/03/2023



Vittoria
Assicurazioni

CHI PROTEGGE SE STESSO, PROTEGGE GLI ALTRI

Gentile Cliente,
GRAZIE di aver scelto Vittoria Assicurazioni.

Con il presente documento che Le è stato consegnato prima della sottoscrizione della Polizza, abbiamo il piacere di illustrarle le garanzie e i servizi che il nostro prodotto "Vittoria con te - Salute e Benessere" è in grado di offrirle.

Le garanzie assicurative prestate sono pensate per proteggere Lei e/o i Suoi familiari da conseguenze economiche o situazionali sfavorevoli causate da infortuni, anche connessi alla circolazione e derivanti dallo svolgimento di attività familiari, della vita privata e/o anche di quelle di carattere professionale su di esso incombenti o da malattie.

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del contratto sono state predisposte delle Condizioni di Assicurazione suddivise per Sezioni contenenti le garanzie da Lei opzionate, ciascuna con il relativo glossario. Le condizioni delle garanzie opzionate sono riportate nelle relative Sezioni del presente documento.

Ricordiamo che "Vittoria con te - Salute e Benessere" è stato ideato per soddisfare al meglio le Sue reali esigenze di tutela e ha quindi, come caratteristica principale, che le condizioni di assicurazione sono strettamente connesse alla scelta di garanzie da Lei esercitata. **Troverà quindi condizioni contrattuali relative solo a ciò che Lei ha effettivamente scelto per sé e/o per altri assicurati, evitandole quindi il fastidio di perdersi in informazioni superflue e ridondanti.**

"Vittoria con te - Salute e Benessere" prevede infatti la possibilità di includere ed abbinare in un unico documento contrattuale diverse tipologie di garanzie, così come, nel corso della vita del contratto, di modificare il numero e la composizione delle garanzie presenti all'interno della Polizza aggiungendo nuove garanzie e/o eliminando quelle esistenti, senza necessità di annullare tutta la Polizza.

Come vantaggio per avere scelto un prodotto "Vittoria con te", Vittoria Assicurazioni Le riserva la possibilità di disdettare la polizza annualmente, anche se scelta una durata iniziale poliennale.

Lei potrà inoltre sempre modificare il contenuto delle garanzie, ad esempio il massimale, le franchigie ecc.

Ulteriori caratteristiche del prodotto "Vittoria con te" è che in ogni momento, a sua richiesta, Lei potrà avere un documento denominato "Cartella Assicurativa" che conterrà informazioni utili relative alla Sua posizione complessiva con Vittoria Assicurazioni.

Al fine di avere informazioni complete sulle regole e modalità di composizione delle garanzie e sul prodotto in generale, La invitiamo a rivolgersi al Suo Intermediario di fiducia.

Diventando nostro Cliente, infatti, Lei non acquista solo una copertura assicurativa, ma potrà contare sul supporto e la consulenza di esperti professionisti del settore, in grado di assisterLa per ogni necessità di carattere assicurativo.

All'interno delle condizioni di assicurazione, troverà alcuni box di consultazione aventi la stessa grafica utilizzata per il presente riquadro.

I box di consultazione sono degli appositi spazi che hanno lo scopo di chiarire, anche attraverso esempi, quanto contenuto nelle condizioni di assicurazione e/o di evidenziare punti su cui porre particolare attenzione.

Tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una semplificazione. Per questo motivo è bene tenere in considerazione le condizioni a cui si riferiscono.

Le frasi evidenziate graficamente tramite l'utilizzo di sfondo pieno tono su tono prevedono:

- oneri e obblighi di comportamento a carico del contraente e dell'assicurato;
- nullità e decadenze;
- operatività delle garanzie (limiti ed esclusioni).

Indice

IL CONTRATTO DALLA "A" ALLA "Z"	8
GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo	9
IL CONTRATTO DALLA "A" ALLA "Z"	10
1 - Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?	10
1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	10
1.2 - DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO	10
1.3 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	10
1.4 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	11
1.5 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI	11
2 - Come mi assicuro?	11
2.1 - QUANDO E COME DEVO PAGARE	11
2.2 - DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO	11
2.3 - DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO	11
2.4 - POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI CONTRATTO E CONSEQUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE	12
2.5 - VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE	12
2.6 - DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA	12
2.7 - IMPOSTE E TASSE	12
2.8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	12
2.9 - FORO COMPETENTE	12
2.10 - PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE	13
2.11 - PRESCRIZIONE	13
2.12 - SOSTITUZIONE E MODIFICHE AL CONTRATTO	13
2.13 - RINUNCIA ALLA RIVALSA	13
TABELLA DI SINTESI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO	14
APPENDICE NORMATIVA	15
Sezione Infortuni	19
GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo	20
OGGETTO DEL CONTRATTO	22
1 - Cosa è assicurato?	22
1.1 - FORMA DI COPERTURA	22
1.2 - TIPO DI COPERTURA	23
1.3 - ALTRI RISCHI INCLUSI NELLE GARANZIE	24
1.4 - GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO	25

1.5 - GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE	26
1.6 - INDICIZZAZIONE DELLE SOMME	26
2 - Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	27
2.1 - DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO	27
2.2 - DIARIA PER FRATTURA OSSEA	27
2.3 - RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO	27
2.4 - TUTELA MINORI	28
2.5 - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITA'	28
2.6 - ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI	28
2.7 - PERDITA ANNO SCOLASTICO	28
2.8 - ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA	29
2.9 - INVALIDITA' PERMANENTE DEI MINORI	29
2.10 - INABILITA' TEMPORANEA	29
2.11 - DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO	29
2.12 - DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO	29
2.13 - DIARIA PER FRATTURA OSSEA	30
2.14 - RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO	30
2.15 - ERNIE ADDOMINALI NON DETERMINATE DA INFORTUNIO	30
2.16 - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITA'	31
2.17 - ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI	31
2.18 - DANNI ESTETICI	31
2.19 - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER RAPINA E TENTATIVO DI SEQUESTRO	31
2.20 - TUTELA MINORI	31
2.21 - RISCHI SPORTIVI	31
2.22 - MEDICO TIROCINANTE, BORSISTA	32
2.23 - PERDITA ANNO SCOLASTICO	32
2.24 - ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA	33
2.25 - OPZIONE RENDITA	33
3 - Cosa NON è assicurato?	33
4 - Ci sono limiti di copertura?	33
4.1 - ESCLUSIONI	34
4.2 - LIMITI TERRITORIALI	35
4.3 - FRANCHIGIE	35
4.4 - LIMITI DI INDENNIZZO	36
Cosa fare in caso di Sinistro?	40
5 - Gestione del sinistro	40
5.1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI	40
5.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE	40
5.3 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	42
5.4 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	43
5.5 - ACCANTONAMENTO DELL'INDENNIZZO IN CASO DIRESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE	44
5.6 - POSSIBILE RECESSO DALLE GARANZIE INFORTUNI A SEGUITO DI PAGAMENTO DI SINISTRO	44

TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO	45
ALLEGATO 1 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI I.P.	46
ALLEGATO 2 - TABELLE DI LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER I.P.	49
ALLEGATO 3 - CLASSIFICAZIONE DELLE PROFESSIONI	65
APPENDICE NORMATIVA	69
Sezione Malattia	70
GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo	71
OGGETTO DEL CONTRATTO	73
1 - Cosa è assicurato?	73
1.1 - DIARIA DA RICOVERO	73
1.2 - RIMBORSO SPESE SANITARIE "CLASSIC"	74
1.3 - RIMBORSO SPESE SANITARIE "ELITE"	76
1.4 - INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI	79
1.5 - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	80
1.6 - INDICIZZAZIONE DELLE SOMME	80
1.7 - DECORRENZA DELLE GARANZIE E PERIODO DI CARENZA	81
2 - Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	82
2.1 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA	82
2.2 - DIARIA DA CONVALESCENZA	82
2.3 - GESSATURA ESTESA	83
2.4 - MAGGIORAZIONE DELLA DIARIA PER RICOVERO	83
2.5 - RETTA ACCOMPAGNATORE	83
2.6 - RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO	83
2.7 - SUPPORTO AL CAREGIVER	84
2.8 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA "CLASSIC"	84
2.9 - MAGGIORAZIONE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	84
2.10 - DIARIA DA CONVALESCENZA "CLASSIC"	84
2.11 - RETTA ACCOMPAGNATORE "CLASSIC"	85
2.12 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	85
2.13 - MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE	85
2.14 - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI DI FISIOCHINESITERAPIA	86
2.15 - DIARIA DA CONVALESCENZA "ELITE"	86
2.16 - VISITE SPECIALISTICHE	86
2.17 - FRANCHIGIA DI 900 EURO	86
2.18 - FRANCHIGIA DI 1800 EURO	87
2.19 - MASSIMALE UNICO NUCLEO "ELITE"	87
2.20 - SOLO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	87
2.21 - INDENNITÀ DA RICOVERO NON COMPORTANTE INTERVENTO CHIRURGICO	87

2.22 - TABELLA INDENNIZZI PRIVILEGIATA	87
2.23 - FRANCHIGIA 65%	87
2.24 - OPZIONE RENDITA	88
3 - Cosa NON è assicurato?	88
4 - Ci sono limiti di copertura?	88
4.1 - ESCLUSIONI	88
4.2 - LIMITI TERRITORIALI	93
4.3 - FRANCHIGIE	93
4.4 - SCOPERTI	94
4.5 - LIMITI DI INDENNIZZO	96
Cosa fare in caso di Sinistro?	102
5 - Gestione del sinistro	102
5.1 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	102
5.2 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	105
5.3 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO	105
TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO	110
ALLEGATO 1 - AUMENTO DEL PREMIO IN FUNZIONE DELL'ETA'	
DELL'ASSICURATO	111
ALLEGATO 2 - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI	113
ALLEGATO 3 - LIMITI DI RIMBORSO PER EQUIPE OPERATORIA	133
APPENDICE NORMATIVA	134
Sezione Assistenza	135
GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo	136
OGGETTO DEL CONTRATTO	138
1 - Cosa è assicurato?	138
1.1 - ASSISTENZA PERSONA	138
1.2 - ASSISTENZA MICRO-MOBILITA'	142
2 - Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?	146
2.1 - SECONDA OPINIONE MEDICA	146
3 - Cosa NON è assicurato?	147
4 - Ci sono limiti di copertura?	147
4.1 - ESCLUSIONI	147
4.2 - LIMITI DI INDENNIZZO	149

Cosa fare in caso di Sinistro?	153
5 - GESTIONE DEL SINISTRO	153
5.1 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	153
5.2 - FORNITURA DELLE PRESTAZIONI	153
TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO	154
APPENDICE NORMATIVA	155
Sezione Tutela Legale	156
GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo	157
OGGETTO DEL CONTRATTO	159
1 - Cosa è assicurato?	159
1.1 - TUTELA INFORTUNI	159
1.2 - TUTELA ELITE PLUS	160
1.3 - TUTELA CIRCOLAZIONE	162
2 - Cosa NON è assicurato?	164
3 - Ci sono limiti di copertura?	164
3.1 - ESCLUSIONI	164
3.2 - LIMITI DI INDENNIZZO	166
Cosa fare in caso di Sinistro?	168
4 - Gestione del Sinistro	168
4.1 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO	168
4.2 - GESTIONE DEL SINISTRO	168
4.3 - ESONERO DI RESPONSABILITA'	169
4.4 - DISACCORDO DELLA GESTIONE DEL SINISTRO	169
4.5 - TERMINI DI LIQUIDAZIONE	169
TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO	170
APPENDICE NORMATIVA	171

Vittoria con te

**Salute e
benessere**

**IL CONTRATTO
DALLA "A" ALLA "Z"**



**Vittoria
Assicurazioni**

CHI PROTEGGE SE STESSO, PROTEGGE GLI ALTRI

GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo

I termini riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO" nelle presenti condizioni di assicurazione e nelle condizioni di assicurazioni delle SEZIONI acquistate hanno il significato a loro attribuito di seguito.

LE PARTI:

- **CONTRAENTE:** il soggetto che stipula l'assicurazione.
- **SOCIETÀ:** Vittoria Assicurazioni S.p.A. ed eventuali Coassicuratrici.

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO:

- **ANNO SOLARE:** periodo di 365 giorni (366 per gli anni bisestili) che decorre dalla data di sottoscrizione della **POLIZZA** e termina il corrispondente giorno dell'anno successivo.
- **ASSICURATO:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **CONSUMATORE:** la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale, commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.
- **GARANZIA:** è la copertura assicurativa sui **RISCHI** che regola le modalità di **INDENNIZZO** o **RIMBORSO** che la **SOCIETÀ** si impegna a corrispondere a seguito di un **SINISTRO**.
- **INDENNIZZO** o **RIMBORSO** : la somma dovuta dalla **SOCIETÀ** in caso di **SINISTRO**.
- **POLIZZA** o **CONTRATTO:** il documento che prova l'assicurazione e regola i rapporti fra le **PARTI**.
- **PREMIO:** la somma dovuta dal **CONTRAENTE** alla **SOCIETÀ**.
- **RISCHIO:** la probabilità che si verifichi un evento futuro e incerto in grado di provocare conseguenze dannose.
- **SEZIONE/I:** insieme di **GARANZIE** raggruppate in funzione dei **RISCHI** assicurati.
- **SINISTRO:** il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- **SOMMA ASSICURATA:** l'importo massimo della prestazione assicurativa indicata in **POLIZZA**, scelto dal **CONTRAENTE** per ciascuna copertura assicurativa.

IL CONTRATTO DALLA "A" ALLA "Z"

Nel presente documento sono contenute le norme che, ove non espressamente derogate, regolano il **CONTRATTO**. Il **CONTRATTO** è, inoltre, disciplinato dalle norme di legge applicabili. Nell'Appendice Normativa è riportato il testo integrale degli articoli citati nelle Condizioni di Assicurazione ed applicabili al **CONTRATTO**.

1 - Che obblighi ho? Che obblighi ha la Società?

In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi che sono contrattualmente previsti per **CONTRAENTE/ASSICURATO** e **SOCIETÀ**.

1.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

È particolarmente importante per la **SOCIETÀ** che al momento della conclusione del **CONTRATTO**, il **CONTRAENTE** e l'**ASSICURATO** (se persona diversa al **CONTRAENTE**) forniscano una serie di informazioni necessarie alla corretta valutazione del rischio.

Pertanto, in caso di eventuali inesattezze e reticenze da parte del **CONTRAENTE** e/o dell'**ASSICURATO** sulle suddette informazioni, tali da compromettere la corretta valutazione del rischio, quest'ultimo potrebbe subire la perdita totale o parziale del proprio diritto all'**INDENNIZZO** nonché la cessazione della **POLIZZA**⁽¹⁾.

1.2 - DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

In caso di variazioni che comportino una diminuzione⁽²⁾ del **RISCHIO**, il **CONTRAENTE** ne deve dare comunicazione alla **SOCIETÀ** in una delle forme previste dall'art. 1.5 "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**".

In tal caso la **SOCIETÀ** è tenuta a ridurre il **PREMIO** o le rate di **PREMIO** successive al momento in cui è pervenuta la comunicazione del **CONTRAENTE**. In alternativa, la **SOCIETÀ** potrebbe esercitare il proprio diritto di recesso dal **CONTRATTO** entro due mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza della suddetta comunicazione. Tale recesso avrà effetto decorso un mese.

Anche nei casi di aggravamento⁽³⁾ del **RISCHIO**, il **CONTRAENTE** è tenuto a darne comunicazione scritta alla **SOCIETÀ** mediante lettera raccomandata o comunicazione tramite posta elettronica certificata (PEC). Infatti, gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla **SOCIETÀ** potrebbero comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**INDENNIZZO**, nonché la cessazione dell'assicurazione.

Cosa si intende per "RISCHIO"?

Come riportato nel Glossario del presente contratto, in ambito assicurativo viene definito "RISCHIO" la probabilità che si verifichi un evento idoneo a generare un SINISTRO.

Ad esempio, rientra nella definizione di "RISCHIO" la probabilità che l'**ASSICURATO** subisca un infortunio derivante dall'uso di un mezzo di locomozione pubblico o privato, dalla guida di auto o moto, dall'esercizio di giochi o attività sportive di carattere ricreativo e dilettantistico.

1.3 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI⁽⁴⁾

Qualora il **CONTRAENTE** abbia sottoscritto diversi contratti assicurativi per i medesimi **RISCHI** coperti dalla presente **POLIZZA** deve darne comunicazione alla **SOCIETÀ**. Se il **CONTRAENTE** omette dolosamente di dare tale comunicazione, la **SOCIETÀ** non è tenuta a corrispondere l'**INDENNIZZO**.

La **SOCIETÀ**, entro 30 giorni dalla comunicazione suindicata, può recedere dalla **POLIZZA** con preavviso di almeno 15 giorni e restituisce al **CONTRAENTE** la quota di **PREMIO** pagata e non goduta.

In caso di **SINISTRO**, il **CONTRAENTE** deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

1.4 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se il **CONTRATTO** è stipulato per conto altrui, il **CONTRAENTE** deve adempiere agli obblighi da esso derivanti, ad eccezione di quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'**ASSICURATO** ⁽⁵⁾.

1.5 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione deve essere fatta da parte del **CONTRAENTE** o dell'**ASSICURATO** con lettera raccomandata o PEC all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETÀ** ai seguenti indirizzi:

- Vittoria Assicurazioni S.p.a., Via Ignazio Gardella 2, 20149 Milano;
- vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it.

2 - Come mi assicuro?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le condizioni operative secondo le quali la **SOCIETÀ** presta le **GARANZIE** offerte dal presente **CONTRATTO**.*

2.1 - QUANDO E COME DEVO PAGARE

La prima rata di **PREMIO** o l'eventuale **PREMIO** unico pattuito devono essere pagati alla consegna della **POLIZZA**.

Le rate successive devono essere pagate alle scadenze previste.

La **SOCIETÀ** rilascia quietanza contenente data del pagamento e firma della persona autorizzata a riscuotere il **PREMIO**.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la **POLIZZA** o presso la sede della **SOCIETÀ**.

Se il **CONTRAENTE** ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit⁽⁶⁾, le modalità di pagamento delle rate sono disciplinate dall'allegato al contratto "SEPA Direct Debit".

Se il **CONTRAENTE** ha optato per l'Addebito Continuativo su Carta di Credito, le modalità di pagamento sono disciplinate dalle disposizioni contenute nell'allegato "Pagamento frazionato del premio tramite Addebito Continuativo su Carta di Credito", che forma parte integrante del contratto.

La sottoscrizione della **POLIZZA** (indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future) impegna il **CONTRAENTE** a mantenere in vita la **POLIZZA** stessa per tutta la durata pattuita e a pagare le rate di **PREMIO** alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui all'art. 1.3 "**ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI**".

2.2 - DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO

Le **GARANZIE** acquistate hanno effetto dalle ore 24 del giorno in cui è stata sottoscritta la **POLIZZA** se il **PREMIO** è stato pagato, a meno che la **POLIZZA** stabilisca una data successiva. In caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Le rate successive alla prima possono essere pagate entro il 15° giorno dalla scadenza, trascorso il quale le **GARANZIE** restano sospese e rientrano in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno del pagamento del **PREMIO**, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite⁽⁷⁾.

Per i **CONTRATTI** poliennali:

- la **SOCIETÀ** può prevedere frazionamenti del **PREMIO** diversi da quello mensile (per esempio, al posto di rate mensili prevedere rate annuali);
- la **SOCIETÀ** può applicare un diverso frazionamento del premio in occasione di ogni scadenza di **ANNO SOLARE** comunicando tale intenzione al **CONTRAENTE** almeno 60 giorni prima della suddetta scadenza.

In tal caso il **CONTRAENTE** può recedere dal contratto comunicando il recesso alla **SOCIETÀ** almeno 15 giorni prima della scadenza dell'**ANNO SOLARE**.

2.3 - DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO

Il **CONTRATTO** può avere durata annuale o poliennale con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascuna proroga.

Anche se la **POLIZZA** dovesse prevedere una durata poliennale, il **CONTRAENTE** potrà recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità in cui ha esercitato il recesso⁽⁸⁾.

La **POLIZZA** (così come le **GARANZIE** in essa contenute) ha durata non inferiore ad 1 anno, e, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle **PARTI** nelle modalità di seguito

indicate, è prorogata per la durata di 1 anno per ciascuna proroga.

La disdetta, in quest'ultimo caso, deve essere data nelle forme indicate all'art. 1.5 "FORMA DELLE COMUNICAZIONI", almeno 30 giorni prima della scadenza della **POLIZZA**, se la stessa è stipulata con un **CONSUMATORE** (se non **CONSUMATORE**, 60 giorni prima della scadenza della **POLIZZA**).

Nel caso di durata poliennale è prevista una riduzione del **PREMIO**.

2.4 - POSSIBILITÀ DELLA SOCIETÀ DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI CONTRATTO E CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE

Ad ogni rinnovo anniversario della **POLIZZA** la **SOCIETÀ** può modificare il **PREMIO** di **POLIZZA**, in aggiunta a quanto eventualmente previsto dall'indicizzazione (se selezionata e indicata in **POLIZZA**).

La variazione di **PREMIO** è evidenziata sulla quietanza rilasciata al **CONTRAENTE** che, pagando il **PREMIO** così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di **PREMIO**.

Qualora il **CONTRAENTE** non accetti le nuove condizioni, astenendosi dal pagamento del **PREMIO**, l'assicurazione, cesserà automaticamente dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e si intenderà risolta senza alcuna formalità.

2.5 - VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione, per le nuove persone per le quali il **CONTRAENTE** e la **SOCIETÀ** concordano che siano prestate le **GARANZIE**, decorre dalle ore 24 del giorno di perfezionamento della relativa appendice contrattuale (firma dell'appendice e pagamento del **PREMIO** dovuto).

La cessazione dell'assicurazione relativa ai singoli **ASSICURATI**, non contemporanea all'inclusione in garanzia di altri **ASSICURATI**, dà luogo a corrispondente riduzione di **PREMIO** soltanto a partire dalla scadenza anniversaria successiva alla data di comunicazione.

2.6 - DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, se il **CONTRATTO** è stipulato da un **CONSUMATORE**, il **CONTRAENTE** può recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della **POLIZZA** avvenuto con il pagamento del **PREMIO**, tramite richiesta scritta da inviare nelle modalità previste dall'art. 1.5 "FORMA DELLE COMUNICAZIONI".

In tal caso la **SOCIETÀ** trattiene la quota di **PREMIO** relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Cosa si intende per "tecnica di comunicazione a distanza"?

Si intende qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del distributore e del **CONTRAENTE** (ad esempio internet), viene utilizzata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

2.7 - IMPOSTE E TASSE

Il **PREMIO** è comprensivo di imposte ed oneri fiscali in vigore ed è a carico del **CONTRAENTE**.

2.8 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato dal **CONTRATTO** valgono le norme di legge.

2.9 - FORO COMPETENTE

Per le eventuali controversie relative a questo **CONTRATTO** il Foro competente è quello del luogo di residenza o di domicilio del **CONTRAENTE** o dell'**ASSICURATO** (se diverso).

2.10 - PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

Per tutte le controversie nascenti o comunque collegate a questo **CONTRATTO**, per le quali non è stato possibile raggiungere una soluzione amichevole, prima di promuovere un giudizio è obbligatorio effettuare un tentativo di mediazione ⁽⁹⁾.

L'Organismo di mediazione prescelto potrebbe prevedere la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (via web).

In ogni caso la **PARTI** richiedente si impegna:

- ad indicare nell'istanza di mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del **SINISTRO**, numero della **POLIZZA**), nonché ad indicare all'Organismo di Mediazione il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per la notifica alla **SOCIETÀ** della relativa istanza: mediazione@pec.vittoriaassicurazioni.it;
- a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà il regolamento di mediazione dell'Organismo.

Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

2.11 - PRESCRIZIONE

I diritti derivanti dalle prestazioni e **GARANZIE** di cui alla presente **POLIZZA** si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ⁽¹⁰⁾.

2.12 - SOSTITUZIONE E MODIFICHE AL CONTRATTO

Ogni variazione al **CONTRATTO** deve essere effettuata per iscritto e debitamente sottoscritta dalle **PARTI**.

2.13 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La **SOCIETÀ** rinuncia, a favore degli aventi diritto, all'azione di surroga verso i terzi responsabili.

TABELLA DI SINTESI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO

La seguente tabella riporta in sintesi gli adempimenti generali in caso di **SINISTRO**.
Per i dettagli si rimanda alla lettura di quanto specificatamente riportato nelle singole **SEZIONI**:

SEZIONE	Adempimento
Tutte le SEZIONI	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="547 421 1426 510">1. Denunciare il SINISTRO alla Direzione della SOCIETA' o all'Agenzia cui è assegnata la POLIZZA entro 5 gg da quando è accaduto o ne si è venuti a conoscenza indicando la data del SINISTRO.<li data-bbox="547 539 1310 568">2. Fornire nella denuncia indicazione della data del SINISTRO.<li data-bbox="547 598 1426 665">3. Indicare il legale cui affidare la pratica per il seguito giudiziale, qualora la fase stragiudiziale non abbia esito positivo.

APPENDICE NORMATIVA

In questa parte sono riportati nel dettaglio le note riportate e i riferimenti agli articoli di Legge richiamati nelle Condizioni di Assicurazione che precedono.

(1) **CODICE CIVILE - Art.1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenti con dolo e colpa grave**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza

CODICE CIVILE - Art.1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenti senza dolo e colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

CODICE CIVILE - Art.1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

(2) **CODICE CIVILE - Art.1897 - Diminuzione del rischio**

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

(3) **CODICE CIVILE - Art.1898 - Aggravamento del rischio**

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

- (4) **CODICE CIVILE - Art.1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori**
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.
- (5) **CODICE CIVILE - Art.1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta**
Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.
I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo.
All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.
Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.
- (6) Consistente nell'addebito automatico su conto corrente.
- (7) **CODICE CIVILE - Art.1901 - Mancato pagamento del premio**
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso, e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.
- (8) **Articolo 1899 del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21 della L. n°99 del 23 luglio 2009.**
L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.
L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.
Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.
Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

- (9) In base al disposto dell'Art.5 del DECRETO LEGISLATIVO 4 marzo 2010 N°28 e successive modifiche (di seguito "Decreto 28").

DECRETO LEGISLATIVO 4 marzo 2010 N°28 - Art.5 "Condizione di procedibilità e rapporti con il processo".

DECRETO LEGISLATIVO 4 MARZO 2010 N° 28

Il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di Mediazione di volta in volta scelti dalla parte richiedente, tra quelli presenti nel luogo del giudice territorialmente competente.

Se il contratto è stato stipulato con un consumatore, ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione presenti nel luogo di residenza o domicilio elettivo dell'assicurato. La parte che viene chiamata in mediazione (sia la società, sia l'assicurato) può anche non partecipare alla procedura di mediazione, comunicando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la mancata partecipazione. Al tentativo di mediazione si applicherà il regolamento, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

Art.5 "Condizione di procedibilità e rapporti con il processo"

1-bis. Chi intende esercitare in giudizio un'azione relativa a una controversia in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, è tenuto, assistito dall'avvocato, preliminarmente a esperire il procedimento di mediazione ai sensi del presente decreto ovvero il procedimento di conciliazione previsto dal decreto legislativo 8 ottobre 2007, n. 179, ovvero il procedimento istituito in attuazione dell'articolo 128-bis del testo unico delle leggi in materia bancaria e creditizia di cui al decreto legislativo 1° settembre 1993, n. 385, e successive modificazioni, per le materie ivi regolate. L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. La presente disposizione ha efficacia per i quattro anni successivi alla data della sua entrata in vigore. Al termine di due anni dalla medesima data di entrata in vigore è attivato su iniziativa del Ministero della giustizia il monitoraggio degli esiti di tale sperimentazione. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto, a pena di decadenza, o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che la mediazione è già iniziata, ma non si è conclusa, fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo provvede quando la mediazione non è stata esperita, assegnando contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. Il presente comma non si applica alle azioni previste dagli articoli 37, 140 e 140-bis del codice del consumo di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, e successive modificazioni. 2. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, il giudice, anche in sede di giudizio di appello, valutata la natura della causa, lo stato dell'istruzione e il comportamento delle parti, può disporre l'esperimento del procedimento di mediazione; in tal caso l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale anche in sede di giudizio di appello.

Il provvedimento di cui al periodo precedente è adottato prima dell'udienza di precisazione delle conclusioni ovvero, quando tale udienza non è prevista, prima della discussione della causa. Il giudice fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6 e, quando la mediazione non è già stata avviata, assegna contestualmente alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione. 2-bis. Quando l'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale; la condizione si considera averata se il primo incontro dinanzi al mediatore si conclude senza l'accordo.

3. Lo svolgimento della mediazione non preclude in ogni caso la concessione dei provvedimenti urgenti e cautelari, né la trascrizione della domanda giudiziale.

4. I commi 1-bis e 2 non si applicano: a) nei procedimenti per ingiunzione, inclusa l'opposizione, fino alla pronuncia sulle istanze di concessione e sospensione della provvisoria esecuzione; b) nei procedimenti per convalida di licenza o sfratto, fino al mutamento del rito di cui all'articolo 667 del codice di procedura civile; c) nei procedimenti di consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite, di cui all'articolo 696-bis del codice di procedura civile; d) nei procedimenti possessori, fino alla pronuncia dei provvedimenti di cui all'articolo 703, terzo comma, del codice di procedura civile; e) nei procedimenti di opposizione o incidentali di cognizione relativi all'esecuzione forzata; f) nei procedimenti in camera di consiglio; g) nell'azione civile esercitata nel processo penale. 5. Fermo quanto previsto dal comma 1-bis e salvo quanto disposto dai commi 3 e 4, se il contratto, lo statuto ovvero l'atto costitutivo dell'ente prevedono una clausola di mediazione o conciliazione e il tentativo non risulta esperito, il giudice o l'arbitro, su eccezione di parte, proposta nella prima difesa, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione della domanda di mediazione e fissa la successiva udienza dopo la scadenza del termine di cui all'articolo 6. Allo stesso modo il giudice o l'arbitro fissa la successiva udienza quando la mediazione o il tentativo di conciliazione sono iniziati, ma non conclusi. La domanda è presentata davanti all'organismo indicato dalla clausola, se iscritto nel registro, ovvero, in mancanza, davanti a un altro organismo iscritto, fermo il rispetto del criterio di cui all'articolo 4, comma 1. In ogni caso, le parti possono concordare, successivamente al contratto o allo statuto o all'atto costitutivo, l'individuazione di un diverso organismo iscritto. 6. Dal momento della comunicazione alle altre parti, la domanda di mediazione produce sulla prescrizione i medesimi effetti della domanda giudiziale. Dalla stessa data, la domanda di mediazione impedisce altresì la decadenza per una sola volta, ma se il tentativo fallisce la domanda giudiziale deve essere proposta entro il medesimo termine di decadenza, decorrente dal deposito del verbale di cui all'articolo 11 presso la segreteria dell'organismo.

(10) **CODICE CIVILE - Art.2952 - Prescrizione in materia di assicurazione**

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni. (1) Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Vittoria con te

**Salute e
benessere**

SEZIONE INFORTUNI



Vittoria
Assicurazioni

CHI PROTEGGE SE STESSO, PROTEGGE GLI ALTRI

GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo

Nelle presenti condizioni di assicurazione alcuni termini sono riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO". Il significato attribuito a tali termini è riportato qui di seguito oppure nel Glossario presente ne "Il contratto dalla A alla Z".

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO:

- **CIRCOLAZIONE:** circolazione dei **VEICOLI** in moto su strada, comprendendo anche quelli momentaneamente in sosta su strada di uso pubblico o su aree a queste equiparate, ovvero tutte le aree, di proprietà pubblica o privata, aperte alla circolazione del pubblico.
- **CODICE DELLA STRADA:** decreto legislativo 30 aprile 1992 n. 285 e successive modifiche; è un complesso di norme emanate per regolare la circolazione su strada di pedoni, veicoli e animali.
- **DAY HOSPITAL:** degenza in **ISTITUTO DI CURA** senza pernottamento, non comportante intervento chirurgico.
- **DAY SURGERY:** degenza in **ISTITUTO DI CURA** senza pernottamento, comportante intervento chirurgico.
- **FRANCHIGIA:** l'importo contrattualmente pattuito che rimane a carico dell'**ASSICURATO** per ogni **SINISTRO**; per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** si intende la parte di danno che è esclusa dall'**INDENNIZZO**, espressa in percentuale di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.
- **FRATTURA OSSEA:** interruzione, parziale o totale, dell'integrità di un osso strumentalmente accertata e prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna (sono escluse le fratture patologiche, le fratture spontanee e i distacchi cartilaginei).
- **INABILITÀ TEMPORANEA** (o **I.T.**): l'incapacità dell'**ASSICURATO** ad attendere, per un periodo di tempo limitato, alle sue occupazioni.
- **INFEZIONE: MALATTIA** originata da un microrganismo patogeno.
- **INFORTUNIO:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, che abbiano come conseguenza la morte o una **INVALIDITÀ PERMANENTE**, un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, una **FRATTURA OSSEA**, una convalescenza.
- **INTERVENTO CHIRURGICO:** provvedimento terapeutico, attuato con manovre manuali o strumentali cruenta, con o senza **RICOVERO**. La **FRATTURA OSSEA** è considerata **INTERVENTO CHIRURGICO**.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE** (o **I.P.**): forma molto grave di danno fisico, causata da un **INFORTUNIO**. Affinché un danno possa essere configurato come **INVALIDITÀ PERMANENTE**, deve essere irrimediabile e condizionare per sempre la vita dell'**ASSICURATO**. Deve, inoltre, manifestarsi dopo l'**INFORTUNIO**, in modo da essere direttamente collegabile ad esso.
- **ISTITUTO DI CURA:** l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura, regolarmente autorizzati al **RICOVERO** dei malati, esclusi stabilimenti termali, case di riposo/convalescenza e di soggiorno.
- **LESIONE DEI LEGAMENTI:** lacerazione parziale o completa dei legamenti che tengono unite le articolazioni.
- **LIMITE DI INDENNIZZO:** l'importo massimo entro il quale la **SOCIETÀ** è impegnata ad offrire la prestazione assicurativa.
- **MALATTIA:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO** e oggettivamente riscontrabile.
- **MASSIMALE:** la somma che rappresenta il limite massimo di risarcimento contrattualmente stabilito.
- **NUCLEO FAMILIARE:** insieme di almeno due persone, di età non superiore a 80 anni, composto dal **CONTRAENTE** e dalle persone con lui conviventi, che risultino, al momento del **SINISTRO**, tutte iscritte nello stesso certificato anagrafico di stato di famiglia del **CONTRAENTE**. Eventuali modifiche alla predetta definizione devono risultare da apposita pattuizione contrattuale.

- **RICOVERO:** la degenza in **ISTITUTO DI CURA** che comporti almeno un pernottamento.
- **ROTTURA SOTTOCUTANEA DEI TENDINI:** lacerazione parziale o totale di un tendine senza che vi sia stata rottura del tessuto cutaneo e sottocutaneo.
- **SCOPERTO:** la parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'**ASSICURATO**.
- **SFORZO:** dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.
- **SOMMA ASSICURATA:** l'importo massimo della prestazione assicurativa.
- **VEICOLI:** i ciclomotori, i motocicli, i motocarri, le autovetture e gli autocarri.

OGGETTO DEL CONTRATTO

1 - Cosa è assicurato?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio i tipi di copertura e le **GARANZIE** della **SEZIONE "Infortuni"**, valide solo se richiamate in **POLIZZA**.

Tutte le **GARANZIE** operano entro le **SOMME ASSICURATE** indicate in **POLIZZA**, ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE, SCOPERTI e LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

1.1 - FORMA DI COPERTURA

Il **CONTRAENTE** può scegliere se assicurare:

- A) il **NUCLEO FAMILIARE** (forma di copertura "**NUCLEO**") oppure
 - B) le singole persone nominativamente identificate in **POLIZZA** (forma di copertura "**PERSONE**")
- La scelta è riportata in **POLIZZA**.

Se scelta la forma di copertura "**NUCLEO**", gli **ASSICURATI** sono:

- il **CONTRAENTE** e
- le persone con lui conviventi che, al momento del **SINISTRO**, risultano tutte iscritte nello stesso certificato anagrafico di stato di famiglia del **CONTRAENTE**.

In tal caso (forma "**NUCLEO**"), per ciascuna **GARANZIA**, la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** rappresenta l'importo massimo della prestazione assicurativa per il totale degli **ASSICURATI** componenti il **NUCLEO FAMILIARE**.

L'importo massimo della prestazione assicurativa per ciascun **ASSICURATO** si ottiene dividendo la predetta **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** per il numero di componenti il **NUCLEO FAMILIARE** rilevati al momento del **SINISTRO**. Il **NUCLEO FAMILIARE** si considera convenzionalmente composto da almeno 2 persone.

In alternativa alla suddivisione in parti uguali, il **CONTRAENTE** può scegliere una diversa ripartizione della **SOMMA ASSICURATA**. Tale diversa ripartizione è indicata in **POLIZZA**.

Esempio 1 (suddivisione in parti uguali)

- assicurazione del **NUCLEO FAMILIARE**
- **GARANZIA "MORTE DA INFORTUNIO"**
- **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA**: € 200.000;
- **SINISTRO**: morte per **INFORTUNIO** di un componente il **NUCLEO FAMILIARE**
- numero di componenti il **NUCLEO FAMILIARE** rilevato al momento del **SINISTRO**: quattro
- **INDENNIZZO**: € 50.000 (un quarto di € 200.000)

Esempio 2 (applicazione del minimo di 2 persone)

Se, al momento del **SINISTRO**, il **NUCLEO FAMILIARE** risulta composto da una sola persona, l'**INDENNIZZO** è € 100.000 (metà di € 200.000).

Se scelta la forma di copertura "**PERSONE**", gli **ASSICURATI** sono i singoli nominativi indicati in **POLIZZA**, con associate le **GARANZIE** e le **SOMME ASSICURATE** scelte dal **CONTRAENTE**.

1.2 - TIPO DI COPERTURA

A) Se è assicurato il **NUCLEO FAMILIARE** (forma "NUCLEO"), il **CONTRAENTE** può scegliere tra i seguenti tipi di copertura, che differenziano l'ambito di operatività delle **GARANZIE**.
La scelta del tipo di copertura è riportata in **POLIZZA**.

Tipo di copertura per "NUCLEO"	Ambito di operatività delle GARANZIE
"FAMIGLIA"	<p>Per il CONTRAENTE: gli INFORTUNI subiti nello svolgimento di attività professionali o della vita privata</p> <p>Per gli altri componenti del NUCLEO FAMILIARE: gli INFORTUNI subiti nello svolgimento di attività della vita privata</p> <p>Si considerano attività della "vita privata" le attività diverse da quelle lavorative a carattere professionale (principali o secondarie) e diverse da eventuali altre attività lavorative occasionali. Rientrano nella "vita privata" le attività scolastiche degli studenti, il lavoro per governare la propria casa, il giardino, l'orto, nonché per altri comuni scopi familiari.</p>
"VITA PRIVATA"	<p>INFORTUNI subiti dai componenti del NUCLEO FAMILIARE nello svolgimento di attività della "vita privata".</p> <p>Si considerano attività della "vita privata" le attività diverse da quelle lavorative a carattere professionale (principali o secondarie) e diverse da eventuali altre attività lavorative occasionali. Rientrano nella "vita privata" le attività scolastiche degli studenti, il lavoro per governare la propria casa, il giardino, l'orto, nonché per altri comuni scopi familiari.</p>
"CIRCOLAZIONE"	<p>INFORTUNI subiti dai componenti del NUCLEO FAMILIARE in qualità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conducenti di ciclomotori; - trasportati o conducenti di autovetture, motocicli, autocaravan, autocarri di peso complessivo non superiore a 35 q.li, natanti a motore, velocipedi; - trasportati su mezzi di trasporto pubblici, terrestri o marittimi, e su autobus in servizio privato; - pedoni, a seguito di investimento ad opera di VEICOLI; - passeggeri su aerei ed elicotteri, entro i limiti previsti dal successivo articolo "LIMITI DI INDENNIZZO" in relazione agli "Infortunati aeronautici".

B) Se sono assicurate le persone nominativamente indicate in **POLIZZA** (forma "PERSONE"), il **CONTRAENTE** può scegliere, per ciascuna di esse, i seguenti tipi di copertura, che si differenziano per l'ambito di operatività delle **GARANZIE**.
La scelta del tipo di copertura, per ciascun nominativo, è riportata in **POLIZZA**.

Tipo di copertura per "PERSONE"	Ambito di operatività delle GARANZIE
"H24 - RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI"	<p>INFORTUNI subiti dall'ASSICURATO nello svolgimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in POLIZZA; - di ogni altra attività che non ha carattere professionale.
"SOLO RISCHI PROFESSIONALI"	<p>INFORTUNI subiti dall'ASSICURATO nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate in POLIZZA.</p>
"SOLO RISCHI EXTRA PROFESSIONALI"	<p>INFORTUNI subiti dall'ASSICURATO nello svolgimento delle attività che non hanno carattere professionale.</p>
	<p>INFORTUNI subiti dall'ASSICURATO in qualità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conducente di ciclomotori;

"CIRCOLAZIONE"	<ul style="list-style-type: none"> - trasportato o conducente di autovetture, motocicli, autocaravan, autocarri di peso complessivo non superiore a 35 q.li, natanti a motore, velocipedi; - trasportato su mezzi di trasporto pubblici, terrestri o marittimi, e su autobus in servizio privato; - pedone, a seguito di investimento ad opera di VEICOLI; - passeggero su aerei ed elicotteri, entro i limiti previsti dal successivo articolo "LIMITI DI INDENNIZZO" in relazione agli "Infortuni aeronautici".
----------------	--

Si considerano **INFORTUNI** di tipo "**PROFESSIONALE**" quelli:

- per i quali l'Istituto Assicuratore di Legge per gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) provvede alla presa in carico del **SINISTRO**;
- subiti nel luogo dove l'**ASSICURATO** svolge la propria attività lavorativa all'interno delle sedi dell'azienda di cui è dipendente oppure all'esterno su incarico della stessa, compresi i necessari trasferimenti;
- avvenuti in itinere, cioè durante il percorso dall'abitazione al posto di lavoro e viceversa.

Le altre tipologie di **INFORTUNI** si presumono quindi relative a "**RISCHI EXTRAPROFESSIONALI**", fatta eccezione per i casi in cui le attività extraprofessionali esercitate costituiscono comunque un'attività principale come, ad esempio, le attività svolte da casalinghe, pensionati e studenti. Per tali persone l'unico tipo di copertura ammesso è "**H24 - RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI**".

✓ Servizio militare di leva in tempo di pace

L'assicurazione resta operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso o a seguito di richiamo per ordinarie esercitazioni, fermi restando i limiti di cui al Capitolo "**Ci sono dei limiti di copertura?**".

✓ Servizio di volontariato

L'assicurazione opera con riguardo agli **INFORTUNI** che l'**ASSICURATO** subisce, in qualità di iscritto ad associazione di volontariato riconosciuta dalla legge, durante lo svolgimento delle attività (compreso il rischio in itinere) per ordine e per conto di detta associazione, senza remunerazione, fermi restando i limiti di cui al Capitolo "**Ci sono dei limiti di copertura?**".

1.3 - ALTRI RISCHI INCLUSI NELLE GARANZIE

Compatibilmente con il tipo di copertura prescelta, l'assicurazione comprende anche gli **INFORTUNI** derivanti da:

- colpa grave dell'**ASSICURATO** ⁽¹⁾;
- tumulti popolari, a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva, nonché gli **INFORTUNI** avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'**ASSICURATO** risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero ⁽²⁾;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni o inondazioni ⁽³⁾, entro i limiti indicati nel Capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**". Estensione non valida per **POLIZZE** con durata inferiore ad 1 anno.
- equitazione (escluse gare e relative prove, caccia a cavallo e polo);
- immersioni in apnea;
- pratica dell'idroski e dello sci (anche nelle zone appositamente attrezzate dei ghiacciai);
- esercizio di giochi e di attività sportive di pratica comune, purché a carattere dilettantistico o ricreativo, ferme le esclusioni di cui al successivo articolo "**ESCLUSIONI**";
- uso e guida di autoveicoli, motoveicoli, trattori e macchine agricole semoventi, caravan, ciclomotori, natanti ad uso privato o da diporto;
- uso di qualsiasi mezzo di locomozione pubblico o privato (terrestre o marittimo), fatta eccezione per i mezzi subacquei;
- incendio, esplosione, scoppio, verificatisi anche durante la circolazione del **VEICOLO**;
- malore o incoscienza;
- caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché le valanghe e le slavine;

Sono considerati **INFORTUNI** anche:

- i colpi di sole o di calore;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;

- le affezioni provocate da morsi di animali, punture di aracnidi o di insetti (per questi ultimi sono comunque escluse la malaria, le malattie tropicali ed altre affezioni di cui gli insetti sono portatori necessari, nonché le conseguenze della puntura di zecca);
- la folgorazione;
- le lesioni da ingestione di cibi e/o bevande;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- **INFEZIONI** - escluso il virus H.I.V., se il germe infettivo si è introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- ernie traumatiche (cioè causate da **INFORTUNIO**), entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*"
- le lesioni muscolari determinate da **SFORZO**, con esclusione degli infarti e delle ernie. L'estensione alle lesioni muscolari non opera per il tipo di copertura "**CIRCOLAZIONE**" e non opera se è assicurato il **NUCLEO FAMILIARE**.
- le **ROTTURE SOTTOCUTANEE DEI TENDINI**, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*", riferite a:
 - tendine di Achille (trattate o non trattate chirurgicamente);
 - tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
 - tendine rotuleo;
 - tendine dell'estensore del pollice;
 - tendine del quadricipite femorale.
 L'estensione alle **ROTTURE SOTTOCUTANEE DEI TENDINI** non opera per il tipo copertura "**CIRCOLAZIONE**" e non opera se è assicurato il **NUCLEO FAMILIARE**.

✓ Infortuni aeronautici

L'assicurazione è estesa agli **INFORTUNI** subiti dall'**ASSICURATO** durante i viaggi, turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero su velivoli od elicotteri, ad eccezione di quelli effettuati da:

- Enti/Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- aeroclubs.

E' escluso il personale aeronavigante.

La copertura assicurativa inizia nel momento in cui l'**ASSICURATO** sale a bordo dell'aeromobile per iniziare un viaggio e termina quando ne è disceso. E' compresa la salita e discesa dall'aeromobile. La copertura assicurativa comprende anche l'**INFORTUNIO** derivante da aggressioni o atti violenti che abbiano movente politico o sociale.

L'estensione agli **INFORTUNI** aeronautici non opera se la **POLIZZA** ha durata inferiore ad 1 anno.

✓ Ernie addominali non determinate da **INFORTUNIO** (estensione operante solo per forma copertura "**PERSONE**")

Per l'**ASSICURATO** appartenente alla classe di attività professionale D (così come indicato in **POLIZZA**), le **GARANZIE** vengono estese alle ernie addominali non determinate da **INFORTUNIO**, fermo restando quanto previsto nel Capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*" in caso di condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

La predetta estensione è operante a partire dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della **POLIZZA**, a condizione che gli eventi coperti si verifichino dopo la sottoscrizione della **POLIZZA**.

Si applicano i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel Capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

1.4 - GARANZIA MORTE DA INFORTUNIO

Se l'**INFORTUNIO** ha come conseguenza la morte dell'**ASSICURATO**, la **SOCIETÀ** corrisponde la **SOMMA ASSICURATA**, soltanto se la morte si verifica entro 2 anni dal giorno in cui è avvenuto l'**INFORTUNIO**, anche se successiva alla scadenza della **POLIZZA**.

La **SOMMA ASSICURATA** viene liquidata in parti uguali agli eredi legittimi, salvo di diversa disposizione.

Se il decesso avviene all'estero, la **SOCIETÀ** rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma. Tale prestazione è valida, con il **LIMITE DI INDENNIZZO** indicato nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

La **SOCIETÀ** corrisponde la **SOMMA ASSICURATA** prevista per il caso di morte anche se l'**ASSICURATO** scompare quando si trova su un mezzo di trasporto terrestre, aereo, lacuale, fluviale o marittimo - per il cui uso o guida la **GARANZIA** risulta operante - e si presume che sia avvenuto il decesso conseguente a caduta (oppure arenamento, affondamento o naufragio) del mezzo di trasporto.

In questi casi l'**INDENNIZZO** ai beneficiari avverrà dopo almeno 180 giorni dalla presentazione della richiesta di dichiarazione di morte presunta ⁽⁴⁾, se nel frattempo non sono emersi elementi che rendono

non indennizzabile l'**INFORTUNIO**.

La **SOCIETÀ** avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata se dopo il pagamento si scopre che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da **INFORTUNIO** indennizzabile.

In quest'ultimo caso, restituita la somma liquidata, l'**ASSICURATO** può richiedere l'**INDENNIZZO** per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** eventualmente riportata.

1.5 - GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'**INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, ha come conseguenza un'**INVALIDITÀ PERMANENTE**, la **SOCIETÀ** corrisponde all'**ASSICURATO** un **INDENNIZZO** calcolato in percentuale sulla **SOMMA ASSICURATA**, secondo quanto riportato all'articolo "**DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - CASO INVALIDITÀ PERMANENTE**" del capitolo "*Cosa fare in caso di Sinistro?*".

L'**INDENNIZZO** è dovuto se l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** si verifica entro 2 anni dal giorno dell'**INFORTUNIO**, anche se successiva alla scadenza della **POLIZZA**.

1.6 - INDICIZZAZIONE DELLE SOMME

(attiva se scelta dal **CONTRAENTE** ed indicata in **POLIZZA**)

Le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** delle **GARANZIE** sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice dei "Prezzi al consumo delle famiglie di operai ed impiegati", pubblicato dall'**ISTAT**, in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni **ANNO SOLARE** sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- alla scadenza di ogni rata annua, in caso di una variazione in più od in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o ad indice equivalente a quello inizialmente adottato, le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorreranno dal rinnovo della **POLIZZA**, dietro rilascio al **CONTRAENTE** di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Ad esempio:

Data di effetto della **POLIZZA**: 1/12/2022

Data scadenza **POLIZZA**: 1/12/2023

Indice **ISTAT** rilevato a giugno 2022: 100

Indice **ISTAT** rilevato a giugno 2023: 102

Variazione indice **ISTAT** tra giugno 2022 e giugno 2023: +2%

	1/12/2022	1/12/2023
SOMMA ASSICURATA	€ 100.000	€ 102.000
PREMIO	€ 500	€ 510

Se, in conseguenza della variazione dell'indice, le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** superano il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle **PARTI** rinunciare all'aggiornamento, con comunicazione scritta da inviare tempestivamente all'altra parte con le modalità indicate nell'articolo "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**" de "*Il contratto dalla A alla Z*"; in tal caso le **SOMME ASSICURATE** ed il **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

L'indicizzazione cesserà comunque di essere operante, e le **SOMME ASSICURATE** ed il relativo **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato, se la variazione dell'indice comporta il superamento dei seguenti limiti di **GARANZIA**:

- € 1.500.000 per "**MORTE DA INFORTUNIO**";
- € 1.500.000 per "**INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO**";
- 150 per "**INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO**";
- € 30.000 per "**RIMBORSO SPESE DI CURA CONSEGUENTI A INFORTUNIO**";

- € 350 per "DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO" oppure "DIARIA PER FRATTURA OSSEA" oppure "DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO" oppure "DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO".

In caso di un eventuale ritardo o di interruzione nella pubblicazione dell'indice, la **SOCIETÀ** comunicherà l'aggiornamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

È facoltà del **CONTRAENTE** rinunciare a tale aggiornamento comunicandolo nelle forme di cui all'articolo "FORMA DELLE COMUNICAZIONI" de "Il contratto dalla A alla Z".

Mancando l'accordo, l'adeguamento sarà conglobato in quello della successiva scadenza anniversaria. L'indicazione delle **GARANZIE** a cui detti indici si applicano è riportata in **POLIZZA**.

2 - Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può ampliare la copertura assicurativa attivando le seguenti **GARANZIE** opzionali, con pagamento di un **PREMIO** aggiuntivo. Le **GARANZIE** sono operative solo se espressamente richiamate in **POLIZZA** ed entro la **SOMMA ASSICURATA** ivi indicata, ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti nei successivi articoli.

A) Se è assicurato il **NUCLEO FAMILIARE**, oppure se il tipo copertura è "CIRCOLAZIONE", il **CONTRAENTE** può scegliere tra le seguenti **GARANZIE** opzionali:

2.1 - DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che richiede un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, la **SOCIETÀ** paga l'indennità indicata in **POLIZZA** per ogni giorno di **RICOVERO**, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono dei limiti di copertura?".

L'**INDENNIZZO** per il **RICOVERO** verrà corrisposto a partire dal giorno del **RICOVERO** fino a quello dell'avvenuta dimissione.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'**ISTITUTO DI CURA** sono considerate cumulativamente una sola giornata, qualunque sia l'ora del **RICOVERO** e della dimissione.

2.2 - DIARIA PER FRATTURA OSSEA

In caso di **INFORTUNIO** che determina una **FRATTURA OSSEA**, la **SOCIETÀ** paga l'indennità indicata in **POLIZZA** per ciascun giorno di prognosi iniziale risultante dal verbale di pronto soccorso, dalla cartella clinica o da equivalente certificazione medica specialistica.

Se, al termine dei giorni di prognosi iniziale, fosse necessario un ulteriore periodo di tempo per consolidare ("guarire") la **FRATTURA** (circostanza strumentalmente accertata ed attestata da certificazione medica specialistica), la **SOCIETÀ** paga, per ciascun ulteriore giorno, la metà dell'indennità assicurata.

L'indennità giornaliera sarà erogata entro i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono dei limiti di copertura?"

2.3 - RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, la **SOCIETÀ** rimborsa, fino a concorrenza della **SOMMA ASSICURATA**, per uno o più **SINISTRI** verificatisi nello stesso **ANNO SOLARE**, ed entro i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono dei limiti di copertura?", le spese effettivamente sostenute per:

- prestazioni sanitarie durante il **RICOVERO** con o senza **INTERVENTO CHIRURGICO** o relative all'**INTERVENTO CHIRURGICO** senza **RICOVERO**:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesi ed apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, fisiochinesiterapia, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative a prestazioni precedenti al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** senza **RICOVERO**.
- prestazioni sanitarie successive al **RICOVERO**, all'**INTERVENTO CHIRURGICO** o all'**INFORTUNIO** che non abbia determinato **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**:
 - visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, fisiochinesiterapia e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi all'**INFORTUNIO**, al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** purché prescritti dal medico curante.

Qualora l'**INFORTUNIO** non abbia dato origine a **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**, i 90 giorni decorrono dal giorno dell'**INFORTUNIO** stesso;

La **FRATTURA OSSEA** è considerata **INTERVENTO CHIRURGICO**;

- c) trasporto dell'**ASSICURATO** con ambulanza all'ambulatorio o all'**ISTITUTO DI CURA**, da un **ISTITUTO DI CURA** all'altro e per il ritorno a casa (la necessità del trasporto deve essere certificata da un medico);
- d) primo acquisto di protesi ortopediche anche sostitutive di parte anatomica, rese necessarie da **INFORTUNIO**, nonché le spese sostenute per l'acquisto o noleggio (per un anno) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni, inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, effettuati entro due anni dall'**INFORTUNIO**, resi necessari per ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici al volto provocati dall'**INFORTUNIO**.

2.4 - TUTELA MINORI

(attivabile se presente la **GARANZIA "MORTE DA INFORTUNIO"**)

Se uno stesso evento provoca la morte contemporanea, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, di entrambi i coniugi (o conviventi more uxorio) assicurati, la **SOCIETÀ** raddoppia l'**INDENNIZZO** spettante ai figli conviventi minorenni a prescindere che gli stessi risultino beneficiari della prestazione o meno.

Ai figli minorenni vengono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di **INVALIDITÀ PERMANENTE** di grado pari o superiore al 66%.

Il massimo esborso a carico della **SOCIETÀ**, a titolo di maggiorazione, non potrà superare l'importo indicato al successivo articolo "**LIMITI DI INDENNIZZO**" e l'applicazione della presente condizione rende inoperante a tutti gli effetti ogni altra pattuizione eventualmente esistente in **POLIZZA** che, a qualsiasi titolo, preveda una maggiorazione della **SOMMA ASSICURATA** per il caso di morte da **INFORTUNIO**.

La presente **GARANZIA** non si estende agli "**INFORTUNI** aeronautici".

2.5 - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITA'

Se l'**INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, comporta come conseguenza diretta ed esclusiva, una **INVALIDITÀ PERMANENTE** accertata di grado superiore al 65%, la **SOCIETÀ** pagherà, per un periodo massimo di tre annualità, un'ulteriore indennità di importo annuo pari al 15% della **SOMMA ASSICURATA** per **INVALIDITÀ PERMANENTE**, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

L'indennità aggiuntiva sarà erogata in rate semestrali posticipate. Il pagamento della prima rata sarà effettuato decorsi 6 mesi dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione del **SINISTRO**.

L'indennità sarà pagata esclusivamente all'**ASSICURATO** in vita e non sarà trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati.

2.6 - ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI

(attivabile se presente la **GARANZIA "DIARIA PER FRATTURA OSSEA"**)

In caso di **SINISTRO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che abbia procurato una **LESIONE DEI LEGAMENTI** delle articolazioni di 2° o 3° grado (circostanza che deve essere strumentalmente accertata), la **SOCIETÀ** pagherà la metà dell'indennità assicurata per la garanzia "**DIARIA PER FRATTURA OSSEA**" per i giorni stabiliti dalla prognosi iniziale risultante dal verbale di pronto soccorso, dalla cartella clinica rilasciata dall'**ISTITUTO DI CURA**.

L'indennità giornaliera sarà erogata con i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

2.7 - PERDITA ANNO SCOLASTICO

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che comporti l'impossibilità a frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, la **SOCIETÀ** paga un'indennità per le spese di recupero dell'anno scolastico.

Il pagamento dell'indennità verrà effettuato se:

- l'Autorità Scolastica rilascia specifica certificazione che attesti che la perdita dell'anno scolastico è dovuta ad assenza dalle lezioni;
- le assenze sono diretta conseguenza dell'**INFORTUNIO** denunciato ed attestato mediante documentazione sanitaria.

La presente **GARANZIA** opera per gli **ASSICURATI** di età non superiore ai 20 anni, che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria, italiane o straniere, situate nel territorio della Repubblica Italiana.

L'indennità sarà erogata con i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

2.8 - ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA

Se l'**INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, ha come conseguenza un'**INVALIDITÀ PERMANENTE** di grado superiore al 65%, la **SOCIETÀ** pagherà le spese necessarie ed effettivamente sostenute per adattare la casa e l'autovettura dell'**ASSICURATO** per garantirne la visitabilità ed accessibilità.

L'indennità sarà erogata con i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

OPZIONE SENZA PAGAMENTO DI PREMIO AGGIUNTIVO (se assicurato il **NUCLEO FAMILIARE**)

2.9 - INVALIDITA' PERMANENTE DEI MINORI

Le **SOMME ASSICURATE** per i figli minorenni al momento del **SINISTRO**, così come indicate in **POLIZZA**, sono modificate come segue:

- aumento del 30% della **SOMMA ASSICURATA** per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE"**;
- riduzione del 30% della **SOMMA ASSICURATA** per la **GARANZIA "MORTE DA INFORTUNIO"**.

B) Se scelta la forma di copertura "**PERSONE**", con tipo di copertura diverso da "**CIRCOLAZIONE**", il **CONTRAENTE** può scegliere tra le seguenti **GARANZIE** opzionali:

2.10 - INABILITA' TEMPORANEA

Se l'**INFORTUNIO** ha causato l'**INABILITÀ TEMPORANEA**, la **SOCIETÀ**, con riferimento alla natura e alle conseguenze delle lesioni riportate dall'**ASSICURATO**, liquida l'indennità giornaliera:

- a) integralmente, per tutto il tempo in cui l'**ASSICURATO** si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per tutto il tempo in cui l'**ASSICURATO** ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni.

L'**INDENNIZZO** cessa con il giorno dell'avvenuta guarigione risultante da certificato medico prodotto in originale; se però l'**ASSICURATO** non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico in originale regolarmente inviato.

L'**INDENNIZZO** per **INABILITÀ TEMPORANEA** viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni da quello dell'**INFORTUNIO** con il rispetto delle **FRANCHIGIE** e dei **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

Ad ogni scadenza annuale, è data facoltà alle **PARTI** di annullare l'operatività della **GARANZIA** mediante comunicazione scritta da inviarsi entro i 60 giorni precedenti la data di scadenza della medesima.

2.11 - DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che richiede un **RICOVERO** o **DAY HOSPITAL/DAY SURGERY** in **ISTITUTO DI CURA**, la **SOCIETÀ** paga l'indennità indicata in **POLIZZA** per ogni giorno di **RICOVERO** o **DAY HOSPITAL/DAY SURGERY** con i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

L'attivazione della prestazione in **DAY HOSPITAL** è subordinata all'effettuazione di 2 giornate di ricovero in regime di **DAY HOSPITAL** da parte dell'**ASSICURATO** senza interruzione.

Ai fini della validità della presente **GARANZIA**, non costituiscono causa di interruzione le festività.

L'**INDENNIZZO** per il **RICOVERO** verrà corrisposto a partire dal giorno del ricovero fino a quello dell'avvenuta dimissione.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'**ISTITUTO DI CURA** sono considerate cumulativamente una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

2.12 - DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO

(attivabile se presente la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY DA INFORTUNIO"**)

Per ogni giorno di convalescenza successivo al **RICOVERO** o **DAY HOSPITAL/DAY SURGERY** in **ISTITUTO DI CURA**, la **SOCIETÀ** paga l'indennità indicata in **POLIZZA** con i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

L'**INDENNIZZO** per convalescenza è pagato a partire dal giorno successivo a quello della dimissione dall'**ISTITUTO DI CURA** e fino al giorno della guarigione clinica risultante da specifica documentazione medica, oppure, se precedente, fino al giorno in cui l'**ASSICURATO** ha potuto attendere alle proprie occupazioni, con il limite massimo di:

- 3 volte i giorni di durata del **RICOVERO** in assenza di **FRATTURA OSSEA**;
- 10 volte i giorni di durata del **RICOVERO** in presenza di **FRATTURA OSSEA**.

2.13 - DIARIA PER FRATTURA OSSEA

(attivabile se presente la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO"**)

In caso di **INFORTUNIO** che determina una **FRATTURA OSSEA**, la **SOCIETÀ** paga, in alternativa alla **GARANZIA "DIARIA DA CONVALESCENZA"**, l'indennità indicata in **POLIZZA** per ciascun giorno di prognosi iniziale risultante dal verbale di pronto soccorso, dalla cartella clinica o da equivalente certificazione medica specialistica.

Se, al termine dei giorni di prognosi iniziale, fosse necessario un ulteriore periodo di tempo per consolidare ("guarire") la **FRATTURA** (circostanza strumentalmente accertata ed attestata da certificazione medica specialistica), la **SOCIETÀ** paga, per ciascun ulteriore giorno, la metà dell'indennità assicurata.

L'indennità giornaliera sarà erogata con i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

2.14 - RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, la **SOCIETÀ** rimborsa, fino a concorrenza della **SOMMA ASSICURATA**, per uno o più **SINISTRI** verificatisi nello stesso **ANNO SOLARE**, ed entro i limiti indicati nel successivo capitolo "**Ci sono dei limiti di copertura?**", le spese effettivamente sostenute per:

- a) prestazioni sanitarie durante il **RICOVERO** con o senza **INTERVENTO CHIRURGICO** o relative all'**INTERVENTO CHIRURGICO** senza **RICOVERO**:
 - onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento, endoprotesi ed apparecchi terapeutici applicati durante l'intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, fisiochinesiterapia, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative a prestazioni precedenti al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** senza **RICOVERO**.
- b) prestazioni sanitarie successive al **RICOVERO**, all'**INTERVENTO CHIRURGICO** o all'**INFORTUNIO** che non abbia determinato **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**:
 - visite specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici, fisiochinesiterapia e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 giorni successivi all'**INFORTUNIO**, al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** purché prescritti dal medico curante.Qualora l'**INFORTUNIO** non abbia dato origine a **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**, i 90 giorni decorrono dal giorno dell'**INFORTUNIO** stesso;
La **FRATTURA OSSEA** è considerata **INTERVENTO CHIRURGICO**;
- c) trasporto dell'**ASSICURATO** con ambulanza all'ambulatorio o all'**ISTITUTO DI CURA**, da un **ISTITUTO DI CURA** all'altro e per il ritorno a casa (la necessità del trasporto deve essere certificata da un medico);
- d) primo acquisto di protesi ortopediche anche sostitutive di parte anatomica, rese necessarie da **INFORTUNIO**, nonché le spese sostenute per l'acquisto o noleggio (per un anno) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni, inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, effettuati entro due anni dall'**INFORTUNIO**, resi necessari per ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici al volto provocati dall'**INFORTUNIO**.

2.15 - ERNIE ADDOMINALI NON DETERMINATE DA INFORTUNIO

Le **GARANZIE** vengono estese alle ernie addominali non determinate da **INFORTUNIO**, fermo restando quanto previsto nel Capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**" in caso di condizioni fisiche o patologiche preesistenti.

La **GARANZIA "ERNIE ADDOMINALI NON DETERMINATE DA INFORTUNIO"** è operante a partire dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della **POLIZZA**, a condizione che gli eventi coperti si verifichino dopo la sottoscrizione della **POLIZZA**.

Si applicano le **FRANCHIGIE** e i **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "**Ci sono dei limiti di copertura?**".

2.16 - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITA'

Se l'**INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, comporta come conseguenza diretta ed esclusiva, una **INVALIDITÀ PERMANENTE** accertata di grado superiore al 65%, la **SOCIETÀ** pagherà, per un periodo massimo di tre annualità, un'ulteriore indennità di importo annuo pari al 15% della **SOMMA ASSICURATA** per **INVALIDITÀ PERMANENTE**, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

L'indennità aggiuntiva sarà erogata in rate semestrali posticipate. Il pagamento della prima rata sarà effettuato decorsi 6 mesi dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione del **SINISTRO**.

L'indennità sarà pagata esclusivamente all'**ASSICURATO** in vita e non sarà trasmissibile agli eredi o ai beneficiari designati.

2.17 - ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI

(attivabile se presente la **GARANZIA "DIARIA DA FRATTURA OSSEA"**)

In caso di **INFORTUNIO** indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che abbia procurato una **LESIONE DEI LEGAMENTI** delle articolazioni di 2° o 3° grado (circostanza che deve essere strumentalmente accertata), la **SOCIETÀ** pagherà la metà dell'indennità assicurata per la **GARANZIA "DIARIA PER FRATTURA OSSEA"** per i giorni stabiliti dalla prognosi iniziale risultante dal verbale di pronto soccorso o dalla cartella clinica rilasciati dall'**ISTITUTO DI CURA**.

L'indennità giornaliera sarà erogata entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

2.18 - DANNI ESTETICI

In caso di **INFORTUNIO** indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che abbia per conseguenze sfregi o deturpazioni al viso e/o al corpo di carattere estetico (comprese bruciature e scottature), la **SOCIETÀ** rimborsa le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per cure, applicazioni ed **INTERVENTI CHIRURGICI** effettuati allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico entro due anni dalla data dell'**INFORTUNIO**, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

2.19 - INDENNITA' AGGIUNTIVA PER RAPINA E TENTATIVO DI SEQUESTRO

(attivabile in presenza della **GARANZIA "MORTE DA INFORTUNIO"**)

A seguito di morte causata da rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, la **SOCIETÀ** raddoppia l'**INDENNIZZO** spettante agli eredi, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

L'applicazione della presente **GARANZIA** rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in **POLIZZA** che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione della **SOMMA ASSICURATA** per il caso di morte da **INFORTUNIO**.

La presente **GARANZIA** non si estende agli "*Infortunni aeronautici*".

2.20 - TUTELA MINORI

(attivabile in presenza della **GARANZIA "MORTE DA INFORTUNIO"**)

Se uno stesso evento provoca la morte contemporanea, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, di entrambi i coniugi (o conviventi more uxorio) assicurati, la **SOCIETÀ** raddoppia l'**INDENNIZZO** spettante ai figli conviventi minorenni a prescindere che gli stessi risultino beneficiari della prestazione o meno.

Ai figli minorenni vengono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di **INVALIDITÀ PERMANENTE** di grado pari o superiore al 66%.

Il massimo esborso a carico della **SOCIETÀ**, a titolo di maggiorazione, non potrà superare l'importo indicato al successivo articolo "*LIMITI DI INDENNIZZO*" e l'applicazione della presente condizione rende inoperante a tutti gli effetti ogni altra pattuizione eventualmente esistente in **POLIZZA** che, a qualsiasi titolo, preveda una maggiorazione della **SOMMA ASSICURATA** per il caso di morte da **INFORTUNIO**.

La presente **GARANZIA** non si estende agli "*Infortunni aeronautici*".

2.21 - RISCHI SPORTIVI

(attivabile solo con tipo di copertura "**H24**" oppure "**EXTRAPROFESSIONALE**")

A parziale deroga di quanto indicato all'articolo "*ESCLUSIONI*", le seguenti **GARANZIE**:

- "*MORTE DA INFORTUNIO*";
- "*INVALIDITA' PERMANENTE*";

- "DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO";
- "DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO";
- "DIARIA PER FRATTURA OSSEA";
- "RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO";

comprendono, anche gli **INFORTUNI** derivanti dalla pratica delle seguenti attività sportive, purchè svolte a carattere dilettantistico o ricreativo:

- Alpinismo con scalata di rocce od accesso a ghiacciai;
- Escursionismo su vie ferrate, intendendosi per tali dei percorsi alpinistici attrezzati con cavi, catene, ancoraggi, fittoni e staffe e simili (a condizione che l'**ASSICURATO** utilizzi un set completo omologato CE);
- Immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua);
- Rugby (non sono indennizzabili la perdita di denti, sfregi, deformazioni al viso);
- Football americano (non sono indennizzabili la perdita di denti, sfregi, deformazioni al viso);
- Hockey su ghiaccio, su pista e su prato (non sono indennizzabili la perdita di denti, sfregi, deformazioni al viso);
- Atletica pesante (non sono indennizzabili le ernie non traumatiche e la **ROTTURA SOTTOCUTANEA** del tendine di Achille);
- Speleologia;
- Equitazione durante la partecipazione a concorsi ippici, caccia a cavallo, polo;
- Pugilato, Lotta Libera, Greco Romana, Judo, Karatè e Kendo (non sono indennizzabili la perdita di denti, sfregi, deformazioni al viso);
- Sci acrobatico e salti dal trampolino;
- Guidoslitta;
- Ciclismo durante corse, gare, relative prove e allenamenti;
- Calcio durante la partecipazione a gare e relativi allenamenti per tesserati F.I.G.C. (esclusi i tornei di serie A, B, Prima Divisione - ex C1, Seconda Divisione - ex C2, D o Campionato Nazionale Dilettanti) o di altre associazioni od enti di promozione sportiva anche se gli stessi sono denominati o classificati per definizione come amatoriali;
- Go-kart e Motocross (escluso l'Enduro);
- Bob (non sono indennizzabili la perdita di denti, sfregi, deformazioni al viso).

In caso di **SINISTRO**, l'**INDENNIZZO** sarà erogato entro il limite indicato al successivo articolo "**LIMITI DI INDENNIZZO**" del Capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

2.22 - MEDICO TIROCINANTE, BORSISTA

(attivabile in presenza delle **GARANZIE "INVALIDITA PERMANENTE DA INFORTUNIO", "MORTE DA INFORTUNIO"**)

A parziale deroga di quanto previsto al capitolo "*Cosa è assicurato?*", l'assicurazione è prestata a favore dei tirocinanti ospedalieri per le **MALATTIE** contratte e gli **INFORTUNI** subiti in servizio e per causa di servizio che comportano morte o **INVALIDITÀ PERMANENTE**, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

Le **SOMME ASSICURATE** per le **GARANZIE "MORTE DA INFORTUNIO" e "INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO"** si intendono prestate anche in caso di **MALATTIA** professionale.

La copertura in caso di **MALATTIA** è operante se la **MALATTIA** insorge nel corso del rapporto assicurativo e si manifesta entro 1 anno dalla data di cessazione del rapporto stesso o, se anteriore, dalla data di cessazione del servizio.

2.23 - PERDITA ANNO SCOLASTICO

In caso di **INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, che comporti l'impossibilità a frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, la **SOCIETÀ** paga un'indennità per le spese di recupero dell'anno scolastico.

Il pagamento dell'indennità verrà effettuato se:

- l'Autorità Scolastica rilascia specifica certificazione che attesti che la perdita dell'anno scolastico è dovuta ad assenza dalle lezioni;
- le assenze sono dirette conseguenza dell'**INFORTUNIO** denunciato ed attestato mediante documentazione sanitaria.

La presente **GARANZIA** opera per gli **ASSICURATI** di età non superiore ai 20 anni, che frequentano scuole di istruzione primaria e secondaria, italiane o straniere, situate nel territorio della Repubblica Italiana.

L'indennità è erogata entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

2.24 - ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA

Se l'**INFORTUNIO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, ha come conseguenza un'**INVALIDITÀ PERMANENTE** di grado superiore al 65%, la **SOCIETÀ** paga le spese necessarie ed effettivamente sostenute per adattare la casa e l'autovettura dell'**ASSICURATO** per garantirne la visitabilità ed accessibilità.

L'indennità è erogata entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono dei limiti di copertura?*".

OPZIONE SENZA PAGAMENTO DI PREMIO AGGIUNTIVO

2.25 - OPZIONE RENDITA

La **SOCIETÀ**, nel caso di **SINISTRO** liquidabile a termini di **POLIZZA**, che determina una **INVALIDITÀ PERMANENTE** accertata di grado pari o superiore al 65%, provvederà:

- a) a pagare all'**ASSICURATO** il 50% dell'importo determinato secondo i criteri previsti all'articolo "*DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO*";
- b) a garantire all'**ASSICURATO** stesso una rendita vitalizia mediante l'emissione di una **POLIZZA** vita sulla sua testa ed in suo favore, il cui **PREMIO** lordo sarà pari alla restante parte (50%) della somma che gli spetta.

La rendita decorre dalla data di pagamento della somma indicata al punto a) e sarà pagata in rate posticipate secondo la rateazione scelta dall'**ASSICURATO**.

In caso di morte dell'**ASSICURATO** durante il godimento di tale rendita nulla sarà più dovuto dalla **SOCIETÀ**.

L'importo delle rate della rendita sarà determinato in base all'età dell'**ASSICURATO** e mediante l'applicazione delle tariffe vita che saranno in quel momento in vigore ed il cui utilizzo consentirà la costituzione della garanzia prevista dal presente articolo.

3 - Cosa NON è assicurato?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i **RISCHI** esclusi dalle coperture assicurative.*

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S., epilessia (se determinata con manifestazioni cliniche non completamente e stabilmente controllate da specifica terapia), o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenie, forme maniaco depressive o stati paranoici, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organiche cerebrali.

L'assicurazione cessa, comunque, con il loro manifestarsi e l'eventuale parte di **PREMIO** pagato e non goduto verrà rimborsato a richiesta del **CONTRAENTE**.

Le persone con menomazioni fisiche, mutilazioni, postumi di pregresse malattie gravi e permanenti, sono assicurabili soltanto con patto speciale.

L'assicurazione non vale per le persone di età superiore a 80 anni. Nel caso tale età fosse raggiunta nel corso della durata della **POLIZZA**, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del **PREMIO** e cessa al compimento di detta scadenza.

Nel caso in cui l'**ASSICURATO** abbia continuato a pagare regolarmente il **PREMIO**, dopo il compimento dell'età suddetta, l'assicurazione sarà comunque operante a meno che il **PREMIO** non sia stato restituito dalla **SOCIETÀ**.

Per il tipo copertura "*CIRCOLAZIONE*", non sono inoltre assicurate le persone affette da patologie che, ai sensi delle norme vigenti al momento del **SINISTRO**, comportano la revoca dell'abilitazione alla guida del **VEICOLO**.

Per la **GARANZIA** "*INABILITA' TEMPORANEA*", non sono inoltre assicurabili:

- lavoratori alle dipendenze di terzi;
- casalinghe;
- studenti;
- pensionati;
- benestanti.

4 - Ci sono limiti di copertura?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è prestata la **GARANZIA** e **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI**, **limiti** e **sottolimiti** di **INDENNIZZO** previsti dal **CONTRATTO**.*

La **SOCIETÀ** paga l'**INDENNIZZO** per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente verificate dell'**INFORTUNIO**. Se l'**ASSICURATO**, al momento dell'**INFORTUNIO**, non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se l'**INFORTUNIO** avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di **SINISTRO**, la **SOCIETÀ** corrisponderà all'**ASSICURATO**, nei limiti della **SOMMA ASSICURATA**, l'importo indennizzabile previa deduzione della **FRANCHIGIA** o dello **SCOPERTO**, con gli eventuali minimi, indicati in **POLIZZA**.

4.1 - ESCLUSIONI

Sono esclusi gli **INFORTUNI** causati in modo diretto od indiretto da:

- a) uso e guida di mezzi subacquei ed aerei, salvo quanto precisato al precedente capitolo "Cosa è assicurato?" in merito all'estensione per "INFORTUNI Aeronautici";
- b) uso e/o guida di **VEICOLI** o natanti a motore, nella partecipazione a corse, gare o competizioni sportive, alle relative prove, collaudi, allenamenti e alle verifiche preliminari e finali previste nel regolamento particolare di gara, salvo che si tratti di prove di regolarità pura;
- c) uso e/o guida di **VEICOLI** o natanti a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici, automobilistici e acquatici;
- d) guida di qualsiasi **VEICOLO** o natanti a motore se l'**ASSICURATO** non è abilitato alla guida in base alle disposizioni vigenti, salvo nel caso in cui quest'ultimo sia in possesso di patente scaduta da meno di un anno e la rinnovi entro 6 mesi dalla data del **SINISTRO**, e che sia adatta a condurre **VEICOLI** o natanti a motore della stessa categoria di quello coinvolto nel **SINISTRO**. Fa eccezione il caso in cui il mancato rinnovo è dovuto alle conseguenze fisiche subite nel **SINISTRO**;
- e) stato di ebbrezza dell'**ASSICURATO** quando si trova alla guida di un **VEICOLO** e quando il tasso alcolemico riscontrato è uguale o superiore a 1,00gr/l, oppure quando si è rifiutato di sottoporsi all'alcol test richiesto dalle Forze dell'Ordine. Esclusione non valida per gli **ASSICURATI** trasportati;
- f) guida del **VEICOLO** da parte di persona sotto l'influenza di sostanze stupefacenti e nei cui confronti sia stata ravvisata la violazione dell'art. 187 del Codice della Strada e successive modifiche. Esclusione non valida per i trasportati **ASSICURATI**;
- g) circolazione in strutture aeroportuali, dove non hanno libero accesso i **VEICOLI** privati;
- h) circolazione o navigazione avvenuta contro la volontà del proprietario, dell'usufruttuario, dell'acquirente con patto di riservato dominio oppure del locatario in caso di locazione finanziaria, a partire dal giorno successivo alla denuncia presentata all'Autorità di Pubblica Sicurezza;
- i) affezione, contagio, intossicazione, fatto salvo quanto espressamente previsto all'articolo "ALTRI RISCHI INCLUSI NELLE GARANZIE";
- j) azioni dolose compiute o tentate dall'**ASSICURATO**, suicidio, tentato suicidio, atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**;
- k) avvelenamenti, nonché dalle **INFEZIONI** che non abbiano per causa diretta ed esclusiva una lesione rientrante nella definizione di **INFORTUNIO**, fatto salvo quanto espressamente previsto all'articolo "ALTRI RISCHI INCLUSI NELLE GARANZIE";
- l) trasmutazioni del nucleo dell'atomo e di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti e a scorie nucleari;
- m) etilismo acuto, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- n) detenzione conseguente a condanna dell'**ASSICURATO**, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo;
- o) partecipazione ad imprese temerarie, salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo;
- p) contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- q) svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- r) pratica di pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce od accesso ai ghiacciai (salvo, in quest'ultimo caso, nelle aree appositamente attrezzate per la pratica dello sci), arrampicata libera (free climbing), rodei, salto dal trampolino con sci o idrosci, guidoslitta, immersioni con auto-respiratore, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere (e quindi anche volo con deltaplano, ultraleggero, parapendio ed altri simili), equitazione durante gare e relative prove, sci e snow board fuori pista, motoslitte scidoo, sci acrobatico, sci estremo, sci alpinismo, heliski, snow-board acrobatico ed estremo, ice speedway, kitesurf, snow-kite, bob, hockey, rugby, football americano, bungee jumping, down hill, rafting, discesa di rapide, skeleton, slittino, torrentismo, canyoning, parasailing, parkour, hydrospeed, canoa e kayak che comporti discesa di rapide;
- s) partecipazione a gare e competizioni, calcistiche e ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere esclusivamente ricreativo, nonché alle relative prove e allenamenti;
- t) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente.

Sono escluse:

- le conseguenze di operazioni chirurgiche e di accertamenti e cure mediche, non resi necessari da **INFORTUNIO**;
- le ernie di origine non traumatica. Esclusione non valida se, per l'**ASSICURATO** indicato in **POLIZZA**, è attiva la **GARANZIA "ERNIE ADDOMINALI NON DETERMINATE DA INFORTUNIO"** oppure se l'**ASSICURATO** appartiene alla classe professionale D indicata in **POLIZZA**;
- la **ROTTURA SOTTOCUTANEA DEI TENDINI**. Esclusione non valida per i casi espressamente previsti al Capitolo "Cosa è assicurato?".

Con riferimento alle attività svolte nel servizio militare di leva in tempo di pace, l'assicurazione non opera per gli **INFORTUNI** subiti durante la partecipazione a operazioni e interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.

Con riferimento alle attività di volontariato, sono escluse le attività svolte:

- con qualsiasi forma di remunerazione;
- al di fuori del Territorio Italiano, della Repubblica di San Marino e dello Stato della Città del Vaticano;
- con utilizzo di elicotteri od altri mezzi aerei.

Per la **GARANZIA "MEDICO TIROCINANTE, BORSISTA"**, sono esclusi dalla copertura **MALATTIA** le epidemie, le pandemie, l'AIDS, le nevrosi, le **MALATTIE** mentali e quelle tubercolari nonché le radiodermiti e, comunque, le conseguenze dirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, le radiazioni provenienti dalla accelerazione di particelle atomiche e da esposizione a radiazioni ionizzanti, le contaminazioni chimiche e biologiche.

Per la **GARANZIA "INABILITÀ TEMPORANEA"**, sono escluse dalla copertura anche le attività svolte nel servizio militare di leva in tempo di pace.

Per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO"** sono escluse dalla copertura anche le attività svolte nel servizio militare di leva in tempo di pace.

Per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE DI CURA CONSEGUENTI AD INFORTUNIO"** sono escluse dalla copertura anche le attività svolte nel servizio militare di leva in tempo di pace.

4.2 - LIMITI TERRITORIALI

Salvo diversa indicazione, l'assicurazione viene prestata in tutto il mondo.

In ogni caso il pagamento dell'**INDENNIZZO** verrà effettuato in Italia in valuta corrente.

4.3 - FRANCHIGIE

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, alcune **GARANZIE** prevedono l'applicazione di **FRANCHIGIE** come di seguito indicate.

GARANZIA/Prestazione	FRANCHIGIA
"INVALIDITA' PERMANENTE"	In base alla Tabella di liquidazione indicata in POLIZZA la percentuale di I.P. liquidata, in alcuni casi, è inferiore alla percentuale di I.P. accertata (applicazione di FRANCHIGIA)
"RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA PER INFORTUNIO" - Prestazioni sanitarie successive all' INFORTUNIO che non abbia determinato RICOVERO o INTERVENTO CHIRURGICO	€ 55 per SINISTRO
"INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITÀ"	Nessun INDENNIZZO se grado I.P. accertata è inferiore o uguale a 65%
"ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI"	L' INDENNIZZO è pagato solo se l' INFORTUNIO ha procurato una lesione di 2° o 3° grado dei legamenti delle articolazioni
"ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA"	Nessun INDENNIZZO se grado I.P. accertata è inferiore o uguale a 65%
"INABILITÀ TEMPORANEA"	sui primi 50 euro di SOMMA ASSICURATA si

	<p>applica una FRANCHIGIA di 7 giorni;</p> <p>sull'eccedenza ai 50 euro di SOMMA ASSICURATA si applica una FRANCHIGIA di 15 giorni.</p>
"DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO"	2 giorni per DAY HOSPITAL/DAY SURGERY
"RISCHI SPORTIVI"	In base alla Tabella 8 di liquidazione, la percentuale di I.P. liquidata, in alcuni casi, è inferiore alla percentuale di I.P. accertata (applicazione di FRANCHIGIA)
"MEDICO TIROCINANTE, BORSISTA"	Nessun INDENNIZZO se grado I.P. accertata è inferiore o uguale a 15%

Per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE"** con tipo di copertura "**H24 - RISCHI PROFESSIONALE ED EXTRAPROFESSIONALI**" e con attività dell'**ASSICURATO** non dichiarata in **POLIZZA**, in caso di **INFORTUNIO** subito dall'**ASSICURATO** durante lo svolgimento di un'attività classificata di tipo D, E o RD in base all'allegato 3 "**CLASSIFICAZIONE DELLE PROFESSIONI**", si applica la seguente **FRANCHIGIA** del 10%:

- grado di **I.P.** accertata inferiore o uguale a 10%: nessun **INDENNIZZO**;
- grado di **I.P.** accertata superiore a 10% ma inferiore a 30%: **INDENNIZZO** corrisposto solo per la parte eccedente il 10% (esempio: **I.P.** accertata 15%; **I.P.** indennizzata 5%);

Non si applica **FRANCHIGIA** per grado di **I.P.** accertata uguale o maggiore di 30%.

4.4 - LIMITI DI INDENNIZZO

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, alcune **GARANZIE** prevedono l'applicazione dei limiti o sottolimiti di **INDENNIZZO** di seguito indicati.

Cosa si intende per "LIMITE DI INDENNIZZO"?

Per **LIMITE DI INDENNIZZO** si intende l'importo massimo entro il quale la **SOCIETÀ** è impegnata ad offrire la prestazione assicurativa, rappresenta quindi l'obbligazione massima della **SOCIETÀ** in caso di **SINISTRO**, per capitale, interessi e spese per una determinata garanzia.

Il **LIMITE DI INDENNIZZO** può essere fissato per ogni **SINISTRO** e/o per anno assicurato.

Esempi di applicazione di **LIMITE DI INDENNIZZO** per una determinata garanzia

- 1) **LIMITE DI INDENNIZZO** € 200,00 per **SINISTRO**: la **SOCIETÀ** pagherà massimo € 200,00 per ciascun **SINISTRO**; non è fissato un limite per anno, quindi la **SOCIETÀ** pagherà tutti i sinistri che avverranno nel corso dell'**ANNO SOLARE** (max € 200,00 ciascuno);
- 2) **LIMITE DI INDENNIZZO** € 200,00 per **SINISTRO** e per anno: la **SOCIETÀ** pagherà massimo € 200,00 nel corso dell'anno assicurato (es. 2 sinistri da € 100,00 ciascuno o 1 sinistro da € 200,00);
- 3) **LIMITE DI INDENNIZZO** € 200,00 per **SINISTRO** e € 500,00 per anno: in questo caso la **SOCIETÀ** pagherà massimo € 500,00 nel corso dell'anno assicurato, ma mai più di € 200,00 per ogni singolo **SINISTRO**.

GARANZIA/Evento	LIMITE DI INDENNIZZO (per ANNO SOLARE, salvo diversa indicazione)
Tipo di copertura: " FAMIGLIA "; " VITA PRIVATA "; " CIRCOLAZIONE "	Le SOMME ASSICURATE per morte e INVALIDITÀ PERMANENTE sono ridotte del 50% se l' ASSICURATO , al momento del SINISTRO , non

In caso di morte o INVALIDITA' PERMANENTE provocate da SINISTRO derivante da CIRCOLAZIONE	aveva le cinture di sicurezza regolarmente allacciate	
" MORTE DA INFORTUNIO " Rimpatrio della salma	€ 3.000	
" INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER RAPINA, TENTATIVO DI SEQUESTRO "	€ 250.000	
" TUTELA MINORI "	€ 250.000	
" INVALIDITA PERMANENTE " ROTTURE SOTTOCUTANEE DEI TENDINI	Si indennizza forfettariamente un grado di INVALIDITÀ PERMANENTE pari al 3% con il massimo di € 3.000	
<i>se forma copertura "NUCLEO"</i>	" INVALIDITA PERMANENTE " Ernia traumatica operabile (*)	- massimo INDENNIZZO 30 giorni, se presente in POLIZZA la GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO" - INDENNIZZO forfettario di € 1.500, se non presente in POLIZZA la GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO"
	" INVALIDITA PERMANENTE " Ernia traumatica non operabile (*)	INVALIDITÀ PERMANENTE riconosciuta fino ad un massimo del 10%
<i>se forma copertura "PERSONE"</i>	" INVALIDITA PERMANENTE " Ernia da INFORTUNIO operabile (*)	- massimo INDENNIZZO 30 giorni, se presente in POLIZZA la GARANZIA "INABILITA' TEMPORANEA" - INDENNIZZO forfettario di € 1.500, se non presente in POLIZZA la GARANZIA "INABILITA' TEMPORANEA"
	" INVALIDITA PERMANENTE " Ernia da INFORTUNIO non operabile (*)	INVALIDITÀ PERMANENTE riconosciuta fino ad un massimo del 10%
	" INVALIDITA PERMANENTE " Ernia addominale non determinata da INFORTUNIO	- massimo INDENNIZZO 30 giorni, se presente in POLIZZA la GARANZIA "INABILITA' TEMPORANEA" - INDENNIZZO forfettario di € 1.500, se non presente in POLIZZA la GARANZIA "INABILITA' TEMPORANEA"
<i>se forma copertura "NUCLEO"</i>	" DIARIA PER FRATTURA OSSEA "	Corrisposta al massimo per 30 giorni, ridotti a 20 giorni nel caso di frattura delle costole. L'importo della diaria per FRATTURA OSSEA è cumulabile con quello della GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO" , fino a complessivi € 150 al giorno, con un massimo di 300 giorni complessivi per ANNO SOLARE

"RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO" Rette di degenza	Limite giornaliero: 2% della SOMMA ASSICURATA
"RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA PER INFORTUNIO" Prestazioni sanitarie successive all' INFORTUNIO che non abbia determinato RICOVERO o INTERVENTO CHIRURGICO	20% del SOMMA ASSICURATA
"RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO" Trasporto in ambulanza	10% della SOMMA ASSICURATA , con il limite di €550
"RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO" Noleggio di carrozzelle ortopediche	Massimo 1 anno
"RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO" Cure e applicazioni	20% della SOMMA ASSICURATA , massimo €1.100
Cartella clinica	Indennità forfettaria di € 50 per SINISTRO
"RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA PER INFORTUNIO": In caso di RICOVERO in ospedale pubblico con almeno 2 pernottamenti per il quale l' ASSICURATO non abbia sostenuto alcuna spesa	Indennità di € 50 al giorno per massimo 60 giorni, (cumulabile con indennità da RICOVERO se quest'ultima prevista nella POLIZZA)
"INDENNITÀ AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITÀ"	€ 25.000 per ciascuna delle tre annualità
"ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI"	INDENNIZZO pari 50% di quello della GARANZIA "DIARIA PER FRATTURA OSSEA" per un periodo massimo di 20 giorni
"PERDITA ANNO SCOLASTICO"	€ 2.000
"ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA"	- € 10.000 per evento e per ANNO SOLARE per l'adattamento della casa - € 5.000 per evento e per ANNO SOLARE per l'adattamento dell'autovettura
"INABILITÀ TEMPORANEA"	365 giorni dall' INFORTUNIO (50% dell'indennità giornaliera se l' ASSICURATO ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni)
"DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO"	- 3 volte i giorni di durata del RICOVERO in assenza di FRATTURA OSSEA ; - 10 volte i giorni di durata del RICOVERO in presenza di FRATTURA OSSEA .
Solo per forma copertura " PERSONE " " DIARIA PER FRATTURA OSSEA "	Corrisposta al massimo per 90 giorni. È ridotta a: - 60 giorni per fratture a bacino, cranio, anca, colonna vertebrale; - 20 giorni per la frattura alle costole. Se al termine dei giorni di prognosi iniziale è necessario un ulteriore periodo, per ciascun giorno viene corrisposta la metà dell'indennità assicurata. L'importo della diaria per FRATTURA OSSEA è cumulabile con quello delle GARANZIE "DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO" e " INABILITÀ TEMPORANEA " fino a complessivi € 150 al giorno, per un massimo di 365 giorni complessivi per ANNO SOLARE .

"DANNI ESTETICI"	€ 5.000
"RISCHI SPORTIVI"	La copertura è operante per i soli casi di "Morte", "INVALIDITÀ PERMANENTE", "DIARIE DA INFORTUNIO" e "RIMBORSO SPESE DI CURA", se presenti, nei limiti del 50% delle rispettive SOMME ASSICURATE
"MEDICO TIROCINANTE, BORSISTA"	Limitatamente al caso di INVALIDITÀ PERMANENTE da MALATTIA, massimo INDENNIZZO € 260.000 per ciascun ASSICURATO

✓ **Infortuni causati da calamità naturali**

Per gli **INFORTUNI** derivanti da movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che coinvolge in un unico evento più assicurati con la **SOCIETÀ**, il limite massimo per tutti gli **INDENNIZZI** a carico della **SOCIETÀ** è di € 4.000.000.

Per "unico evento" si intendono tutti gli **INFORTUNI** avvenuti in un arco di tempo della durata di 72 ore consecutive.

Per "più assicurati con la **SOCIETÀ**" si intendono tutte le persone assicurate con la **SOCIETÀ** per il **RISCHIO INFORTUNI**, sia con la presente **POLIZZA** sia con altre polizze (qualunque sia il contraente).

Se il totale degli **INDENNIZZI** dovuti dalla **SOCIETÀ** eccede il limite di € 4.000.000, gli **INDENNIZZI** spettanti a ciascun **ASSICURATO** saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite (€ 4.000.000) e il totale degli **INDENNIZZI** dovuti.

✓ **Infortuni aeronautici**

Per gli **INFORTUNI** aeronautici, di cui all'articolo 1.3 "**ALTRI RISCHI INCLUSI NELLE GARANZIE**", e che coinvolgono sullo stesso aeromobile più assicurati con la **SOCIETÀ**, il limite massimo per tutti gli **INDENNIZZI** a carico della **SOCIETÀ** è di € 6.500.000.

Per "più assicurati con la **SOCIETÀ**" si intendono tutte le persone assicurate con la **SOCIETÀ** per il **RISCHIO INFORTUNI** aeronautici, sia con la presente **POLIZZA** sia con altre polizze (qualunque sia il contraente).

Se il totale degli **INDENNIZZI** dovuti dalla **SOCIETÀ** eccede il limite di € 6.500.000 per aeromobile, gli **INDENNIZZI** spettanti a ciascun **ASSICURATO** saranno ridotti in proporzione al rapporto tra detto limite (€ 6.500.000) e il totale degli **INDENNIZZI** dovuti.

✓ **Infortuni cumulativi**

Se un **SINISTRO** colpisce contemporaneamente più **ASSICURATI** con la stessa **POLIZZA**, il limite massimo di **INDENNIZZO** per tutti gli **ASSICURATI** è di € 2.500.000.

Il suddetto limite è ridotto a € 600.000 se la **POLIZZA** ha durata inferiore a 1 anno.

Se il totale degli **INDENNIZZI** dovuti dalla **SOCIETÀ** eccede i predetti limiti cumulativi (€ 2.500.000 o € 600.000 per durata inferiore a 1 anno), gli **INDENNIZZI** spettanti a ciascun **ASSICURATO** saranno ridotti in proporzione al rapporto tra il limite cumulativo e il totale degli **INDENNIZZI** dovuti.

La limitazione per "*Infortuni cumulativi*" non si applica agli **INFORTUNI** causati da calamità naturali e agli **INFORTUNI** aeronautici.

Cosa fare in caso di Sinistro?

5 - Gestione del sinistro

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle PARTI e le indicazioni generali relative alla gestione dei SINISTRI.

5.1 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED OBBLIGHI RELATIVI

La denuncia dell'INFORTUNIO deve essere fatta alla SOCIETÀ o all'Agenzia cui è assegnata la POLIZZA entro 5 giorni dall'INFORTUNIO o dal momento in cui l'ASSICURATO/CONTRAENTE o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, descrivendo dettagliatamente cause e conseguenze dell'INFORTUNIO ed allegando il certificato medico in originale.

Nel caso di copertura del NUCLEO FAMILIARE occorre allegare anche il certificato anagrafico di stato di famiglia del CONTRAENTE, rilasciato da non più di un mese dalla data del SINISTRO.

Avvenuto l'INFORTUNIO, l'ASSICURATO deve ricorrere alle cure di un medico e seguirne le prescrizioni, nonché informare periodicamente la SOCIETÀ sul decorso delle lesioni.

Se l'INFORTUNIO causa la morte dell'ASSICURATO o se questa sopravviene durante il periodo di cura, gli aventi diritto devono avvisare la SOCIETÀ, nei termini di cui sopra, mediante PEC o lettera raccomandata.

L'ASSICURATO, i suoi familiari od aventi diritto devono consentire la visita di medici della SOCIETÀ e qualsiasi indagine che è ritenuta necessaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'ASSICURATO stesso.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati sono a carico dell'ASSICURATO.

Per la GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO O DA INFORTUNIO", in caso di SINISTRO, l'ASSICURATO o gli aventi diritto devono presentare copia integrale della cartella clinica o di un documento equivalente, originale o copia conforme, rilasciato dall'ISTITUTO DI CURA.

Per la GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY DA INFORTUNIO", in caso di SINISTRO, l'ASSICURATO o gli aventi diritto devono presentare copia integrale della cartella clinica o di un documento equivalente, originale o copia conforme, rilasciato dall'ISTITUTO DI CURA.

Per la GARANZIA "DIARIA PER FRATTURA OSSEA", in caso di SINISTRO, l'ASSICURATO o gli aventi diritto devono presentare copia integrale della documentazione radiologica, RMN e TAC, ecografia, artroscopia, del verbale di pronto soccorso, della cartella clinica oppure di equivalente certificazione medica specialistica.

Per la GARANZIA "ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI", in caso di SINISTRO, l'ASSICURATO o gli aventi diritto devono presentare copia integrale della documentazione radiologica, RMN e TAC, ecografia, artroscopia, del verbale di pronto soccorso, della cartella clinica rilasciata dall'ISTITUTO DI CURA.

Per la GARANZIA "RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA PER INFORTUNIO", il rimborso di tutte le prestazioni viene effettuato a cura ultimata, su presentazione della cartella clinica completa (in caso di RICOVERO), della documentazione medica relativa alle cure, nonché degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate.

5.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE

A) Accertamento del grado di invalidità

L'INDENNIZZO viene calcolato partendo dall'accertamento del grado di INVALIDITÀ PERMANENTE (percentuale di I.P. accertata), facendo convenzionale riferimento ai valori ed ai criteri sotto elencati.

Il grado di I.P. è accertato in base alle percentuali espresse nella "Tabella di valutazione" scelta dal CONTRAENTE in fase di sottoscrizione della POLIZZA ed indicata in POLIZZA.

Il CONTRAENTE può scegliere tra le seguenti tabelle di valutazione, il cui dettaglio è riportato nell'allegato 1 "TABELLE DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI I.P.":

- Tabella di valutazione ANIA;
- Tabella di valutazione INAIL.

Il grado di I.P. accertato con i criteri della tabella INAIL è in genere più elevato di quello accertato con

i criteri della tabella ANIA e, di conseguenza, comporta un **INDENNIZZO** più elevato rispetto a quello basato sui criteri della tabella ANIA, a parità di tutte le altre condizioni.
Pertanto, la scelta della Tabella INAIL comporta un **PREMIO** più elevato rispetto alla scelta della Tabella ANIA.

Per entrambe le tabelle valgono i seguenti criteri di valutazione:

- si tiene conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica, **indipendentemente dalla professione dell'ASSICURATO**;
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procede alla quantificazione del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi (es.: lenti, protesi, ecc.);
- per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro valgono per il lato sinistro e viceversa;
- se l'**INFORTUNIO** determina menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;
- la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;
- nei casi di **INVALIDITÀ PERMANENTE** non specificati nella tabella utilizzata, l'**INDENNIZZO** è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità lavorativa generica, **indipendentemente dalla professione dell'ASSICURATO**;
- In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali della tabella utilizzata sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente, fermo quanto stabilito per le persone non assicurate perché affette da particolari patologie di cui al capitolo "Cosa NON è assicurato?".

B) Calcolo dell'INDENNIZZO

Accertato il grado di I.P. come sopra indicato, si calcola l'**INDENNIZZO** in base alla "Tabella di liquidazione", scelta dal **CONTRAENTE** in fase di sottoscrizione della **POLIZZA** e riportata in **POLIZZA**.

Nella "Tabella di liquidazione" sono riportati, in corrispondenza di ciascun valore percentuale di "I.P. accertata", il valore percentuale di "I.P. indennizzabile".

L'**INDENNIZZO** è calcolato applicando alla **SOMMA ASSICURATA** la percentuale di "I.P. indennizzabile" indicata nella "Tabella di liquidazione".

Il **CONTRAENTE** può scegliere tra le seguenti di tabelle, il cui dettaglio è riportato nell'allegato 2 "**TABELLE DI LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER I.P.**", assieme ad esempi di applicazione.

Se è assicurato il **NUCLEO FAMILIARE**, il **CONTRAENTE** può scegliere tra:

- Tabella 1 - "Nucleo Familiare - F3"
- Tabella 2 - "Nucleo Familiare - 3P"

La Tabella 2 prevede, in alcuni casi, valori di I.P. indennizzabile maggiori di quelli della Tabella 1. Ad esempio, con la Tabella 2 si indennizzano anche i primi tre punti di I.P. accertata mentre non si indennizzano con la Tabella 1.

Pertanto, la scelta della Tabella 2 comporta un **PREMIO** più elevato rispetto alla scelta della Tabella 1.

Se sono assicurate le persone nominativamente indicate in **POLIZZA**, il **CONTRAENTE** può scegliere tra:

- Tabella 3 - "Persone - F3" (per tipi di copertura "H24", "SOLO PROFESSIONALE", "SOLO EXTRAPROFESSIONALE")
- Tabella 4 - "Persone - Supervalutata" (per tipi di copertura "H24", "SOLO PROFESSIONALE", "SOLO EXTRAPROFESSIONALE")

La Tabella 4 prevede, nella maggior parte dei casi, valori di I.P. indennizzabile superiori a quelli della Tabella 3. Ad esempio, rispetto alla Tabella 3, la Tabella 4 indennizza anche i primi tre punti di I.P. accertata e, inoltre, sopravvaluta i livelli di I.P. più gravi.

Pertanto, la scelta della Tabella 4 comporta un **PREMIO** più elevato rispetto alla scelta della Tabella 3;

- Tabella 5 - "Persone - F5" (per tipi di copertura "H24", "SOLO PROFESSIONALE", "SOLO EXTRAPROFESSIONALE")

La Tabella 5 prevede, in alcuni casi, valori di I.P. indennizzabile minori di quelli della Tabella 3. Ad esempio, per i livelli di I.P. accertata inferiori al 30% e per **SOMMA ASSICURATA** fino a € 250.000, con la Tabella 5 si applica una **FRANCHIGIA** del 5%, mentre con la Tabella 3 si applica una **FRANCHIGIA** del 3%.

Pertanto, la scelta della Tabella 5 comporta un **PREMIO** minore rispetto alla scelta della Tabella 3;

- Tabella 6 - "Persone - F3 Circolazione" (solo per tipo copertura "CIRCOLAZIONE")
 - Tabella 7 - "Persone - 3P Circolazione" (solo per tipo copertura "CIRCOLAZIONE")
- La Tabella 7 prevede, in alcuni casi, valori di I.P. indennizzabile maggiori di quelli della Tabella 6. Ad esempio, con la Tabella 7 si indennizzano anche i primi tre punti di I.P. accertata mentre non si indennizzano con la Tabella 6.
- Pertanto, la scelta della Tabella 7 comporta un **PREMIO** più elevato rispetto alla scelta della Tabella 6.

In caso di **SINISTRO** relativo alla **GARANZIA "RISCHI SPORTIVI"**, la percentuale di I.P. indennizzabile è sempre determinata in base alla Tabella 8 - "Rischi sportivi F5", indipendentemente dalla tabella indicata in **POLIZZA** (la tabella indicata in **POLIZZA** si applica ai **SINISTRI** che non attivano la **GARANZIA "RISCHI SPORTIVI"**).

La Tabella 8 "Rischi Sportivi F5" è riportata nell'allegato 2.

Per la forma di copertura "**PERSONE**" con tipo copertura "**H24 - RISCHI PROFESSIONALI ED EXTRAPROFESSIONALI**" e attività non dichiarata in **POLIZZA**, in caso di **INFORTUNIO** subito dall'**ASSICURATO** durante lo svolgimento di un'attività classificata di tipo D, E o RD in base all'allegato "**CLASSIFICAZIONE DELLE PROFESSIONI**", la percentuale di I.P. indennizzabile è la seguente:

- grado di I.P. accertata minore o uguale a 10%: I.P. indennizzabile 0% (nessun **INDENNIZZO**);
- grado di I.P. accertata maggiore di 10% ma minore di 30%: I.P. indennizzabile uguale a I.P. accertata meno 10% (esempio: I.P. accertata 15%; I.P. indennizzabile 5%);
- grado di I.P. accertata uguale o maggiore di 30%: I.P. indennizzabile uguale a I.P. accertata;
- grado di I.P. accertata pari o superiore a 65%: I.P. indennizzabile 100%.

✓ Attività diversa da quella dichiarata

In caso di **INFORTUNIO** subito dall'**ASSICURATO** durante lo svolgimento di un'attività professionale diversa da quella dichiarata alla **SOCIETÀ** (ed indicata in **POLIZZA**), senza che l'**ASSICURATO** ne abbia dato comunicazione alla **SOCIETÀ**:

- l'**INDENNIZZO** sarà pagato integralmente se la diversa attività non aggrava il **RISCHIO**;
- l'**INDENNIZZO** sarà pagato in misura ridotta come indicato nella tabella delle percentuali di **INDENNIZZO** che segue, se la diversa attività aggrava il **RISCHIO**.

Attività svolta al momento del SINISTRO	Attività dichiarata					
	Classi	A	B	C	D	E/RD
	Percentuali di INDENNIZZO					
A	100	100	100	100	100	100
B	75	100	100	100	100	100
C	60	80	100	100	100	100
D	45	60	75	100	100	100
E/RD	30	40	50	75	100	100

Per determinare il livello di **RISCHIO** dell'attività dichiarata in **POLIZZA** (rispetto a quella effettivamente svolta al momento del **SINISTRO**), si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportate nell'allegato 3 "**CLASSIFICAZIONE DELLE PROFESSIONI**".

Se l'attività non è specificata nella classificazione, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o casi simili ad una delle attività elencate. Se l'attività non rientra e non risulta simile a quelle previste nell'elenco, verrà applicato quanto stabilito dagli articoli "**DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**" e "**DIMINUZIONE O AGGRAVAMENTO E DEL RISCHIO**" de "Il Contratto dalla A alla Z".

5.3 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** è eseguito, con moneta legalmente in corso al momento del **SINISTRO**, presso la sede della **SOCIETÀ** o dell'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA**, entro 15 giorni dalla data di accettazione della liquidazione da parte dell'**ASSICURATO** o del beneficiario.

Nel caso in cui l'**INFORTUNIO** abbia come conseguenza una **INVALIDITÀ PERMANENTE** è prevista la seguente procedura:

- entro 15 giorni dal ricevimento del certificato medico e/o relazione medico legale attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti derivanti dall'**INFORTUNIO**, e comunque entro 18 mesi dalla data di denuncia del **SINISTRO**, la **SOCIETÀ** invita l'**ASSICURATO** tramite raccomandata o PEC a sottoporsi a visita medico legale;
- la proposta di liquidazione viene formulata dalla **SOCIETÀ** entro 60 giorni dalla data della visita medico legale;
- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, la **SOCIETÀ** invia all'**ASSICURATO** l'atto di transazione e quietanza.

La **SOCIETÀ** paga l'**INDENNIZZO** entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'**ASSICURATO** o dal beneficiario.

Nel caso in cui il **RISCHIO** relativo alla **POLIZZA** sia ripartito fra più imprese di assicurazione (c.d. coassicurazione), ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla **POLIZZA**, esclusa ogni responsabilità solidale.

Per la forma di copertura "**PERSONE**", dopo almeno 120 giorni dalla denuncia del **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** ha la facoltà di richiedere un anticipo, da conguagliare al momento della liquidazione definitiva del **SINISTRO**, di importo non superiore al 25% del presumibile **INDENNIZZO**, con il massimo di € 25.000, a condizione che:

- in base alla documentazione acquisita sia oggettivamente accertabile che l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** è superiore al 30%;
- non sia sorta alcuna contestazione sull'indennizzabilità del **SINISTRO**.

L'anticipo sarà liquidato entro 30 giorni dalla richiesta e non può essere considerato come impegno definitivo della **SOCIETÀ** sulla quantificazione del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

Se, entro 2 anni dal giorno dell'**INFORTUNIO**, dopo il pagamento di un **INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE**, l'**ASSICURATO** muore a seguito dell'**INFORTUNIO** occorso, la **SOCIETÀ** corrisponde ai beneficiari designati (o, in assenza, agli eredi dell'**ASSICURATO** in parti uguali), la differenza tra l'**INDENNIZZO** pagato e quello da corrispondere per la **GARANZIA "MORTE DA INFORTUNIO"** (se operativa), se quest'ultimo è superiore; non viene invece richiesto alcun rimborso se l'importo già corrisposto per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** è superiore all'**INDENNIZZO** per la **GARANZIA "MORTE DA INFORTUNIO"** (se operativa).

Se l'**ASSICURATO**, per causa indipendente dall'**INFORTUNIO** che ha determinato un'**INVALIDITÀ PERMANENTE** a suo carico, muore:

- prima che i postumi permanenti stabilizzati siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETÀ**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto in parti uguali ai beneficiari designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, in parti uguali agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria, purché i postumi permanenti stabilizzati siano oggettivamente accertabili in base della documentazione sanitaria prodotta;
- dopo che i postumi permanenti stabilizzati siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla **SOCIETÀ**, l'**INDENNIZZO** verrà corrisposto in parti uguali ai beneficiari designati in **POLIZZA** o, in assenza di designazione, in parti uguali agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

In caso di mancato accordo sull'accertabilità dei postumi permanenti stabilizzati e/o sulla loro quantificazione, è possibile comunque ricorrere all'"arbitrato irrituale" per la risoluzione delle controversie tra le **PARTI** che avrà luogo nella città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'**ASSICURATO**.

5.4 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di disaccordo sulla causa o sulla natura delle lesioni o sulla valutazione delle conseguenze dell'**INFORTUNIO**, le **PARTI** possono demandare la decisione ad un Collegio Medico, composto da tre medici: uno nominato dalla **SOCIETÀ**, uno dal **CONTRAENTE** ed il terzo scelto di comune accordo.

In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio, cioè nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza del **CONTRAENTE** o dell'**ASSICURATO**.

Ciascuna delle **PARTI** paga le spese e le competenze del proprio medico e metà di quelle del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza procedure formali, e sono vincolanti per le **PARTI**, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere riportati in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle **PARTI**. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le **PARTI** anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato.

Per la **GARANZIA "MEDICO TIROCINANTE, BORSISTA"**, in caso di controversia sulla prestazione per **MALATTIA**, è riservato al Collegio Medico anche l'accertamento che la **MALATTIA** sia effettivamente insorta in servizio e per causa di servizio.

5.5 - ACCANTONAMENTO DELL'INDENNIZZO IN CASO DI RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Ai sensi del presente articolo, si definisce "**POLIZZA CUMULATIVA**" la **POLIZZA** con più di un **ASSICURATO** nominativamente indicato in **POLIZZA** oppure con un solo **ASSICURATO** nominativamente indicato in **POLIZZA** e diverso dal **CONTRAENTE**.

In caso di "**POLIZZA CUMULATIVA**", se il **CONTRAENTE** è una persona giuridica e la **POLIZZA** è stata stipulata ad esclusivo titolo di liberalità, anche nell'interesse proprio del **CONTRAENTE**, quale possibile responsabile del **SINISTRO**, e se l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari non accettano, a completa tacitazione per l'**INFORTUNIO**, l'**INDENNIZZO** dovuto ed avanzano verso il **CONTRAENTE** maggiori pretese a titolo di responsabilità civile per le conseguenze dell'**INFORTUNIO**, l'**INDENNIZZO** viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il **CONTRAENTE** dovesse corrispondere per sentenza o transazione.

Se l'infortunato o i suddetti beneficiari rinunciano all'azione di responsabilità civile o soccombono in giudizio, l'**INDENNIZZO** accantonato viene pagato agli stessi deducendo, a favore del **CONTRAENTE**, le spese di causa da lui sostenute.

5.6 - POSSIBILE RECESSO DALLE GARANZIE INFORTUNI A SEGUITO DI PAGAMENTO DI SINISTRO

Dopo ogni pagamento di **SINISTRO** e fino al 60° giorno dal pagamento dell'**INDENNIZZO**, le **PARTI** possono recedere dalle **GARANZIE** colpite da **SINISTRO** con preavviso di 30 giorni da inviare con le forme di cui all'articolo "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**".

La **SOCIETÀ**, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa al **CONTRAENTE** la parte di **PREMIO**, al netto dell'imposta, relativa al periodo di **RISCHIO** non corso.

Se la comunicazione di recesso è effettuata meno di 30 giorni prima di una scadenza di **PREMIO**, il **CONTRAENTE** non deve pagare il **PREMIO** e l'assicurazione cessa alla data di questa scadenza.

Se il **PREMIO** viene ugualmente pagato, la **SOCIETÀ** restituirà al **CONTRAENTE** il rateo di **PREMIO** imponibile (netto imposte) non goduto.

TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO

COSA FARE SUBITO	COSA FARE ENTRO 5 GIORNI	DOCUMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO
Avisare la SOCIETÀ lettera raccomandata o PEC se l' ASSICURATO muore a causa dell' INFORTUNIO o se muore durante il periodo di cura	Denunciare l' INFORTUNIO alla SOCIETÀ o all'Agenzia cui è assegnata la POLIZZA entro 5 giorni dall' INFORTUNIO o dal momento in cui l' ASSICURATO/CONTRAENTE o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, descrivendo dettagliatamente cause e conseguenze dell' INFORTUNIO	Per tutte le GARANZIE : certificato medico in originale ed il certificato anagrafico di stato di famiglia rilasciato da non più di un mese dalla data del SINISTRO

GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO" DOCUMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Copia integrale della cartella clinica o di un documento equivalente, in originale, rilasciato dall'ISTITUTO DI CURA.

GARANZIA "DIARIA PER FRATTURA OSSEA" DOCUMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Copia integrale della documentazione radiologica, RMN e TAC, ecografia, artroscopia, del verbale di pronto soccorso, della cartella clinica oppure di equivalente certificazione medica specialistica.

Estensione alle lesioni dei legamenti delle articolazioni: copia integrale della documentazione radiologica, RMN e TAC, ecografia, artroscopia, del verbale di pronto soccorso, della cartella clinica rilasciata dall'ISTITUTO DI CURA.

GARANZIA "RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA PER INFORTUNIO" DOCUMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Presentazione della cartella clinica completa (in caso di **RICOVERO**), della documentazione medica relativa alle cure, nonché degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzata.

ALLEGATO 1 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO DI I.P.

La tabella scelta dal CONTRAENTE è indicata in POLIZZA

1 - TABELLA ANIA

Casi di INVALIDITA' PERMANENTE	Percentuale di I.P.	
	Destro	Sinistro
Perdita totale di un arto superiore	70%	60%
Perdita della mano o di un avambraccio	60%	50%
Perdita del pollice	18%	16%
Perdita dell'indice	14%	12%
Perdita del medio	8%	6%
Perdita dell'anulare	8%	6%
Perdita del mignolo	12%	10%
Perdita di una falange del pollice	9%	8%
Perdita o anchilosi di una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi dello scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Perdita di un arto inferiore al di sopra della metà della coscia	70%	
Perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	
Perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	
Perdita di un piede	40%	
Perdita di ambedue i piedi	100%	
Perdita di un alluce	5%	
Perdita di ogni altro dito del piede	1%	
Perdita della falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa dello SPE	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale	12%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale	5%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo della 12 ^a dorsale	10%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura di metamero sacrale	3%	
Esiti di frattura di metamero coccigeo con call deforme	5%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Perdita anatomica di un rene	15%	
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Per perdita totale si intende una perdita anatomica o funzionale.

2 - TABELLA INAIL (Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124)

Casi di INVALIDITA' PERMANENTE	Percentuale di I.P.	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofica del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazione della facoltà visiva	vedasi tabella sottostante	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticaria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo	non si corrisponde indennità	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per la disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110-75:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) Quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	25%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti in pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	

Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra di più ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Virus residuo	indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore	indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore
9/10	1%	2%
8/10	3%	6%
7/10	6%	12%
6/10	10%	19%
5/10	14%	26%
4/10	18%	34%
3/10	23%	42%
2/10	27%	50%
1/10	31%	58%
0/18	35%	60%

Note

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale:

a) con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
b) con visus corretto di 7/10	18%
c) con visus corretto di 6/10	21%
d) con visus corretto di 5/10	24%
e) con visus corretto di 4/10	28%
f) con visus corretto di 3/10	32%
g) con visus corretto inferiore a 3/10	35%
- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'accuratezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

ALLEGATO 2 - TABELLE DI LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO PER I.P.

La tabella scelta dal **CONTRAENTE** è indicata in **POLIZZA**.

TABELLA 1 - NUCLEO FAMILIARE F3

(attivabile solo con forma copertura "NUCLEO")

Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA
1	0	26	31	51	62	76	95
2	0	27	32	52	64	77	96
3	0	28	34	53	66	78	98
4	1	29	35	54	68	79	99
5	2	30	36	55	69	80	100
6	3	31	37	56	70	81	101
7	4	32	38	57	71	82	103
8	5	33	40	58	73	83	104
9	6	34	41	59	74	84	105
10	8	35	42	60	75	85	106
11	10	36	43	61	76	86	108
12	12	37	44	62	78	87	109
13	13	38	46	63	79	88	110
14	14	39	47	64	80	89	111
15	15	40	48	65	81	90	113
16	16	41	49	66	83	91	116
17	17	42	50	67	84	92	120
18	18	43	52	68	85	93	123
19	19	44	53	69	86	94	127
20	20	45	54	70	88	95	131
21	22	46	55	71	89	96	134
22	24	47	56	72	90	97	138
23	25	48	58	73	91	98	142
24	27	49	59	74	93	99	146
25	29	50	60	75	94	100	150

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Nucleo Familiare F3:

ASSICURATO: NUCLEO FAMILIARE

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 200.000

Componenti del NUCLEO FAMILIARE al momento del SINITRO: 2

SOMMA ASSICURATA per singolo componente infortunato: € 100.000

- **Grado di I.P. accertato in base a tabella ANIA o INAIL: 3%**
Percentuale indennizzabile: 0%
Importo INDENNIZZO: nessun indennizzo
- **Grado di I.P. accertato: 8%**
Percentuale indennizzabile: 5%
Importo INDENNIZZO: € 5.000 (5% di € 100.000)
- **Grado di I.P. accertato: 68%**
Percentuale indennizzabile: 85%
Importo INDENNIZZO: € 85.000 (85% di € 100.000)
- **Grado di I.P. accertato: 100%**
Percentuale indennizzabile: 150%
Importo INDENNIZZO: € 150.000 (150% di € 100.000)

TABELLA 2- NUCLEO FAMILIARE 3P
 (attivabile solo con forma copertura "NUCLEO")

Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA
1	0,25	26	31	51	62	76	95
2	0,5	27	32	52	64	77	96
3	0,75	28	34	53	66	78	98
4	1	29	35	54	68	79	99
5	2	30	36	55	69	80	100
6	3	31	37	56	70	81	101
7	4	32	38	57	71	82	103
8	5	33	40	58	73	83	104
9	6	34	41	50	74	84	105
10	8	35	42	60	75	85	106
11	10	36	43	61	76	86	108
12	12	37	44	62	78	87	109
13	13	38	46	63	79	88	110
14	14	39	47	64	80	89	111
15	15	40	48	65	81	90	113
16	16	41	49	66	83	91	116
17	17	42	50	67	84	92	120
18	18	43	52	68	85	93	123
19	19	44	53	69	86	94	127
20	20	45	54	70	88	95	131
21	22	46	55	71	89	96	134
22	24	47	56	72	90	97	138
23	25	48	58	73	91	98	142
24	27	49	59	74	93	99	146
25	29	50	60	75	94	100	150

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Nucleo Familiare Supervalutata:

ASSICURATO: NUCLEO FAMILIARE

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 200.000

Componenti del NUCLEO FAMILIARE al momento del SINISTRO: 2

SOMMA ASSICURATA per singolo componente infortunato: € 100.000

- **Grado di I.P. accertato in base a tabella ANIA o INAIL: 3%**
Percentuale indennizzabile: 0,75%
Importo INDENNIZZO: € 750 (0,75% di € 100.000)
- **Grado di I.P. accertato: 8%**
Percentuale indennizzabile: 5%
Importo INDENNIZZO: € 5.000 (5% di € 100.000)
- **Grado di I.P. accertato: 68%**
Percentuale indennizzabile: 85%
Importo INDENNIZZO: € 85.000 (85% di € 100.000)
- **Grado di I.P. accertato: 100%**
Percentuale indennizzabile: 150%
Importo INDENNIZZO: € 150.000 (150% di € 100.000)

TABELLA 3- PERSONE F3

(attivabile solo con forma copertura "PERSONE" e tipo di copertura "H24", "SOLO PROFESSIONALE", "SOLO EXTRAPROFESSIONALE")

Grado di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA		Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	
	sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000		sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000
1	0	0	34	34	34
2	0	0	35	35	35
3	0	0	36	36	36
4	1	0	37	37	37
5	2	0	38	38	38
6	3	0	39	39	39
7	4	0	40	40	40
8	5	0	41	41	41
9	6	0	42	42	42
10	7	0	43	43	43
11	8	1	44	44	44
12	9	2	45	45	45
13	10	3	46	46	46
14	11	4	47	47	47
15	12	5	48	48	48
16	13	6	49	49	49
17	14	7	50	50	50
18	15	8	51	51	51
19	16	9	52	52	52
20	17	10	53	53	53
21	18	11	54	54	54
22	19	12	55	55	55
23	20	13	56	56	56
24	21	14	57	57	57
25	22	15	58	58	58
26	23	16	59	59	59
27	24	17	60	60	60
28	25	18	61	61	61
29	26	19	62	62	62
30	30	30	63	63	63
31	31	31	64	64	64
32	32	32	Oltre 64	100	100
33	33	33			

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Persone F3:

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 300.000

- **Grado di I.P. accertato (in base a tabella ANIA o INAIL): 3%**
Percentuale indennizzabile: 0%
Importo INDENNIZZO: nessuno
- **Grado di I.P. accertato: 8%**
Percentuale indennizzabile: 5% per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000; 0% per la parte eccedente € 250.000 (= € 300.000 - € 250.000 = € 50.000)
Importo INDENNIZZO: € 12.500 (5% di € 250.000 + 0% di € 50.000)
- **Grado di I.P. accertato: 50%**
Percentuale indennizzabile: 50%, sia per la parte fino a € 250.000 sia per la parte eccedente
Importo INDENNIZZO: € 150.000 (50% di € 250.000 + 50% di € 50.000)
- **Grado di I.P. accertato: 100%**
Percentuale indennizzabile: 100% sia per la parte fino a € 250.000 sia per la parte eccedente
Importo INDENNIZZO: € 300.000 (100% di € 250.000 + 100% di € 50.000)

TABELLA 4 - PERSONE SUPERVALUTATA

(attivabile solo con forma copertura "PERSONE" e tipo di copertura "H24", "SOLO PROFESSIONALE", "SOLO EXTRAPROFESSIONALE")

Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA		Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	
	sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000		sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000
1	0,25	0	34	38	31
2	0,5	0	35	40	33
3	0,75	0	36	42	35
4	1	0	37	44	37
5	2	0	38	46	39
6	3	0	39	48	41
7	4	0	40	50	43
8	5	0	41	52	45
9	6	0	42	54	47
10	7	0	43	56	49
11	8	1	44	58	51
12	10	2	45	60	53
13	11	3	46	62	55
14	13	4	47	64	57
15	15	5	48	66	59
16	16	6	49	68	61
17	17	7	50	70	63
18	18	8	51	72	65
19	19	9	52	74	67
20	20	10	53	76	69
21	21	11	54	78	71
22	22	12	55	80	73
23	23	13	56	82	75
24	24	14	57	84	77
25	25	15	58	86	79
26	26	16	59	88	81
27	27	17	60	90	83
28	28	19	61	92	85
29	29	21	62	94	87
30	30	23	63	96	80
31	32	25	64	98	91
32	34	27	65	100	93
33	36	29	Oltre 65	110	100

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Persone Supervalutata:

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 300.000

- **Grado di I.P. accertato (in base a tabella ANIA o INAIL): 3%**
Percentuale indennizzabile: 0,75% per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000; 0% per la parte eccedente € 250.000 (€ 300.000 - € 250.000 = € 50.000)
Importo INDENNIZZO: € 1.875 (0,75% di € 250.000 + 0% di € 50.000)
- **Grado di I.P. accertato: 8%**
Percentuale indennizzabile: 5% per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000; 0% per la parte eccedente € 250.000
Importo INDENNIZZO: € 12.500 (5% di € 250.000 + 0% di € 50.000)
- **Grado di I.P. accertato: 50%**
Percentuale indennizzabile: 70% per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000; 63% per la parte eccedente
Importo INDENNIZZO: € 206.500 (70% di € 250.000 + 63% di € 50.000)
- **Grado di I.P. accertato: 100%**
Percentuale indennizzabile: 110% per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000; 100% per la parte eccedente
Importo INDENNIZZO: € 325.000 (110% di € 250.000 + 100% di € 50.000)

TABELLA 5 - PERSONE F5

(attivabile solo con forma copertura "PERSONE" e tipo di copertura "H24", "SOLO PROFESSIONALE", "SOLO EXTRAPROFESSIONALE")

Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA		Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	
	sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000		sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000
1	0	0	34	34	34
2	0	0	35	35	35
3	0	0	36	36	36
4	0	0	37	37	37
5	0	0	38	38	38
6	1	0	39	39	39
7	2	0	40	40	40
8	3	0	41	41	41
9	4	0	42	42	42
10	5	0	43	43	43
11	6	1	44	44	44
12	7	2	45	45	45
13	8	3	46	46	46
14	9	4	47	47	47
15	10	5	48	48	48
16	11	6	49	49	49
17	12	7	50	50	50
18	13	8	51	51	51
19	14	9	52	52	52
20	15	10	53	53	53
21	16	11	54	54	54
22	17	12	55	55	55
23	18	13	56	56	56
24	19	14	57	57	57
25	20	15	58	58	58
26	21	16	59	59	59
27	22	17	60	60	60
28	23	18	61	61	61
29	24	19	62	62	62
30	30	30	63	63	63
31	31	31	64	64	64
32	32	32	Oltre 64	100	100
33	33	33			

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Persone F5:

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 500.000

- **Grado di I.P. accertato in base a tabella ANIA o INAIL: 3%**
Percentuale indennizzabile: 0%
Importo INDENNIZZO: nessuno
- **Grado di I.P. accertato: 8%**
Percentuale indennizzabile: 3% per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a €300.000; 0% per la parte eccedente € 300.000 (= € 500.000 - € 300.000 = €200.000)
Importo INDENNIZZO: € 9.000 (3% di € 300.000 .+ 0% di € 50.000)
- **Grado di I.P. accertato: 50%**
Percentuale indennizzabile: 50%, sia per la parte fino a € 300.000 sia per la parte eccedente
Importo INDENNIZZO: € 250.000 (50% di € 300.000 + 50% di € 200.000)
- **Grado di I.P. accertato: 100%**
Percentuale indennizzabile: 100% sia per la parte fino a € 300.000 sia per la parte eccedente
Importo INDENNIZZO: € 500.000 (100% di € 500.000)

TABELLA 6 - PERSONE F3 CIRCOLAZIONE
(attivabile solo con tipo copertura "CIRCOLAZIONE")

Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA
1	0	26	31	51	62	76	95
2	0	27	32	52	64	77	96
3	0	28	34	53	66	78	98
4	1	29	35	54	68	79	99
5	2	30	36	55	69	80	100
6	3	31	37	56	70	81	101
7	4	32	38	57	71	82	103
8	5	33	40	58	73	83	104
9	6	34	41	50	74	84	105
10	8	35	42	60	75	85	106
11	10	36	43	61	76	86	108
12	12	37	44	62	78	87	109
13	13	38	46	63	79	88	110
14	14	39	47	64	80	89	111
15	15	40	48	65	81	90	113
16	16	41	49	66	83	91	116
17	17	42	50	67	84	92	120
18	18	43	52	68	85	93	123
19	19	44	53	69	86	94	127
20	20	45	54	70	88	95	131
21	22	46	55	71	89	96	134
22	24	47	56	72	90	97	138
23	25	48	58	73	91	98	142
24	27	49	59	74	93	99	146
25	29	50	60	75	94	100	150

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Persone F3 Circolazione:

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 200.000

- Grado di I.P. accertato in base a tabella ANIA o INAIL: 3%
Percentuale indennizzabile: 0%
Importo INDENNIZZO: nessun indennizzo
- Grado di I.P. accertato: 8%
Percentuale indennizzabile: 5%
Importo INDENNIZZO: € 10.000 (5% di € 200.000)
- Grado di I.P. accertato: 68%
Percentuale indennizzabile: 85%
Importo INDENNIZZO: € 170.000 (85% di € 200.000)
- Grado di I.P. accertato: 100%
Percentuale indennizzabile: 150%
Importo INDENNIZZO: € 300.000 (150% di € 200.000)

TABELLA 7 - PERSONE 3P CIRCOLAZIONE
(attivabile solo con tipo copertura "CIRCOLAZIONE")

Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA
1	0,25	26	31	51	62	76	95
2	0,5	27	32	52	64	77	96
3	0,75	28	34	53	66	78	98
4	1	29	35	54	68	79	99
5	2	30	36	55	69	80	100
6	3	31	37	56	70	81	101
7	4	32	38	57	71	82	103
8	5	33	40	58	73	83	104
9	6	34	41	50	74	84	105
10	8	35	42	60	75	85	106
11	10	36	43	61	76	86	108
12	12	37	44	62	78	87	109
13	13	38	46	63	79	88	110
14	14	39	47	64	80	89	111
15	15	40	48	65	81	90	113
16	16	41	49	66	83	91	116
17	17	42	50	67	84	92	120
18	18	43	52	68	85	93	123
19	19	44	53	69	86	94	127
20	20	45	54	70	88	95	131
21	22	46	55	71	89	96	134
22	24	47	56	72	90	97	138
23	25	48	58	73	91	98	142
24	27	49	59	74	93	99	146
25	29	50	60	75	94	100	150

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Persone 3P Circolazione:

ASSICURATO:

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 200.000

- **Grado di I.P. accertato in base a tabella ANIA o INAIL: 3%**
Percentuale indennizzabile: 0,75%
Importo INDENNIZZO: € 1.500 (0,75% di € 200.000)
- **Grado di I.P. accertato: 8%**
Percentuale indennizzabile: 5%
Importo INDENNIZZO: € 10.000 (5% di € 200.000)
- **Grado di I.P. accertato: 68%**
Percentuale indennizzabile: 85%
Importo INDENNIZZO: € 170.000 (85% di € 200.000)
- **Grado di I.P. accertato: 100%**
Percentuale indennizzabile: 150%
Importo INDENNIZZO: € 300.000 (150% di € 200.000)

TABELLA 8 - RISCHI SPORTIVI F5
(sempre attiva in caso di SINISTRO su GARANZIA "RISCHI SPORTIVI")

Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA		Grado % di INVALIDITA' PERMANENTE accertata (ANIA o INAIL)	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA	
	sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000		sulla parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000	sulla parte di SOMMA ASSICURATA eccedente € 250.000
1	0	0	34	29	24
2	0	0	35	30	25
3	0	0	36	31	26
4	0	0	37	32	27
5	0	0	38	33	28
6	1	0	39	34	29
7	2	0	40	35	30
8	3	0	41	36	31
9	4	0	42	37	32
10	5	0	43	38	33
11	6	1	44	39	34
12	7	2	45	40	35
13	8	3	46	41	36
14	9	4	47	42	37
15	10	5	48	43	38
16	11	6	49	44	39
17	12	7	50	45	40
18	13	8	51	46	41
19	14	9	52	47	42
20	15	10	53	48	43
21	16	11	54	49	44
22	17	12	55	50	45
23	18	13	56	51	46
24	19	14	57	52	47
25	20	15	58	53	48
26	21	16	59	54	49
27	22	17	60	55	50
28	23	18	61	56	51
29	24	19	62	57	52
30	25	20	63	58	53
31	26	21	64	59	54
32	27	22	Oltre 64	100	100
33	28	23			

Esempi di applicazione tabella di liquidazione Rischi Sportivi F5:

SOMMA ASSICURATA I.P.: € 500.000

- Grado di I.P. accertato in base a tabella ANIA o INAIL: 3%
Percentuale indennizzabile: 0%
Importo INDENNIZZO: nessuno
- Grado di I.P. accertato: 10%
Percentuale indennizzabile: 5% per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000; 0% per la parte eccedente € 250.000 (= € 500.000 - € 250.000 = € 250.000)
Importo INDENNIZZO: € 12.500 (5% di € 250.000 + 0% di € 250.000)
- Grado di I.P. accertato: 50%
Percentuale indennizzabile: 45%, per la parte di SOMMA ASSICURATA fino a € 250.000; 40% per la parte eccedente € 250.000 (= € 500.000 - € 250.000 = € 250.000)
Importo INDENNIZZO: € 212.500 (45% di € 250.000 + 40% di € 250.000)
- Grado di I.P. accertato: 100%
Percentuale indennizzabile: 100% sia per la parte fino a € 250.000 sia per la parte eccedente
Importo INDENNIZZO: € 500.000 (100% di € 250.000 + 100% di € 250.000)

ALLEGATO 3 - CLASSIFICAZIONE DELLE PROFESSIONI

(per forma copertura "PERSONE" e per forma copertura "NUCLEO" con tipo copertura "FAMIGLIA")

L'indicazione della professione è riportata in POLIZZA per ciascun ASSICURATO

Classi di Professione	Codice Professione	Descrizione Professione
E	001	Abbattitori di piante, addetti alla potatura
C	165	Addetti in imprese di pulizia senza uso di impalcature esterne
D	164	Addetti in imprese di pulizia con uso di impalcature esterne
C	166	Addetti in lavanderia, pulisecco, tintorie e stirerie
C	004	Agenti di assicurazione
B	002	Agenti di cambio o di borsa, agenti immobiliari
B	003	Agenti di commercio
C	005	Agricoltori (proprietari, affittuari, ecc.) che non prendono parte ai lavori manuali
D	006	Agricoltori che lavorano manualmente
C	169	Agronomi
A	007	Albergatori senza prestazioni manuali
B	008	Albergatori con prestazioni manuali
C	009	Allenatori sportivi
A	010	Allevatori di animali che non prestano opera manuale
D	011	Allevatori di equini, bovini, suini che prestano lavoro manuale
C	012	Allevatori di altri animali o che comunque prestano lavoro manuale
A	013	Amministratori di beni propri o altrui
B	014	Analisti chimici
D	015	Antennisti, riparatori (con installazione di antenne radio -TV)
A	016	Antiquari senza restauro
A	017	Architetti occupati prevalentemente in ufficio
B	018	Architetti occupati prevalentemente all'esterno ma senza accesso ai cantieri
C	019	Architetti che accedono anche ai cantieri
B	173	Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali, ballerini (esclusi acrobati e circensi)
B	174	Assistenti sociali
D	175	Attrezzisti, macchinisti (settore spettacolo)
B	020	Autisti di autovetture in servizio pubblico o privato, taxi, autoambulanza, autofunebri
C	021	Autisti di autobus pubblici e da turismo, autocarri, motocarri, autotreni, autoarticolati senza carico e scarico
D	022	Autisti di autocarri, motocarri, autotreni, autoarticolati con carico e scarico
B	023	Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente
C	024	Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio ecc.
C	038	Autoriparatori (carrozzeri o meccanici), gommisti, vulcanizzatori
B	027	Avvocati e procuratori legali
C	200	Bagnini
A	181	Bambini (0-5 anni)
A	028	Barbieri, parrucchieri da donna
B	030	Benestanti senza particolari occupazioni
B	031	Bidelli, Custodi di musei
RD	302	Calciatori di serie A-B-C
RD	303	Calciatori di altre serie o divisioni
A	034	Callisti, manicure, pedicure, estetisti
B	035	Calzolari
B	036	Camerieri
D	037	Carpentieri in legno o ferro
B	039	Casalinghe
B	040	Casari
B	041	Cave a giorno con o senza uso di mine: proprietari o addetti che lavorano

Classi di Professione	Codice Professione	Descrizione Professione
		manualmente
D	042	Cave a giorno senza uso di mine: proprietari o addetti che lavorano manualmente
RD	043	Cave a giorno con uso di mine: proprietari o addetti che lavorano manualmente
B	185	Certificatori di bilancio e revisori dei conti
RD	045	Ciclisti: corridori dilettanti
RD	044	Ciclisti: corridori professionisti
A	046	Clero (appartenenti al)
A	047	Commercialisti, Consulenti del lavoro
B	048	Commessi viaggiatori e rappresentanti
A	050	Concessionari auto-motoveicoli (solo vendita)
C	187	Conciai, Pellettieri, Pelliciai
B	051	Corniciai
B	052	Cuochi
B	188	Custodi/portieri di stabili, alberghi, musei e simili, uscieri
D	189	Demolitori di autoveicoli
A	053	Dirigenti occupati solo in ufficio
A	054	Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accessi a cantieri, ponti, impalcature ecc.
B	055	Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc.
A	056	Disegnatori occupati solo in ufficio
B	057	Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro
B	058	Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
C	059	Distributori automatici di carburante (gestori di) con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili
B	060	Domestici, collaboratori familiari
C	061	Elettrauto
D	062	Elettricisti che lavorano solo all'interno di edifici ed a contatto con correnti a bassa tensione (< 600 V. corrente continua, e < 400 V. corrente alternata)
D	063	Elettricisti che lavorano anche all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione
A	064	Enologi ed enotecnici
A	191	Esercito, Marina Militare ed Aviazione, Carabinieri (FF.AA.), Polizia di Stato, Guardia di Finanza = con mansioni amministrative/svolte in ufficio
C	192	Esercito, Marina Militare ed Aviazione, Carabinieri (FF.AA.), Polizia di Stato, Guardia di Finanza = con mansioni operative
A	123	Esercizi Commerciali: Abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti
A	127	Esercizi Commerciali: Articoli ed apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali
A	124	Esercizi commerciali: Articoli in pelle, calzature
B	140	Esercizi Commerciali: Bar, caffè, bottiglierie, proprietari / addetti a birrerie, enoteche, paninoteche
A	126	Esercizi Commerciali: Cartolerie, librerie, edicole
A	133	Esercizi Commerciali: Casalinghi, armi
B	135	Esercizi Commerciali: Elettrodomestici, radio-TV, mobili, articoli igienico-sanitari: con o senza installazione ma esclusa la posa e riparazione di antenne
A	128	Esercizi Commerciali: Farmacie e Farmacisti
A	134	Esercizi Commerciali: Ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli
A	132	Esercizi Commerciali: Frutta e verdura, fiori e piante
A	125	Esercizi Commerciali: Giocattoli, articoli sportivi
B	129	Esercizi Commerciali: Oreficerie, orologerie, gioiellerie
B	138	Esercizi Commerciali: Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria

Classi di Professione	Codice Professione	Descrizione Professione
B	141	Esercizi Commerciali: Ristoranti, trattorie, pizzerie
A	130	Esercizi Commerciali: Rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria
C	139	Esercizi Commerciali: Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie
A	131	Esercizi Commerciali: Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori
C	066	Fabbri solo a terra
D	067	Fabbri anche su impalcature e ponti
C	068	Facchini (portabagagli di piccoli colli)
D	069	Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere (portuali, doganali, ecc.)
E	070	Falegnami
RD	071	Fantini
B	072	Floricoltori
A	073	Fotografi solo in studio
B	074	Fotografi anche all'esterno
B	075	Geologi
A	077	Geometri occupati solo in ufficio
B	078	Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri
C	079	Geometri che accedono anche ai cantieri
C	080	Giardinieri - Vivaisti
B	082	Giornalisti (cronisti, corrispondenti), scrittori
C	083	Guardiacaccia, guardiapescia, guardie campestri
RD	183	Guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza
RD	086	Guardie notturne, giurate, guardie armate, portavalori, investigatori privati, guardie del corpo, guardie forestali
B	196	Guide turistiche
C	087	Idraulici solo all'interno di edifici o a terra
C	088	Imbianchini solo all'interno di edifici
D	089	Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso di scale, impalcature e ponti
A	090	Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
B	091	Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature
D	093	Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori
B	092	Imprenditori in genere che non lavorano manualmente
D	094	Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori
B	199	Indossatori e modelli
B	095	Infermieri diplomati, paramedici
A	096	Ingegneri occupati solo in ufficio
B	097	Ingegneri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri
C	098	Ingegneri che accedono anche ai cantieri
RD	099	Insegnanti di alpinismo, guide alpine
B	102	Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, ballo, atletica leggera, nuoto
C	100	Insegnanti di equitazione
C	101	Insegnanti di judo, karatè, od altri similari, insegnanti di atletica pesante ed arti marziali
A	103	Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale
B	104	Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale
B	105	Ispettori di assicurazione, scolastici ed in genere
B	107	Istruttori di pratica (guida) di scuola guida
A	106	Istruttori di teoria di scuola guida
E	108	Lattonieri anche su impalcature e ponti, Idraulici anche all'esterno
C	109	Litografi e tipografi
A	110	Magistrati
B	111	Magliaie

Classi di Professione	Codice Professione	Descrizione Professione
D	202	Marinai - con o senza uso di macchine
C	112	Marmisti (posatori), Muratori, Piastrellisti, Palchettisti tutti solo a terra
D	113	Marmisti anche su impalcature e ponti
D	122	Muratori, Piastrellisti, Pavimentatori, Palchettisti anche su impalcature e ponti
C	114	Massaggiatori, fisioterapisti
B	115	Materassai
B	118	Mediatori di bestiame
B	117	Mediatori in genere (escluso bestiame)
B	195	Medici tirocinanti, borsisti
B	119	Medici (per i radiologi sono esclusi gli effetti sia interni che esterni delle emanazioni radioattive), Biologi e Psicologi
D	120	Mobilieri: fabbricazione mobili in ferro
D	121	Mobilieri: fabbricazione mobili in legno
A	142	Notai
B	143	Odontotecnici
D	116	Operai (dipendenti) e lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine e accesso ad officine, cantieri ponteggi ed impalcature
B	144	Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)
B	145	Ostetriche
RD	204	Palombari/sommozzatori
B	205	Pensionati
B	147	Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno
RD	206	Personale del circo, giostre e simili
D	148	Pescatori (pesca marittima costiera e d'acqua dolce)
C	207	Restauratori ed antiquari con restauro (esclusi mobili e senza uso di impalcature)
D	208	Restauratori ed antiquari con restauro con uso di impalcature
C	209	Restauratori ed antiquari con restauro di mobili
B	151	Riparatori elettrodomestici, computer, radio tv (esclusa posa e riparazione di antenne)
D	210	Saldatori
B	152	Sarti
D	212	Scultori/Intagliatori
RD	153	Speleologi
RD	214	Sportivi professionisti
B	216	Studenti di scuola non professionale
B	215	Studenti di scuola professionale
B	155	Tappezziere
C	217	Topografi
D	218	Tornitori
C	157	Veterinari
C	158	Vetrai
B	159	Vetrinisti
D	160	Vigili del fuoco
C	161	Vigili urbani

APPENDICE NORMATIVA

In questa parte sono riportati nel dettaglio le note riportate e i riferimenti agli articoli di Legge richiamati nelle Condizioni di Assicurazione che precedono.

- (1) A parziale deroga dell'articolo 1900 del Codice Civile (Inoperatività della garanzia per dolo o colpa grave)
L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.
L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere.
- (2) A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile (Inoperatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari)
Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.
- (3) A parziale deroga dell'articolo 1912 del Codice Civile.
- (4) **CODICE CIVILE – Art. 60 “Altri casi di dichiarazione di morte presunta”.**
Oltre che nel caso indicato nell'articolo 58 c.c., può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:
 - 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
 - 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
 - 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.**CODICE CIVILE - Art. 62 “Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta”.**
La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 60 c.c può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'articolo 50 c.c.
Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

Vittoria con te

**Salute e
benessere**

SEZIONE MALATTIA



Vittoria
Assicurazioni

CHI PROTEGGE SE STESSO, PROTEGGE GLI ALTRI

GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo

Nelle presenti condizioni di assicurazione alcuni termini sono riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO". Il significato attribuito a tali termini è riportato qui di seguito oppure nel Glossario presente ne "Il contratto dalla A alla Z".

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO:

- **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI:** i rilevamenti e gli esami eseguiti sull'ammalato che servono per individuare la **MALATTIA** che causa determinati sintomi, effettuati durante il **RICOVERO** oppure in **POLIAMBULATORI DIAGNOSTICI**.
- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.
- **CENTRALE OPERATIVA:** la struttura di Mapfre Warranty S.p.A - Strada Trossi, 66 - 13871, Verrone (BI) che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la **SOCIETA'**, provvede, per incarico di quest'ultima, alla gestione delle **PRESTAZIONI MEDICHE**, curando il contatto ed il rapporto con l'**ASSICURATO**. Gestisce inoltre le convenzioni ed i rapporti con le **STRUTTURE SANITARIE** e con i medici chirurghi convenzionati.
- **CONVALESCENZA:** il periodo tra la fine della fase acuta della **MALATTIA** e la stabilizzazione o la guarigione.
- **DAY HOSPITAL:** struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, quando eroghi prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.
- **DOCUMENTO DI PRESA IN CARICO:** il documento con cui la **CENTRALE OPERATIVA** comunica alle **STRUTTURE SANITARIE** convenzionate i termini di operatività della **GARANZIA**, relativamente alle **PRESTAZIONI SANITARIE**. Riporta inoltre i limiti di **POLIZZA**, i diritti e gli obblighi della **CENTRALE OPERATIVA** e dell'**ASSICURATO** verso la **STRUTTURA SANITARIA** ed i medici.
- **EQUIPE OPERATORIA:** per equipe operatoria si intende il chirurgo, l'aiuto, l'anestesista e ogni altro professionista partecipante attivamente all'**INTERVENTO CHIRURGICO**.
- **FISIOCHINESITERAPIA:** terapie specifiche (marconiterapia, radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) - prescritte dal medico curante - praticate in strutture ambulatoriali specialistiche regolarmente autorizzate alla **FISIOCHINESITERAPIA** od in strutture ambulatoriali di **ISTITUTI DI CURA**.
- **FRANCHIGIA:** importo contrattualmente pattuito che rimane a carico dell'**ASSICURATO** per ogni **SINISTRO**.
Per la **GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA"** si intende la parte di danno che è esclusa dall'**INDENNIZZO**, espressa in punti percentuali di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.
- **GESSATURA:** l'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici esterni di materiale vario purché immobilizzanti ed inamovibili, la necessità dei quali venga stabilita da medici chirurgici.
- **INDENNIZZO/RIMBORSO:** somma dovuta all'**ASSICURATO** in caso di **SINISTRO**.
- **INDENNITA' GIORNALIERA:** l'importo giornaliero, indicato in **POLIZZA**, utilizzato per calcolare l'**INDENNIZZO** in base al numero di giorni di **RICOVERO** o di **CONVALESCENZA**.
- **INFORTUNIO:** ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca, direttamente ed esclusivamente, lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
- **INTERVENTO CHIRURGICO:** l'insieme delle operazioni volte a riparare, ricostruire, riporre in sede, asportare o sostituire una parte dell'organismo colpito da **MALATTIA**, comprese le gessature, che viene attuato con manovre manuali o strumentali cruento, con o senza **RICOVERO**.
- **INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA (I.P.M.):** la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di **MALATTIA**, della capacità dell'**ASSICURATO** di svolgere, in tutto o in parte, qualsiasi generica attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

- **ISTITUTO DI CURA:** istituto universitario, ospedale, casa di cura, **DAY HOSPITAL** regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati **ISTITUTI DI CURA:** gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per **CONVALESCENZA** o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, gli ospedali militari.
- **MALATTIA:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO** e oggettivamente riscontrabile.
- **MALATTIA IMPROVVISA:** si intende una **MALATTIA** acuta (a rapida evoluzione), di cui l'**ASSICURATO** non è a conoscenza e che non è la manifestazione o recidiva di una precedente patologia.
- **MALATTIA TERMINALE:** **MALATTIA** a prognosi infausta per la sopravvivenza che comporta per l'**ASSICURATO** la non autosufficienza, l'incapacità a mantenere una vita indipendente, od anche a svolgere le comuni attività quotidiane.
- **MALFORMAZIONE, DIFETTO FISICO:** alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico.
- **NUCLEO FAMILIARE:** insieme di persone composto dal **CONTRAENTE**, il coniuge e/o i figli anche se non conviventi, il convivente more uxorio, purchè tutti risultanti dallo stato di famiglia e nominativamente individuati in **POLIZZA**.
- **POLIAMBULATORI DIAGNOSTICI:** struttura poliambulatoriale regolarmente autorizzata per gli accertamenti diagnostici e le visite specialistiche.
- **PRESTAZIONE SANITARIA:** in caso di **SINISTRO**, è l'erogazione della prestazione assicurativa.
- **RICOVERO:** permanenza in **ISTITUTO DI CURA** con pernottamento o in regime di **DAY HOSPITAL**.
- **SCOPERTO:** parte del danno indennizzabile, espressa in percentuale sull'ammontare del danno, che rimane a carico dell'**ASSICURATO**.
- **SOMMA ASSICURATA:** l'importo di massimo delle prestazioni assicurative previste in **POLIZZA**, per **ANNO SOLARE** e per ogni **ASSICURATO** o per l'intero **NUCLEO FAMILIARE**.
- **STRUTTURE SANITARIE:** **ISTITUTI DI CURA**, **POLIAMBULATORI DIAGNOSTICI**, **DAY HOSPITAL**.
- **VISITA SPECIALISTICA:** visita effettuata da medico in possesso di titolo di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie cui tale specializzazione è destinata.

OGGETTO DEL CONTRATTO

1 - Cosa è assicurato?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio i tipi di copertura e le **GARANZIE** della presente SEZIONE, valide solo se richiamate in **POLIZZA**.

Tutte le **GARANZIE** operano entro le **SOMME ASSICURATE** indicate in **POLIZZA**, ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e **LIMITI DI INDENNIZZO** indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

1.1 - DIARIA DA RICOVERO

Sono previste le seguenti prestazioni:

a) Ricovero

In caso di **RICOVERO** dell'**ASSICURATO** in **ISTITUTO DI CURA**, reso necessario da **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, verrà corrisposta l'**INDENNITA' GIORNALIERA** indicata in **POLIZZA**, a decorrere dal giorno del **RICOVERO** fino a quello dell'avvenuta dimissione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

L'**INDENNITÀ GIORNALIERA** viene corrisposta anche in caso di parto, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

✓ Cure al neonato

In caso di parto, se è necessario il **RICOVERO** del neonato per l'eliminazione o correzione di sue **MALFORMAZIONI**, la **SOCIETA'** corrisponde all'**ASSICURATA** l'**INDENNITA' GIORNALIERA** indicata in **POLIZZA**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*" e purché sia decorso il periodo di carenza per il parto, di cui all'articolo "*DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA*".

La giornata di entrata e quella di uscita dall'**ISTITUTO DI CURA** sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora dell'inizio del **RICOVERO** e quella della dimissione.

b) Day Hospital

La **GARANZIA** viene estesa in caso di degenza dell'**ASSICURATO** in regime di **DAY HOSPITAL**, resa necessaria da **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

Nei confronti dell'**ASSICURATO** affetto da **MALATTIA** cronica insorta dopo la stipulazione del **CONTRATTO**, l'assicurazione è prestata, per ciascun anno assicurativo successivo al manifestarsi di tale patologia, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

c) Indennità per spese di cartella clinica

La **SOCIETA'** corrisponde all'**ASSICURATO** un'indennità forfettaria di 15 euro per ciascun **SINISTRO** con **RICOVERO**, a titolo di rimborso spese per il rilascio della cartella clinica.

d) Altri rischi compresi

Sono compresi i **RICOVERI** per **INFORTUNI**:

- derivanti da malore o incoscienza dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da colpa grave dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva;
- avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'**ASSICURATO** risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

e) Indicizzazione (facoltativa)

Il **CONTRAENTE** può scegliere, in fase di sottoscrizione della **POLIZZA**, se la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** sono soggetti, per le annualità successive, ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'ISTAT, secondo quanto previsto al successivo articolo "*INDICIZZAZIONE DELLE SOMME*".

La scelta è indicata in **POLIZZA**.

1.2 - RIMBORSO SPESE SANITARIE "CLASSIC"

In caso di **INFORTUNIO** o **MALATTIA** dell'**ASSICURATO**, la **SOCIETA'** garantisce il **RIMBORSO** delle spese sostenute dall'**ASSICURATO** per le seguenti **PRESTAZIONI SANITARIE**, fino alla concorrenza, per **ANNO SOLARE**, della **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** e riferita al totale delle spese per **PRESTAZIONI SANITARIE**.

a) Spese per ricovero e intervento chirurgico

In caso di **RICOVERO**, anche in **DAY HOSPITAL**, o **INTERVENTO CHIRURGICO**, anche ambulatoriale, resi necessari da **MALATTIA** o da **INFORTUNIO**, la **SOCIETA'** rimborsa, le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per:

- onorari dell'**ÉQUIPE OPERATORIA**, nonché i diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, **FISIOCHINESITERAPIA**, medicinali, accertamenti diagnostici effettuati durante il predetto **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

✓ Indennità sostitutiva del rimborso

Se non risultano spese a carico dell'**ASSICURATO**, in quanto i costi relativi al **RICOVERO** sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, la **SOCIETA'** corrisponde all'**ASSICURATO** un'indennità di:

- 100 euro per ogni pernottamento;
- 60 euro per ogni giorno di **RICOVERO** in regime di **DAY HOSPITAL**.

Se le spese di **RICOVERO** sono solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, l'**ASSICURATO** può scegliere tra l'indennità sostitutiva o il rimborso dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

b) Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento

Sono inoltre rimborsabili, purché pertinenti alla **MALATTIA** o all'**INFORTUNIO** che ha reso necessario il **RICOVERO** o l'**INTERVENTO CHIRURGICO**, le spese sostenute in **ISTITUTI DI CURA** e Centri Specializzati, nonché presso medici specialisti, per:

- **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** (compresi gli onorari medici), **FISIOCHINESITERAPIA** nei 90 giorni precedenti un **RICOVERO** o un **INTERVENTO CHIRURGICO**;
- **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** (compresi gli onorari medici), medicinali, **FISIOCHINESITERAPIA**, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) nei 120 giorni successivi ad un **RICOVERO** o ad un **INTERVENTO CHIRURGICO**;
- trattamenti di chemioterapia e radioterapia per la cura delle neoplasie maligne a carattere invasivo (eccetto la leucemia linfatica cronica), dei tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale, del morbo di Hodgkin, purché la situazione patologica sia comprovata da referto istopatologico o da certificazione di **ISTITUTO DI CURA**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

c) Cure e Protesi dentarie

Sono comprese in **GARANZIA** le cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o **INFORTUNIO**, quest'ultimo comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre **STRUTTURE SANITARIE**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

d) Chirurgia plastica ricostruttiva

Sono compresi in **GARANZIA** gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia maligna o da **INFORTUNIO**, quest'ultimo comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre strutture sanitarie.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

e) Trasporto in ambulanza

È compreso in **GARANZIA** il trasporto dell'**ASSICURATO** con ambulanza in **ISTITUTO DI CURA**, da un **ISTITUTO DI CURA** all'altro e per il ritorno al proprio domicilio.

La necessità del trasporto deve essere certificata da un medico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

f) Parto e aborto terapeutico

Sono compresi in **GARANZIA** il parto (cesareo e non cesareo) e l'aborto terapeutico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

g) Cure ai figli neonati ed adottati

Le prestazioni della **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** vengono estese al neonato e al minore in affidamento preadottivo, se previste in **POLIZZA** in favore dell'**ASSICURATA**.

La **GARANZIA** è operante:

- per il neonato, nei primi 365 giorni di vita, e negli stessi termini previsti per l'**ASSICURATA** al momento del parto;
- per i minori in affidamento preadottivo, nei primi 365 giorni di affidamento, e negli stessi termini previsti per l'**ASSICURATA** al momento dell'affidamento.

Per il neonato sono comprese anche le cure rese necessarie da **MALFORMAZIONI** e **DIFETTI FISICI**.

h) Trapianti di organi

Sono rimborsate le spese sostenute per gli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**, l'assistenza medica ed infermieristica, l'**INTERVENTO CHIRURGICO** di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza ed il trasporto di organi o di parti di essi. Le **GARANZIE** prestate a favore dell'**ASSICURATO** che riceve la donazione, operano anche per il **RICOVERO** ospedaliero relativo al donatore.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

i) Altri rischi compresi

La **SOCIETÀ'** garantisce inoltre il **RIMBORSO** delle spese sostenute dall'**ASSICURATO** a seguito di **RICOVERI** per **INFORTUNI**:

- derivanti da malore o incoscienza dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da colpa grave dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da tumulti popolari a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva;
- avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'**ASSICURATO** risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

La **GARANZIA** è prestata nei limiti e con le esclusioni indicati ai capitoli "*Cosa non è assicurato?*" e "*Ci sono limiti di copertura?*".

j) Anticipo indennizzi

Nel caso in cui l'**ISTITUTO DI CURA** richieda come deposito un importo superiore a € 2.600, la **SOCIETÀ'** anticiperà all'**ASSICURATO** che ne faccia richiesta, entro il limite della **SOMMA ASSICURATA**, l'importo occorrente per tale deposito.

Tale anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sul diritto all'**INDENNIZZO**;
- sia presentata la certificazione dell'**ISTITUTO DI CURA** che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il tipo di **INTERVENTO** da effettuare;
- l'**ASSICURATO** indichi la presunta data del **RICOVERO**, che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo. Trascorso tale periodo la **SOCIETÀ'** avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato **RICOVERO**.

La **SOCIETÀ'** avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata inesistenza del diritto all'**INDENNIZZO** a termini di **POLIZZA**.

k) Indicizzazione (sempre attiva)

La **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** determinati al momento della stipulazione sono soggetti, per le annualità successive, ad adeguamento annuale in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice "Servizi Sanitari e Spese per la salute" pubblicato dall'**ISTAT**, secondo quanto previsto al successivo articolo "*INDICIZZAZIONE DELLE SOMME*".

l) Aumento del premio per aumento dell'età degli assicurati

Al momento della stipulazione, il **PREMIO** è determinato in base all'età degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**. Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il **PREMIO** aumenterà in base alle variazioni percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato "*AUMENTO DEL PREMIO IN FUNZIONE DELL'ETA' DELL'ASSICURATO*", per tener conto dell'incremento di età degli **ASSICURATI**, fatto salvo quanto previsto dall'articolo "*INDICIZZAZIONE DELLE SOMME*".

1.3 - RIMBORSO SPESE SANITARIE "ELITE"

In caso di **INFORTUNIO** o **MALATTIA** dell'**ASSICURATO**, la **SOCIETA'** garantisce il **RIMBORSO** delle spese sostenute dall'**ASSICURATO** per le seguenti **PRESTAZIONI SANITARIE**, fino alla concorrenza, per **ANNO SOLARE**, della **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** e riferita al totale delle spese per **PRESTAZIONI SANITARIE**.

a) Spese per ricovero e intervento chirurgico

In caso di **RICOVERO**, anche in regime di **DAY HOSPITAL**, o **INTERVENTO CHIRURGICO** anche ambulatoriale, resi necessari da **MALATTIA** o da **INFORTUNIO**, la **SOCIETA'** rimborsa le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per:

- onorari dell'**EQUIPE OPERATORIA**, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici e le protesi - escluse quelle dentarie, nonché lenti a contatto ed occhiali, ma comprese le lenti intraoculari (cristallino artificiale) - applicati durante l'intervento.
- rette di degenza,
- assistenza medica, ostetrica ed infermieristica, cure, **FISIOCHINESITERAPIA**, medicinali, **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**, effettuati durante il predetto **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO**;

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

✓ Indennità sostitutiva del rimborso

Se non risultano spese a carico dell'**ASSICURATO**, in quanto i costi relativi al **RICOVERO** sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, la **SOCIETA'** corrisponde all'**ASSICURATO** un'indennità di:

- 200 euro per ogni pernottamento;
- 100 euro per ogni giorno di **RICOVERO** in regime di **DAY HOSPITAL**.

Se le spese di **RICOVERO** sono solo in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale o di altro Ente, l'**ASSICURATO** può scegliere tra l'indennità sostitutiva o il **RIMBORSO** dell'eccedenza di spesa rimasta a suo carico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

b) Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento

Sono inoltre rimborsabili, purchè pertinenti alla **MALATTIA** o all'**INFORTUNIO** che ha reso necessario il **RICOVERO** o l'**INTERVENTO CHIRURGICO**, le spese sostenute in **ISTITUTI DI CURA** e Centri Specializzati, nonché presso medici specialisti, per:

- **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** (compresi gli onorari medici), **FISIOCHINESITERAPIA**, nei 90 giorni precedenti al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO**;
- **VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** (compresi gli onorari medici), medicinali, **FISIOCHINESITERAPIA**, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) nei 120 giorni successivi al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

c) Cure e Protesi dentarie

Sono comprese in **GARANZIA** le cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o **INFORTUNIO**, quest'ultimo comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre **STRUTTURE SANITARIE**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

d) Chirurgia plastica ricostruttiva da infortunio

Sono compresi in **GARANZIA** gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da **INFORTUNIO** comprovato da referto della prestazione di Pronto Soccorso Pubblico oppure, se consentito da leggi o regolamenti locali, di Pronto Soccorso prestato da altre **STRUTTURE SANITARIE**.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo 6 "*Ci sono limiti di copertura?*"

e) Trasporto in ambulanza, aereo o elicottero

È compreso in **GARANZIA** il trasporto dell'**ASSICURATO** con ambulanza, compreso aereo ed elicottero sanitario, in **ISTITUTO DI CURA**, da un **ISTITUTO DI CURA** all'altro e per il ritorno al proprio domicilio.

La necessità del trasporto deve essere certificata da un medico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

f) Parto e aborto terapeutico

Sono compresi in **GARANZIA** il parto (cesareo e non cesareo) e l'aborto terapeutico.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

g) Cure ai figli neonati ed adottati

Per i nati da un parto rimborsabile a termini di **POLIZZA** o per i minori in affidamento preadottivo, l'assicurazione è operante negli stessi termini previsti per l'**ASSICURATA** al momento del parto o dell'affidamento, nei primi 365 giorni di vita o di affidamento.

Per il solo neonato sono comprese anche le cure rese necessarie da **MALFORMAZIONI** e **DIFETTI FISICI**.

h) Trapianti di organi

Sono rimborsate le spese sostenute per gli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**, l'assistenza medica ed infermieristica, l'**INTERVENTO CHIRURGICO** di espianto, le cure, i medicinali, le rette di degenza ed il trasporto di organi o di parti di essi. Le **GARANZIE** prestate a favore dell'**ASSICURATO** che riceve la donazione, operano anche per il **RICOVERO** ospedaliero relativo al donatore.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

i) Vitto e pernottamento in istituto di cura di un familiare accompagnatore

In caso in **RICOVERO** dell'**ASSICURATO**, la **SOCIETÀ** rimborsa le spese per il vitto e il pernottamento di un familiare nell'**ISTITUTO DI CURA**. In caso di **RICOVERO** all'estero, la **SOCIETÀ** rimborsa anche le spese sostenute dal familiare accompagnatore per il viaggio in treno o con aereo di linea e, in caso di comprovata indisponibilità dell'**ISTITUTO DI CURA**, quelle per il suo vitto e pernottamento in struttura alberghiera.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

j) Assistenza domiciliare per malattie terminali

In caso di **MALATTIA TERMINALE** la **SOCIETÀ** rimborsa le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per:

- assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee **STRUTTURE SANITARIE**, all'uopo costituite e la cui attività sia legalmente riconosciuta, oppure, in alternativa, a scelta dell'**ASSICURATO**
- assistenza infermieristica professionale a domicilio.

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

k) Assistenza infermieristica privata presso il domicilio

La **SOCIETÀ** rimborsa le spese sostenute dall' **ASSICURATO** durante il **RICOVERO** e nei 90 giorni successivi al **RICOVERO**, presso il domicilio dell'**ASSICURATO**, per assistenza infermieristica professionale privata.

La presente prestazione non si cumula con quella prevista alla lettera j).

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

l) Diagnostica, chemioterapia e radioterapia

In assenza di **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, la **SOCIETÀ** rimborsa, ferma la **SOMMA ASSICURATA**:

- le spese sostenute per trattamenti di chemioterapia e radioterapia per la cura delle neoplasie maligne a carattere invasivo (eccetto la leucemia linfatica cronica), dei tumori dell'encefalo e degli altri organi del sistema nervoso centrale, del morbo di Hodgkin, purché la situazione patologica sia comprovata da referto istopatologico o da certificazione di **ISTITUTO DI CURA**.
- le spese sostenute per i seguenti accertamenti diagnostici resi necessari da **MALATTIA** o **INFORTUNIO** e prescritti dal medico curante: angiografia, risonanza magnetica nucleare (RMN), densitometria ossea computerizzata (DOC), mineralogia ossea computerizzata (MOC), scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche, tomografia assiale computerizzata (TAC).

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

m) Tossicodipendenza, Alcolismo, A.I.D.S., Malattie mentali

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo "*Cosa non è assicurato?*" e all'articolo "*ESCLUSIONI*", per l'**ASSICURATO** che nel corso del **CONTRATTO** diventasse tossicodipendente, alcolista, contraigga l'A.I.D.S. o manifesti malattie mentali e disturbi psichici in genere (ivi compresi i comportamenti nevrotici), la **GARANZIA** è prestata anche:

- in caso di tossicodipendenza o alcolismo, se l'**ASSICURATO** si sottopone a cure di disintossicazione con **RICOVERO** presso Centri, Comunità o Istituti abilitati dalle competenti Autorità, in base alla vigente normativa, al recupero psicofisico dei tossicodipendenti o degli alcolisti, la **SOCIETÀ** rimborsa le spese sostenute durante il **RICOVERO** in detti centri.

La **SOCIETÀ** rimborsa questa prestazione con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

Questa estensione di **GARANZIA** vale solo per il primo **RICOVERO**.

Terminato il periodo di **RICOVERO** o comunque decorsi 100 giorni dal giorno di inizio del **RICOVERO** stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure;

- in caso di A.I.D.S. che risulti, da documentazione medica, in fase conclamata, la **SOCIETA'** mette a disposizione dell'**ASSICURATO** un importo di € 7.000, fermo restando che l'assicurazione cessa indipendentemente dall'esito delle cure;
- in caso di malattie mentali, disturbi psichici (ivi compresi i comportamenti nevrotici) la **SOCIETA'** rimborsa le spese sostenute durante il **RICOVERO**.

Questa estensione di **GARANZIA** vale solo per il primo **RICOVERO**.

La **SOCIETA'** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

Terminato il periodo di **RICOVERO** o comunque decorsi 100 giorni dal giorno di inizio del **RICOVERO** stesso, l'assicurazione cessa, indipendentemente dall'esito delle cure.

n) Medicina preventiva

A partire dalla terza annualità assicurativa, la **SOCIETA'** rimborsa agli **ASSICURATI** con almeno 30 anni di età, le spese relative al "check up" medico indicato in tabella, da eseguirsi in un'unica soluzione presso le **STRUTTURE SANITARIE** convenzionate.

DONNA		UOMO	
tra 30 e 40 anni		tra 30 e 40 anni	
1 ESAMI DI LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cloremia • Sodiemia • Potassiemia • GOT • GPT • Bilirubina frazionata • Protidogramma • Esame urine 	1 ESAMI DI LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Cloremia • Sodiemia • Potassiemia • GOT • GPT • Bilirubina frazionata • Protidogramma • Esame urine
<ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • VES • Glicemia • Colesterolo Totale • Colesterolo HDL • LDH • Trigliceridi • Creatininemia • Azotemia 	2 PAP TEST 3 VISITA GINECOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Emocromo • VES • Glicemia • Colesterolo Totale • Colesterolo HDL • LDH • Trigliceridi • Creatininemia • Azotemia 	2 E.C.G. (Elettrocardiogramma) 3 VISITA CARDIOLOGICA
oltre 40 anni		oltre 40 anni	
in aggiunta a quanto sopra:		in aggiunta a quanto sopra:	
4 E.C.G. (ELETTROCARDIOGRAMMA)		4 ESAME DI LABORATORIO: PSA	
5 VISITA CARDIOLOGICA		5 RADIOGRAFIA DEL TORACE	
6 RX DEL TORACE		6 RICERCA SANGUE OCCULTO NELLE FECI	
7 RX MAMMOGRAFIA			
8 RICERCA SANGUE OCCULTO NELLE FECI			

Per effettuare il check-up, l'**ASSICURATO** deve contattare la **CENTRALE OPERATIVA** con le modalità previste all'articolo "*GESTIONE DEL SINISTRO*". La **CENTRALE OPERATIVA** provvederà alla prenotazione presso una delle **STRUTTURE SANITARIE** convenzionate, in base alla disponibilità del momento ed alla vicinanza al domicilio dell'**ASSICURATO**, entro cinque giorni dalla data della richiesta, inviandone conferma all'**ASSICURATO** mediante la modalità convenuta (telefono, e-mail, ecc.).

Gli esiti del check-up saranno comunicati esclusivamente all'**ASSICURATO**.

La **SOCIETA'** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

o) Altri rischi compresi

La **SOCIETA'** garantisce inoltre il **RIMBORSO** delle spese sostenute dall'**ASSICURATO** a seguito di **RICOVERI** per **INFORTUNI**:

- derivanti da malore o incoscienza dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da colpa grave dell'**ASSICURATO**;
- derivanti da tumulti popolari a condizione che l'**ASSICURATO** non vi abbia preso parte attiva;
- avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'**ASSICURATO** risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

La **GARANZIA** è prestata nei limiti e con le esclusioni indicati ai capitoli "*Cosa non è assicurato?*" e "*Ci sono limiti di copertura?*".

p) Indicizzazione (sempre attiva)

La **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice "Servizi Sanitari e Spese per la salute" pubblicato dall'ISTAT, secondo quanto previsto al successivo articolo "*INDICIZZAZIONE DELLE SOMME*".

g) Aumento del premio per aumento dell'età degli assicurati

Al momento della stipulazione, il **PREMIO** è determinato in base all'età degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**. Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il **PREMIO** aumenterà in base alle variazioni percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato "AUMENTO DEL PREMIO IN FUNZIONE DELL'ETA' DELL'ASSICURATO", per tener conto dell'incremento di età degli **ASSICURATI**, fatto salvo quanto previsto dall'articolo "INDICIZZAZIONE DELLE SOMME".

1.4 - INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di **RICOVERO** dell'**ASSICURATO** in **ISTITUTO DI CURA** per **INTERVENTO CHIRURGICO** reso necessario da **MALATTIA** od **INFORTUNIO**, la **SOCIETA'**, entro i limiti indicati nel capitolo "Ci sono limiti di copertura?" garantisce il pagamento di un **INDENNIZZO** di importo predeterminato.

a) Gli **INTERVENTI CHIRURGICI** sono raggruppati in sette classi - come riportato nell'Allegato "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI" - a cui corrispondono i seguenti importi di **INDENNIZZO**.

Classe di intervento	INDENNIZZO	Classe di intervento	INDENNIZZO
I	€ 260	V	€ 10.400
II	€ 520	VI	€ 26.000
III	€ 2.600	VII	€ 52.000
IV	€ 5.200		

In caso di **INTERVENTO CHIRURGICO** non specificatamente indicato nel predetto elenco, la classe a cui attribuire l'**INTERVENTO CHIRURGICO** sarà stabilita dalla **SOCIETA'** con riferimento al più simile degli **INTERVENTI CHIRURGICI** elencati per tipo di patologia e di tecnica chirurgica.

L'importo dell'**INDENNIZZO** pagato all'**ASSICURATO** è quindi indipendente dall'ammontare delle spese sostenute dall'**ASSICURATO**.

L'assicurazione è operante anche per gli **INTERVENTI CHIRURGICI** effettuati in regime di **DAY HOSPITAL** o in ambulatorio.

b) Anticipo indennizzi

Se l'**ISTITUTO DI CURA** richiede come deposito un importo superiore a € 2.600, la **SOCIETA'** anticiperà all'**ASSICURATO** che ne faccia richiesta, entro il **LIMITE DI INDENNIZZO**, l'importo occorrente per tale deposito.

Tale anticipo avverrà a condizione che:

- non sorgano contestazioni sul diritto all'**INDENNIZZO**;
- sia presentata la certificazione dell'**ISTITUTO DI CURA** che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il tipo di **INTERVENTO** da effettuare;
- l'**ASSICURATO** indichi la presunta data del **RICOVERO**, che non può essere oltre il 30° giorno dalla data della richiesta di anticipo. Trascorso tale periodo la **SOCIETA'** avrà diritto di richiedere la restituzione di detto anticipo in caso di verificato mancato **RICOVERO**.

La **SOCIETA'** avrà comunque diritto di richiedere la restituzione dell'anticipo in ogni caso di accertata inesistenza del diritto all'**INDENNIZZO** a termini di **POLIZZA**.

c) Cure al neonato

In qualsiasi caso di parto, anche fisiologico, la **SOCIETA'** corrisponde l'**INDENNIZZO** spettante in caso di **INTERVENTO CHIRURGICO**, effettuato nei primi 90 giorni di vita del neonato, reso necessario per l'eliminazione o correzione di **MALFORMAZIONI** del neonato, purché sia decorso il periodo di carenza per il parto di cui all'articolo "DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA".

d) Imprudenze, negligenze, malore, incoscienza

Sono comprese le **PRESTAZIONI SANITARIE** anche se conseguenti ad **INFORTUNI** o **MALATTIE** derivanti da imprudenze o negligenze gravi dell'**ASSICURATO** o di chi ha prestato le cure, nonché gli **INFORTUNI** subiti in stato di malore od incoscienza, entro i limiti e con le esclusioni indicati agli articoli "Cosa non è assicurato?" e "Ci sono limiti di copertura?"

e) Indicizzazione (facoltativa)

Il **CONTRAENTE** può scegliere, in fase di sottoscrizione della **POLIZZA**, se gli importi di **INDENNIZZO** forfetario e il **PREMIO** sono soggetti, per le annualità successive, ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'ISTAT, secondo quanto previsto al successivo articolo "INDICIZZAZIONE DELLE SOMME".

La scelta è indicata in **POLIZZA**.

f) Aumento del premio per aumento dell'età degli assicurati

Al momento della stipulazione, il **PREMIO** è determinato in base all'età degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**. Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il **PREMIO** aumenterà in base alle variazioni percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato "*AUMENTO DEL PREMIO IN FUNZIONE DELL'ETA' DELL'ASSICURATO*", per tener conto dell'incremento di età degli **ASSICURATI**, fatto salvo quanto previsto dall'articolo "*INDICIZZAZIONE DELLE SOMME*".

1.5 - INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

In caso di **INVALIDITÀ PERMANENTE** conseguente a **MALATTIA**, la **SOCIETÀ** corrisponde all'**ASSICURATO** un **INDENNIZZO** calcolato in percentuale sulla **SOMMA ASSICURATA**, secondo quanto riportato nell'articolo "*PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO*" del capitolo "*Cosa fare in caso di Sinistro?*".

a) Sono oggetto di assicurazione le **MALATTIE** manifestatesi non oltre un anno dalla scadenza della copertura assicurativa e che:

- siano insorte successivamente alla data di decorrenza della copertura, oppure
- siano insorte precedentemente alla data decorrenza della copertura, purchè non conosciute dall'**ASSICURATO**, oppure
- abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi precedentemente alla data di decorrenza della copertura, purchè dichiarate dall'**ASSICURATO** nel "*Questionario Sanitario*" e non esplicitamente escluse a termini di **POLIZZA** o con specifico atto contrattuale.

L'assicurazione vale in tutto il mondo, fermo restando che la valutazione dell'**INVALIDITÀ PERMANENTE** e la liquidazione del danno vengono effettuate in Italia in valuta corrente.

b) Continuità della garanzia

Se la **POLIZZA** è stata emessa in sostituzione, senza interruzione della copertura, di altra **POLIZZA** stipulata con la **SOCIETÀ** per lo stesso **RISCHIO** e riguardante gli stessi **ASSICURATI**, la **GARANZIA** vale per l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** conseguente a **MALATTIA** insorta nel precedente contratto e manifestatasi:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la **POLIZZA** sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
 - in ogni caso non oltre un anno dalla scadenza della copertura assicurativa della **POLIZZA** sostituita.
- Tale norma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso **CONTRATTO**.

c) Indicizzazione (facoltativa)

Il **CONTRAENTE** può scegliere, in fase di sottoscrizione della **POLIZZA**, se la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** sono soggetti, per le annualità successive, ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'**ISTAT**, secondo quanto previsto al successivo articolo "*INDICIZZAZIONE DELLE SOMME*".

La scelta è indicata in **POLIZZA**.

d) Aumento del premio per aumento dell'età degli assicurati

Al momento della stipulazione, il **PREMIO** è determinato in base all'età degli **ASSICURATI** indicati in **POLIZZA**. Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il **PREMIO** aumenterà in base alle variazioni percentuali indicate nella tabella di cui all'allegato "*AUMENTO DEL PREMIO IN FUNZIONE DELL'ETA' DELL'ASSICURATO*", per tener conto dell'incremento di età degli **ASSICURATI**, fatto salvo quanto previsto dall'articolo "*INDICIZZAZIONE DELLE SOMME*".

1.6 - INDICIZZAZIONE DELLE SOMME

La **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** della **GARANZIA** sono annualmente adeguati in base alle variazioni dell'indice **ISTAT** indicato in **POLIZZA**, ed in conformità a quanto segue:

- nel corso di ogni **ANNO SOLARE** sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- alla scadenza di ogni rata annua di **POLIZZA**, se si sarà verificata una variazione in più od in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o ad indice equivalente a quello inizialmente adottato, la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** saranno aumentati o ridotti in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua, dietro rilascio al **CONTRAENTE** di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Se, in conseguenza della variazione dell'indice, la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** superano il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà delle **PARTI** rinunciare all'adeguamento, con comunicazione scritta da inviare tempestivamente all'altra parte con le modalità di cui all'articolo "*FORMA DELLE COMUNICAZIONI*" presente nel capitolo "*Il contratto dalla A alla Z*". In tal caso, la **SOMMA ASSICURATA** ed il **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

Per la **GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA"**, se la variazione dell'indice comporta una **SOMMA ASSICURATA** superiore a € 600.000, l'adeguamento cesserà di essere operante. In tal caso, la **SOMMA ASSICURATA** ed il relativo **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato (**SOMMA ASSICURATA** inferiore o uguale a € 600.000 euro).

In caso di un eventuale ritardo o di interruzione nella pubblicazione dell'indice ISTAT, la **SOCIETÀ** comunicherà l'aggiornamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento. È facoltà del **CONTRAENTE** rinunciare a tale aggiornamento comunicandolo nelle forme di cui al precedente articolo "**FORMA DELLE COMUNICAZIONI**" presente nel capitolo "**Il Contratto dalla A alla Z**". Mancando l'accordo, l'adeguamento sarà conglobato in quello della successiva scadenza anniversaria.

Ad esempio:

Data di effetto della **POLIZZA**: 1/12/2022

Data scadenza **POLIZZA**: 1/12/2023

Indice ISTAT rilevato a giugno 2022: 100

Indice ISTAT rilevato a giugno 2023: 102

Variazione indice ISTAT tra giugno 2022 e giugno 2023: +2%

	1/12/2022	1/12/2023
SOMMA ASSICURATA	€ 100.000	€ 102.000
PREMIO	€ 500	€ 510

Per la **GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA"**, se la variazione dell'indice comporta una **SOMMA ASSICURATA** superiore a € 600.000, l'adeguamento cesserà di essere operante. In tal caso, la **SOMMA ASSICURATA** ed il relativo **PREMIO** rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato (**SOMMA ASSICURATA** inferiore o uguale a € 600.000 euro).

1.7 - DECORRENZA DELLE GARANZIE E PERIODO DI CARENZA

Fermo quanto indicato nell'articolo "**DECORRENZA DELLA COPERTURA E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO**" presente nel capitolo "**Il contratto dalla A alla Z**", le **GARANZIE** indicate in **POLIZZA** iniziano:

- dal momento in cui ha effetto la **POLIZZA**, per gli **INFORTUNI** e per l'aborto post traumatico;
- dal 180° giorno successivo per le conseguenze di **MALATTIE** diagnosticate, o sottoposte ad accertamenti, o curate anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA**, purché dichiarate dagli **ASSICURATI** nel questionario sanitario e non esplicitamente escluse dalla **SOCIETÀ** mediante specifica appendice contrattuale;
- dal 300° giorno successivo per il parto e per le patologie varicose manifestatesi dopo la stipulazione della **POLIZZA**;
- dal 180° giorno successivo per le **MALATTIE**, diverse da quelle indicate al precedente punto b), non conosciute dall'**ASSICURATO** ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della **POLIZZA** stessa;
- dal 30° giorno successivo per le altre **MALATTIE**, non ricomprese nei casi b) e d).

Per l'aborto terapeutico e per le **MALATTIE** dipendenti da gravidanza o puerperio, la **GARANZIA** è operante - con il periodo di carenza di 90 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto della **POLIZZA**.

Se la **POLIZZA** è stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra **POLIZZA** riguardante gli stessi **ASSICURATI**, il periodo di carenza di cui sopra opera:

- dal giorno in cui ha avuto effetto la **POLIZZA** sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima, se presenti anche nella **POLIZZA** sostituita;
- dal giorno in cui ha effetto la **POLIZZA** sostituita, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Le presenti norme per il caso di sostituzione valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa **POLIZZA**.

Per la **GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA"** non si applicano le norme del presente articolo relative al periodo di carenza.

Per la **GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA"** non si applicano le norme del presente articolo relative al periodo di carenza.

Per la **GARANZIA "SUPPORTO AL CAREGIVER"** si applica un periodo di carenza di 30 giorni in qualunque caso di **MALATTIA**.

2 - Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può ampliare la copertura assicurativa attivando le seguenti **GARANZIE** opzionali, con pagamento di un **PREMIO** aggiuntivo. Le **GARANZIE** sono operative solo se espressamente richiamate in **POLIZZA** ed entro la **SOMMA ASSICURATA** ivi indicata, ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti nei successivi articoli.

A) Opzioni con aumento del **PREMIO**, attivabili in presenza della **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"**

2.1 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

La **SOCIETA'** rimborsa, con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*" e fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**, le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il **RICOVERO**.

a) Indicizzazione

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** se, per tale **GARANZIA**, il **CONTRAENTE** ha scelto l'indicizzazione, come indicato in **POLIZZA**.

2.2 - DIARIA DA CONVALESCENZA

Sono previste le seguenti prestazioni:

a) Convalescenza successiva ad un ricovero

In caso di **CONVALESCENZA** per **MALATTIA** o **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** successiva ad un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA** o intervento chirurgico in **DAY HOSPITAL**, verrà corrisposta l'**INDENNITA' GIORNALIERA** a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'**ISTITUTO DI CURA** e fino a quello della guarigione clinica, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

b) Convalescenza non successiva ad un ricovero, causata da infortunio e con gessatura

In caso di **CONVALESCENZA** conseguente ad **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** che rende necessaria una **GESSATURA** e che non comporta **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, l'**INDENNITA' GIORNALIERA** verrà corrisposta per tutto il periodo durante il quale si è resa necessaria la **GESSATURA** e fino alla rimozione della stessa, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

c) Convalescenza successiva ad un ricovero, causata da infortunio e con gessatura

In caso di **CONVALESCENZA** conseguente ad **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** che rende necessaria una **GESSATURA** e che comporta **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, l'**ASSICURATO** potrà scegliere, per il pagamento dell'**INDENNITA' GIORNALIERA**, la **GARANZIA** in forma a), oppure la **GARANZIA** in forma b).

Sono equiparati a **GESSATURA**:

- apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast) in materiale acrilico;
- bendaggi amidati;
- docce / valve gessate;
- collari con mentoniera (tipo Zimmer);
- bendaggi Desault e Gilchrist;
- minerve (anche in cuoio);
- stecche di Zimmer;
- apparecchi di trazione cranica (tipo Halo) e trazione / immobilizzazione dita (tipo Iselin);
- osteosintesi documentate da referti radiologici e certificati medici.

d) Indicizzazione

Opera la medesima indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** se, per tale **GARANZIA**, il **CONTRAENTE** ha scelto l'indicizzazione, come indicato in

POLIZZA.

2.3 - GESSATURA ESTESA

L'assicurazione si intende estesa anche ai casi di immobilità fisica, documentata da referti radiologici e certificati medici, comportante la totale incapacità ad effettuare qualsiasi tipo di attività, professionale e non professionale, derivante da:

- frattura del bacino o dell'anca;
- frattura cranica;
- frattura delle costole;
- frattura della colonna vertebrale.

Tale estensione è operante purché vi sia frattura radiologicamente accertata e non sia comunque clinicamente possibile applicare alcuna **GESSATURA**.

a) Indicizzazione

Opera la medesima indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** se, per tale **GARANZIA**, il **CONTRAENTE** ha scelto l'indicizzazione, come indicato in **POLIZZA**.

2.4 - MAGGIORAZIONE DELLA DIARIA PER RICOVERO

Limitatamente al periodo di **RICOVERO**, la **SOCIETA'** corrisponderà:

- a) il doppio dell'**INDENNITÀ GIORNALIERA** per ogni giorno di **RICOVERO** che comporta un grande intervento chirurgico o che avvenga in reparto di rianimazione o di terapia intensiva.
Si considerano grandi interventi chirurgici quelli individuati nell'allegato **"ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI"** per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"**;
- b) l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** aumentata del 50% a partire dal ventunesimo giorno, in caso di **RICOVERO** che si protragga per oltre 20 giorni consecutivi;
- c) il doppio dell'**INDENNITÀ GIORNALIERA** in caso di **RICOVERO** d'urgenza all'estero, reso necessario da **MALATTIA** improvvisa o **INFORTUNIO** che si manifesti o accada all'estero. Per **MALATTIA** improvvisa si intende una **MALATTIA** acuta di cui l'**ASSICURATO** non è a conoscenza e che non sia la manifestazione di un precedente stato morboso.

a) Indicizzazione

Opera la medesima indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** se, per tale **GARANZIA**, il **CONTRAENTE** ha scelto l'indicizzazione, come indicato in **POLIZZA**.

2.5 - RETTA ACCOMPAGNATORE

In caso di **RICOVERO** dell'**ASSICURATO** reso necessario da **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, la **SOCIETA'** rimborsa, le spese per il vitto ed il pernottamento in **ISTITUTO DI CURA** dell'accompagnatore, con i limiti indicati nel successivo capitolo **"Ci sono limiti di copertura?"** e fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**.

a) Indicizzazione

Opera la medesima indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** se, per tale **GARANZIA**, il **CONTRAENTE** ha scelto l'indicizzazione, come indicato in **POLIZZA**.

2.6 - RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

In caso di **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA** comportante almeno due pernottamenti, reso necessario da **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, la **SOCIETA'** rimborsa le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il **RICOVERO**, purché pertinenti alla **MALATTIA** o all'**INFORTUNIO** che ha determinato il **RICOVERO** stesso;
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 60 giorni successivi alla data delle dimissioni dal **RICOVERO**, purché pertinenti alla **MALATTIA** o all'**INFORTUNIO** che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

Le spese saranno rimborsate entro i limiti di **INDENNIZZO** indicati nell'articolo **"Ci sono limiti di copertura?"**.

La **SOCIETA'** ed il **CONTRAENTE** hanno la facoltà di annullare, ad ogni scadenza annuale, l'operatività della presente **GARANZIA** mediante comunicazione scritta, da inviarsi entro 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima e nelle forme indicate all'articolo **"FORMA DELLE COMUNICAZIONI"** presente nel capitolo **"Il contratto dalla A alla Z"**.

a) Indicizzazione

Opera la medesima indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** se, per tale **GARANZIA**, il **CONTRAENTE** ha scelto l'indicizzazione, come indicato in **POLIZZA**.

2.7 - SUPPORTO AL CAREGIVER

(attivabile se presente anche la **GARANZIA "DIARIA DA CONVALESCENZA"**)

Nei seguenti casi:

- a) **RICOVERO** dell'**ASSICURATO** in **ISTITUTO DI CURA**, reso necessario da **INFORTUNIO** o **MALATTIA**;
- b) **CONVALESCENZA** per **MALATTIA** o **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO**, successiva ad un **INTERVENTO CHIRURGICO** in **DAY HOSPITAL**;
- c) **CONVALESCENZA** per **INFORTUNIO** dell'**ASSICURATO** che rende necessaria una **GESSATURA** la **SOCIETA'** rimborsa all'**ASSICURATO** il costo sostenuto per ottenere, da una società specializzata o da un professionista, una consulenza mirata al fine di proporre soluzioni assistenziali per persone che si prendono cura di persone fragili anziane.

La consulenza, comprovata da report scritto, dovrà riguardare uno o più dei seguenti argomenti:

- assistenza domiciliare con assistenti familiari (colf, badanti);
- residenze sanitarie assistenziali;
- residence senior;
- case di riposo;
- appartamenti protetti centri diurni;
- centri diurni specialistici (Alzheimer);
- alberghi assistiti, case albergo, vacanze protette;
- centrali operative per consulti medici, specialistici, fisioterapici da remoto o a domicilio;
- centri medici e ambulatoriali;
- provider digitali per tele riabilitazione;
- assistenza e sostegno psicologico, counseling, coaching;
- accompagnamento e compagnia;
- trasporto;
- spesa, delivery e medicinali;
- acquisto online di ausili e dispositivi medici.

Il rimborso verrà effettuato dalla **SOCIETA'** con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

B) Opzioni con aumento del **PREMIO**, attivabili in presenza della **GARANZIA "RIMBORSO SPESE MEDICHE CLASSIC"**

2.8 - ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA "CLASSIC"

La **SOCIETA'** rimborsa, con i limiti indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**" e fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**, le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il **RICOVERO**.

a) Indicizzazione (sempre attiva)

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**.

2.9 - MAGGIORAZIONE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di **INTERVENTO CHIRURGICO** compreso nell'allegato "**ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI**", la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** si intende aumentata del 50%.

Tutti i trapianti d'organo si intendono "Grandi Interventi Chirurgici".

La **SOCIETÀ** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

a) Indicizzazione (sempre attiva)

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**.

2.10 - DIARIA DA CONVALESCENZA "CLASSIC"

In caso di convalida dell'**ASSICURATO** successiva ad un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA** o **INTERVENTO CHIRURGICO** in regime di **DAY HOSPITAL**, la **SOCIETA'** corrisponderà:

- una indennità forfetaria di 500 euro, se il **RICOVERO** ha comportato una degenza continuativa pari o inferiore a 10 giorni;
- una indennità giornaliera di 100 euro, a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'**ISTITUTO DI CURA** e fino a quello della guarigione clinica, se il **RICOVERO** ha comportato una degenza continuativa superiore a 10 giorni.

L'indennità verrà corrisposta con i limiti indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

a) Indicizzazione (sempre attiva)

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**.

2.11 - RETTA ACCOMPAGNATORE "CLASSIC"

In caso di **RICOVERO** dell'**ASSICURATO** reso necessario da **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, la **SOCIETA'** rimborsa, le spese per il vitto ed il pernottamento in **ISTITUTO DI CURA** dell'accompagnatore, con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*" e fino al limite giornaliero indicato in **POLIZZA**.

a) Indicizzazione (sempre attiva)

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**.

2.12 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La **SOCIETA'** rimborsa anche le spese rese necessarie da **INFORTUNIO** o **MALATTIA** e sostenute dall'**ASSICURATO** per:

- onorari medici per **VISITE SPECIALISTICHE**;
- **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** di seguito elencati prescritti dal medico curante:
 - angiografia;
 - artrografia;
 - coronografia;
 - e.c.g. dinamico Holter;
 - ecocardiografia;
 - ecodoppler;
 - endoscopie;
 - elettroencefalografia;
 - fluorangiografia;
 - esame urodinamico completo (compresi eventuali test farmacologici);
 - densitometria ossea computerizzata (DOC);
 - mineralogia ossea computerizzata (MOC);
 - risonanza magnetica nucleare (RMN);
 - scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche;
 - tomografia assiale computerizzata (TAC).

La **SOCIETA'** rimborsa con i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

Al **PREMIO** della presente **GARANZIA** non si applica la variazione per età dell'**ASSICURATO** prevista all'articolo "*MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO*".

a) Indicizzazione (sempre attiva)

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**.

C) Opzioni con riduzione del **PREMIO**, attivabili in presenza della **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**

2.13 - MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE

Per le **GARANZIE**:

- "**RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC**"
- "**VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**",

la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** costituisce l'importo massimo rimborsabile in favore di tutti gli **ASSICURATI** compresi nel **NUCLEO FAMILIARE** (e non in favore di ogni singolo **ASSICURATO**).

D) Opzioni con aumento del **PREMIO**, attivabili in presenza della **GARANZIA "RIMBORSO SPESE MEDICHE ELITE"**

2.14 - ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI DI FISIOCHINESITERAPIA

La **SOCIETA'** rimborsa le spese - non rientranti in altre **GARANZIE** - sostenute dall'**ASSICURATO** per:

- a) i trattamenti di **FISIOCHINESITERAPIA** resi necessari a seguito di **INFORTUNIO**, purché prescritti dal medico curante;
- b) gli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** resi necessari da **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, purché prescritti dal medico curante,

La **SOCIETA'** rimborsa con i limiti indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

Se la **FISIOCHINESITERAPIA** e gli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** sono praticati in strutture pubbliche, oppure, a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale autorizzata dalla ASL, in strutture con esso convenzionate, la **SOCIETA'** rimborsa i relativi tickets per l'intero importo.

A parziale deroga di quanto previsto all'articolo "*DURATA E PROSECUZIONE DEL CONTRATTO*" del capitolo "*Il contratto dalla A alla Z*", la **SOCIETA'** ed il **CONTRAENTE** hanno la facoltà di annullare, ad ogni scadenza annuale, l'operatività della presente **GARANZIA** opzionale mediante comunicazione scritta da inviarsi entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima.

a) Indicizzazione

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** prevista per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO ELITE"**, come indicato in **POLIZZA**.

b) Aumento del premio per aumento dell'età degli assicurati

Opera la medesima modalità di aumento del **PREMIO** per aumento dell'età degli **ASSICURATI** prevista **GARANZIA "RIMBORSO SPESE MEDICHE ELITE"**.

2.15 - DIARIA DA CONVALESCENZA "ELITE"

In caso di **CONVALESCENZA** dell'**ASSICURATO** successiva ad un **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA** o **INTERVENTO CHIRURGICO** in regime di **DAY HOSPITAL**, la **SOCIETÀ** corrisponderà:

- un'indennità giornaliera di € 150 a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'**ISTITUTO DI CURA** e fino a quello della guarigione clinica.

L'indennità verrà corrisposta con i limiti indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

a) Indicizzazione (sempre attiva)

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** e della **SOMMA ASSICURATA** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"**.

2.16 - VISITE SPECIALISTICHE

La **SOCIETA'** rimborsa anche le spese sostenute dall'**ASSICURATO** per onorari di **VISITE SPECIALISTICHE**, escluse quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche.

La **SOCIETA'** rimborsa con i limiti indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

Se la **VISITA SPECIALISTICA** è praticata in strutture pubbliche, oppure a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale autorizzata dalla ASL in strutture con esso convenzionate, la **SOCIETA'** rimborsa i relativi tickets per l'intero importo.

a) Indicizzazione

Opera la medesima modalità di indicizzazione del **PREMIO** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE MEDICHE ELITE"**, come indicato in **POLIZZA**.

b) Aumento del premio per aumento dell'età degli assicurati

Opera la medesima modalità di aumento del **PREMIO** per aumento dell'età degli **ASSICURATI** prevista per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE MEDICHE ELITE"**.

E) Opzioni con riduzione del **PREMIO**, attivabili in presenza della **GARANZIA "RIMBORSO SPESE MEDICHE ELITE"**

2.17 - FRANCHIGIA DI 900 EURO

Limitatamente alle prestazioni erogate all'**ASSICURATO** da medici chirurgi convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**, il **RIMBORSO** delle spese previste dalla **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"** sarà effettuato applicando una **FRANCHIGIA** di € 900.

Se è stata attivata l'*"Indennità Sostitutiva del rimborso"*, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di **RICOVERO**, con il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di regime **DAY HOSPITAL**) per anno assicurativo.

2.18 - FRANCHIGIA DI 1800 EURO

Limitatamente alle prestazioni erogate all'ASSICURATO da medici chirurghi convenzionati con la CENTRALE OPERATIVA, il RIMBORSO delle spese previste dalla GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE" sarà effettuato applicando una FRANCHIGIA di € 1.800.

Se è stata attivata l'"Indennità Sostitutiva del rimborso", la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di RICOVERO, con il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di regime DAY HOSPITAL) per anno assicurativo.

2.19 - MASSIMALE UNICO NUCLEO "ELITE"

Per le GARANZIE:

- "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE";
- "ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI DI FISIOCHINESITERAPIA";
- "VISITE SPECIALISTICHE"

la SOMMA ASSICURATA indicata in POLIZZA costituisce l'importo massimo rimborsabile in favore di tutti gli ASSICURATI compresi nel NUCLEO FAMILIARE (e non in favore di ogni singolo ASSICURATO).

2.20 - SOLO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

La GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE" e' operativa solo per le spese sostenute in caso di un INTERVENTO CHIRURGICO che sia compreso nell'allegato "ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI". Tutti i trapianti d'organo si intendono "Grandi Interventi Chirurgici".

Non sono operanti le prestazioni "Tossicodipendenza, alcolismo, A.I.D.S., malattie mentali" e "Medicina preventiva" presenti nella GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE".

La SOCIETÀ rimborsa entro i limiti previsti per la GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE".

F) Opzioni con aumento del PREMIO, attivabili in presenza della GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"

2.21 - INDENNITÀ DA RICOVERO NON COMPORTANTE INTERVENTO CHIRURGICO

In caso di RICOVERO - reso necessario da INFORTUNIO o MALATTIA - che non comporta INTERVENTO CHIRURGICO, la SOCIETÀ corrisponderà all'ASSICURATO un importo giornaliero di euro 100, fatto salvo quanto previsto all'articolo "DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA" e con i limiti di INDENNIZZO indicati al capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

La giornata di entrata e quella di uscita dall'ISTITUTO DI CURA sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del RICOVERO o della dimissione.

a) Indicizzazione

Opera la medesima modalità di indicizzazione del PREMIO e dell'INDENNIZZO previsti per la GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI" se, per tale GARANZIA, il CONTRAENTE ha scelto l'indicizzazione, come indicato in POLIZZA.

b) Aumento del premio per aumento dell'età degli assicurati

Opera la medesima modalità di aumento del PREMIO per aumento dell'età degli ASSICURATI prevista GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI".

2.22 - TABELLA INDENNIZZI PRIVILEGIATA

Per la GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI", gli importi di INDENNIZZO sono quelli previsti dalla seguente tabella:

Classe di intervento	INDENNIZZO	Classe di intervento	INDENNIZZO
I	€ 390	V	€ 15.600
II	€ 780	VI	€ 39.000
III	€ 3.900	VII	€ 78.000
IV	€ 7.800		

G) Opzioni con riduzione del PREMIO, attivabili in presenza della GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"

2.23 - FRANCHIGIA 65%

Se il grado accertato di INVALIDITÀ PERMANENTE è inferiore o pari al 65%, nessun INDENNIZZO spetta all'ASSICURATO.

Se il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è superiore al 65%, verrà corrisposto il 100% della **SOMMA ASSICURATA**.

2.24 - OPZIONE RENDITA

La **SOCIETÀ**, nel caso di **SINISTRO** liquidabile a termini di **POLIZZA**, provvederà:

- a) a pagare all'**ASSICURATO** il 10% dell'importo determinato secondo i criteri previsti all'articolo "**PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**";
- b) a garantire all'**ASSICURATO** stesso una rendita vitalizia mediante l'emissione di una **POLIZZA** vita sulla sua testa ed in suo favore, il cui **PREMIO** lordo sarà pari alla restante parte (90%) della somma che gli spetta.

La rendita decorre dalla data di pagamento della somma indicata al punto a) e sarà pagata in rate posticipate secondo la rateazione scelta dall'**ASSICURATO**.

In caso di morte dell'**ASSICURATO** durante il godimento di tale rendita nulla sarà più dovuto dalla **SOCIETÀ**.

L'importo delle rate della rendita sarà determinato in base all'età dell'**ASSICURATO** e mediante l'applicazione delle tariffe vita che saranno in quel momento in vigore ed il cui utilizzo consentirà la costituzione della garanzia prevista dal presente articolo.

Se l'indennità liquidabile è inferiore a € 50.000, è facoltà dell'**ASSICURATO** di ottenere il pagamento integrale del capitale stesso.

3 - Cosa NON è assicurato?

*In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i **RISCHI** esclusi dalle coperture assicurative.*

Non sono assicurabili le persone:

- affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute.

La sopravvenienza in corso di **POLIZZA** delle predette situazioni a carico dell'**ASSICURATO** costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione. In tal caso la **SOCIETÀ** restituisce al **CONTRAENTE** la parte di **PREMIO**, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la **SOCIETÀ** ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il **PREMIO** stesso;

- di età superiore a 75 anni, per la **GARANZIE** "**DIARIA DA RICOVERO**", "**RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC**", "**RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE**", "**INDENNITÀ FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI**";
- di età superiore a 65 anni, per la **GARANZIA** "**INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**".

Per gli **ASSICURATI** che raggiungono tale età nel corso della durata della **POLIZZA**, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del **PREMIO** e cessa al compimento di detto termine. Nel caso in cui l'**ASSICURATO** abbia continuato a pagare regolarmente il **PREMIO**, dopo il compimento della suddetta età, l'assicurazione sarà comunque operante, a meno che il **PREMIO** non sia stato restituito dalla **SOCIETÀ**.

4 - Ci sono limiti di copertura?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è prestata la **GARANZIA** e **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI**, **limiti** e **sottolimiti** di **INDENNIZZO** previsti dal **CONTRATTO**.*

4.1 - ESCLUSIONI

A) Esclusioni previste per la **GARANZIA** "**DIARIA DA RICOVERO**" e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

L'assicurazione non opera per:

- a) le conseguenze dirette di **INFORTUNI**, nonché le **MALATTIE** (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della **POLIZZA**, sottaciuti alla **SOCIETÀ** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Si intendono invece comprese le patologie dichiarate e non espressamente escluse dalla **SOCIETÀ** con specifico atto contrattuale, fermo restando le esclusioni previste ai successivi punti del presente articolo;
- b) gli **INFORTUNI** derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- c) gli **INFORTUNI** derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità⁽²⁾,

motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo). Sono altresì esclusi gli **INFORTUNI** derivanti da uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici ed automobilistici;

- d) gli **INFORTUNI** conseguenti a stato di intossicazione acuta da alcool;
- e) gli **INFORTUNI** sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) l'accertamento e l'eliminazione o la correzione di **DIFETTI FISICI** e **MALFORMAZIONI** che siano evidenti o siano clinicamente diagnosticabili prima della stipulazione della **POLIZZA**. L'esclusione non opera per il neonato di cui alla **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"**;
- g) le **MALATTIE** mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- h) le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) l'aborto volontario non terapeutico, nonché per le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da **INFORTUNIO**), nonché per quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- l) eventi derivanti da inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- m) le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- n) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della **POLIZZA**;
- o) gli **INFORTUNI** derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- p) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le **GARANZIE** non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Per le maggiori **INDENNITÀ GIORNALIERE** e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso della **POLIZZA**, le disposizioni di cui alle lettere a), f) e n) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella della **POLIZZA**. Per variazione si intende anche la sostituzione di altra **POLIZZA**, precedentemente in corso con la **SOCIETÀ**.

Nel caso intervenissero variazioni contrattuali nel corso di **POLIZZA**, comportanti un aumento degli importi assicurati o prestazioni diverse, le disposizioni di cui alle precedenti esclusioni a), f) e n), si applicheranno dalla data della variazione del **CONTRATTO**. Per variazione si intende anche la sostituzione della **POLIZZA** nel corso della sua durata, con altra riconducibile allo stesso prodotto.

Per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** il **DAY HOSPITAL** non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Per la **GARANZIA "DIARIA DA CONVALESCENZA"**, nessun **INDENNIZZO** è previsto in caso di **RICOVERO** per qualsiasi tipo di parto, aborto, malattie della gravidanza e del puerperio, **DAY HOSPITAL**. Inoltre, non sono equiparati a **GESSATURA** i seguenti tutori:

- bendaggi elastici autoadesivi (Tensoplast);
- bendaggi, busti, corsetti cosiddetti semirigidi;
- collari di Schantz, Camp;
- apparecchi toraco-brachiali non gessati ed amovibili;
- infibuli endomidollari (Kuntscher, Rus);
- ortesi in genere (apparecchi di posizione);
- ginocchiere Donjoy.

Per la **GARANZIA "SUPPORTO AL CAREGIVER"**, non sono valide le esclusioni di cui alle lettere a), d), e), g), h), k), l), m)

B) Esclusioni previste per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

L'assicurazione non comprende:

- a) le conseguenze dirette di **INFORTUNI**, nonché le **MALATTIE** (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della **POLIZZA**, sottaciuti alla **SOCIETÀ** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Si intendono invece comprese le patologie dichiarate e non espressamente escluse dalla **SOCIETÀ** con specifico atto contrattuale, fermo restando le esclusioni previste ai successivi punti del presente articolo;
- b) gli **INFORTUNI** derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- c) gli **INFORTUNI** derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità ⁽³⁾, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo). Sono altresì esclusi gli **INFORTUNI** derivanti da uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici ed automobilistici;
- d) gli **INFORTUNI** conseguenti a stato di intossicazione acuta da alcool;
- e) gli **INFORTUNI** sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) le prestazioni per l'accertamento e l'eliminazione o correzione di **MALFORMAZIONI** o **DIFETTI FISICI**, che siano evidenti o siano clinicamente diagnosticabili prima della stipulazione della **POLIZZA**. Questa esclusione non è valida per il neonato coperto con la prestazione "*Cure ai figli neonati ed adottati*";
- g) le **MALATTIE** mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- h) le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ed a uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) l'aborto volontario non terapeutico, nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli **INTERVENTI CHIRURGICI** per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da **INFORTUNIO**), nonché quelle dietologiche, fitoterapiche, omeopatiche, le protesi dentarie in ogni caso, le paradontopatie e le cure dentarie quando non siano rese necessarie da **INFORTUNIO**;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- l) eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- m) gli **INTERVENTI CHIRURGICI** e i **RICOVERI** determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- n) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della **POLIZZA**;
- o) gli **INFORTUNI** derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.
- p) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le **GARANZIE** non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Inoltre, l'assicurazione non comprende:

- fisioterapie e cure rieducative e termali, medicinali;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.

Nel caso intervenissero variazioni contrattuali nel corso di **POLIZZA**, comportanti un aumento degli importi assicurati o prestazioni diverse, le disposizioni di cui alle precedenti esclusioni a), f) e n), si applicheranno dalla data della variazione del contratto. Per variazione si intende anche la sostituzione della **POLIZZA** nel corso della sua durata, con altra riconducibile allo stesso prodotto.

Per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**, in caso di **DAY HOSPITAL** sono escluse le **PRESTAZIONI SANITARIE** riferite a **VISITE SPECIALISTICHE**, analisi cliniche e gli esami eseguiti ai soli fini diagnostici.

Per la **GARANZIA "VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI"**, sono escluse le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche.

Per la **GARANZIA "DIARIA DA CONVALESCENZA CLASSIC"**, sono esclusi i **RICOVERI**:

- per qualsiasi tipo di parto;
- per aborto;

- per **MALATTIE** della gravidanza e del puerperio;
- in regime di **DAY HOSPITAL**, salvo quelli relativi ad **INTERVENTO CHIRURGICO**.

C) Esclusioni previste per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

L'assicurazione non comprende:

- le conseguenze dirette di **INFORTUNI**, nonché le **MALATTIE** (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della **POLIZZA**, sottaciuti alla **SOCIETÀ** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Si intendono invece comprese le patologie dichiarate e non espressamente escluse dalla **SOCIETÀ** con specifico atto contrattuale, fermo restando le esclusioni previste ai successivi punti del presente articolo;
- gli **INFORTUNI** derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- gli **INFORTUNI** derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità ⁽⁴⁾, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo). Sono altresì esclusi gli **INFORTUNI** derivanti da uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici ed automobilistici;
- gli **INFORTUNI** conseguenti a stato di intossicazione acuta da alcool;
- gli **INFORTUNI** sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le prestazioni per l'accertamento e l'eliminazione o correzione di **MALFORMAZIONI** o **DIFETTI FISICI**, che siano evidenti o siano clinicamente diagnosticabili prima della stipulazione della **POLIZZA**. Questa esclusione non opera per il neonato coperto con la prestazione "*Cure ai figli neonati ed adottati*";
- le **MALATTIE** mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ed a uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- l'aborto volontario non terapeutico, nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli **INTERVENTI CHIRURGICI** per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da **INFORTUNIO**), nonché quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie (salvo quanto previsto nella prestazione "*Cure o protesi dentarie*"), le lenti a contatto e gli occhiali, la cheratomia radiale fino a tre diottrie di miopia e/o tre diottrie di astigmatismo miotico;
- le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- le cure, gli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** e gli **INTERVENTI CHIRURGICI** determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della **POLIZZA**;
- gli **INFORTUNI** derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le **GARANZIE** non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Inoltre, l'assicurazione non comprende:

- fisioterapie e cure rieducative e termali, medicinali;
- l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici o terapeutici.

Nel caso intervenissero variazioni contrattuali nel corso di **POLIZZA**, comportanti un aumento degli importi assicurati o prestazioni diverse, le disposizioni di cui alle precedenti esclusioni a), f) e n), si applicheranno dalla data della variazione del **CONTRATTO**. Per variazione si intende anche la sostituzione della **POLIZZA** nel corso della sua durata, con altra riconducibile allo stesso prodotto.

Per la **GARANZIA "DIARIA DA CONVALESCENZA ELITE"**, si escludono inoltre:

- **RICOVERO** per qualsiasi tipo di parto, **MALATTIE** della gravidanza e del puerperio;
- **RICOVERO** in regime di **DAY HOSPITAL**, salvo in caso di **RICOVERO** per **INTERVENTO CHIRURGICO**;

- i casi previsti nella prestazione "Tossicodipendenza, Alcolismo, AIDS, Malattie mentali" (lettera m).

Per la **GARANZIA "ACCETTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI DI FISIOCHINESITERAPIA"**, sono inoltre esclusi:

- gli esami del sangue, delle urine e delle feci;
- gli accertamenti effettuati in gravidanza in assenza di **MALATTIA** o condizioni di gravidanza a rischio.

Per la **GARANZIA "VISITE SPECIALISTICHE"**, sono inoltre escluse:

- le visite pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche;
- le visite effettuate in gravidanza in assenza di **MALATTIA** o condizioni di gravidanza a rischio.

D) Esclusioni previste per la **GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

L'assicurazione non comprende:

- le conseguenze dirette di **INFORTUNI**, nonché le **MALATTIE** (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriori alla stipulazione della **POLIZZA**, sottaciuti alla **SOCIETÀ** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Si intendono invece comprese le patologie dichiarate e non espressamente escluse dalla **SOCIETÀ** con specifico atto contrattuale, fermo restando le esclusioni previste ai successivi punti del presente articolo.
- gli **INFORTUNI** derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- gli **INFORTUNI** derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità ⁽⁵⁾, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che si tratti di atti compiuti dall'**ASSICURATO** per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo). Sono altresì esclusi gli **INFORTUNI** derivanti da uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici ed automobilistici;
- gli **INFORTUNI** conseguenti a stato di intossicazione acuta da alcool;
- gli **INFORTUNI** sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- le prestazioni per l'accertamento e l'eliminazione o correzione di **MALFORMAZIONI** o **DIFETTI FISICI**, che siano evidenti o siano clinicamente diagnosticabili prima della stipulazione della **POLIZZA**. Esclusione non valida per il neonato coperto con la prestazione "Cure al neonato";
- le **MALATTIE** mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici ed a uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- il parto non cesareo e l'aborto volontario non terapeutico, nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli **INTERVENTI CHIRURGICI** per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da **INFORTUNIO**), dietologiche, fitoterapiche, omeopatiche, le protesi dentarie in ogni caso, le paradontopatie e le cure dentarie quando non siano rese necessarie da **INFORTUNIO**;
- le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- gli **INTERVENTI CHIRURGICI** e i **RICOVERI** determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della **POLIZZA**;
- gli **INFORTUNI** derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine;
- le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le **GARANZIE** prestate non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Nel caso intervenissero variazioni contrattuali nel corso di **POLIZZA**, comportanti un aumento degli importi assicurati o prestazioni diverse, le disposizioni di cui alle precedenti esclusioni a), f) e n), si applicheranno dalla data della variazione del contratto. Per variazione si intende anche la sostituzione della **POLIZZA** nel corso della sua durata, con altra riconducibile allo stesso prodotto.

La **GARANZIA "INDENNITÀ IN CASO DI RICOVERO NON COMPORTANTE INTERVENTO CHIRURGICO"** non opera

in caso di **RICOVERO** in regime diurno (DAY HOSPITAL).

E) Esclusioni previste per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

L'assicurazione non comprende:

- a) le conseguenze di **MALATTIE** (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della **POLIZZA**, sottaciuti alla **SOCIETÀ** con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione. Si intendono invece comprese le patologie dichiarate e non espressamente escluse dalla **SOCIETÀ** con specifico atto contrattuale, fermo restando le esclusioni previste ai successivi punti del presente articolo;
- b) **INVALIDITÀ PERMANENTE** conseguente a **DIFETTI FISICI** e **MALFORMAZIONI** che siano evidenti o siano clinicamente diagnosticabili prima della stipulazione della **POLIZZA**;
- c) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- d) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;
- f) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- g) eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- h) le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate;
- i) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;
- j) la patologia COVID 19 e le sindromi influenzali, incluse quelle di natura pandemica.

Le **GARANZIE** prestate non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**.

Per le maggiori somme assicurate e per le eventuali diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso di **POLIZZA**, le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione della **POLIZZA**. Per variazione si intende anche la sostituzione di altra **POLIZZA** precedentemente in corso con la **SOCIETÀ**.

Non rientra nell'oggetto della presente copertura assicurativa per **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA** alcun **INDENNIZZO** per il caso di morte dell'**ASSICURATO**.

4.2 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione viene prestata in tutto il mondo.

In ogni caso il pagamento dell'**INDENNIZZO** verrà effettuato in Italia in valuta corrente.

Per la **GARANZIA "SUPPORTO AL CAREGIVER"**, l'assicurazione viene prestata anche quando l'**ASSICURATO** si trova all'estero; tuttavia, la prestazione cerca e fornisce soluzioni all'**ASSICURATO** soltanto sul territorio italiano.

4.3 - FRANCHIGIE

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, alcune **GARANZIE** prevedono l'applicazione di **FRANCHIGIE** come di seguito indicate.

Esempio di applicazione della FRANCHIGIA

- **FRANCHIGIA** = € 900
- **Spesa sanitaria** = € 5.000
- **RIMBORSO** all'**ASSICURATO** = € 4.100

A) **FRANCHIGIE** previste per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

In caso di degenza dell'**ASSICURATO** in regime di **DAY HOSPITAL**, l'**INDENNITÀ GIORNALIERA** è corrisposta esclusivamente per durata superiore a 2 giorni consecutivi salvo le festività.

La **FRANCHIGIA** non opera in caso di interventi chirurgici, chemioterapia oncologia e radioterapia antitumorale.

B) **FRANCHIGIE** previste per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

Nessuna

C) **FRANCHIGIE** previste per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

Per la prestazione "**Medicina preventiva**", il primo check up è a carico della **SOCIETÀ**; dal secondo check up si applica una **FRANCHIGIA** di € 150, che rimane a carico dell'**ASSICURATO** e che dovrà essere versato dallo stesso alla struttura convenzionata.

Se presente in **POLIZZA** l'opzione "**FRANCHIGIA DI 900 EURO**":

il **RIMBORSO** delle spese per prestazioni erogate all'**ASSICURATO** da medici chirurgici convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA** sarà effettuato applicando una **FRANCHIGIA** di 900 euro;

in caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di **RICOVERO**, con il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di regime **DAY HOSPITAL**) per anno assicurativo.

Se presente in **POLIZZA** l'opzione "**FRANCHIGIA DI 1.800 EURO**":

- il **RIMBORSO** delle spese per prestazioni erogate all'**ASSICURATO** da medici chirurgici convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA** sarà effettuato applicando una **FRANCHIGIA** di 1.800 euro;

- in caso di corresponsione dell'indennità sostitutiva, la stessa verrà corrisposta a partire dall'ottavo giorno di **RICOVERO**, con il massimo di 100 pernottamenti (o giorni in caso di regime **DAY HOSPITAL**) per anno assicurativo.

D) **FRANCHIGIE** previste per la **GARANZIA "INDENNITÀ FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

Per la prestazione "Indennità da ricovero non comportante intervento chirurgico" la **SOCIETÀ** corrisponde all'**ASSICURATO** un importo giornaliero a decorrere dal terzo giorno successivo a quello di **RICOVERO** fino a quello dell'avvenuta dimissione.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'**ISTITUTO DI CURA** sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del **RICOVERO** o della dimissione.

E) **FRANCHIGIE** previste per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

In base alla "Tabella di liquidazione" riportata all'articolo "**PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**":

- se il grado di **INVALIDITA' PERMANENTE** accertato è inferiore al 25%, non viene corrisposto nessun **INDENNIZZO**;

- se il grado di **INVALIDITA' PERMANENTE** accertato è compreso tra 25% e 74%, si applica una **FRANCHIGIA** (secondo quanto indicato nella predetta "Tabella di liquidazione").

Se presente in **POLIZZA** l'opzione "**FRANCHIGIA 65%**", non viene corrisposto nessun **INDENNIZZO** se il grado di **INVALIDITA' PERMANENTE** accertato è inferiore al 65%.

4.4 - SCOPERTI

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, alcune **GARANZIE** prevedono l'applicazione di **SCOPERTI**, come di seguito indicati.

Esempio di applicazione dello SCOPERTO (parte del SINISTRO, espressa in %, che rimane a carico dell'ASSICURATO)

SCOPERTO = 20% con il minimo di € 200;

spesa sanitaria 1 = € 750

RIMBORSO all'ASSICURATO = € 750 meno il 20% di € 750; poiché il 20% di €750 (= € 150) è minore di € 200 (minimo dello scoperto), il RIMBORSO è di € 750 meno € 200, cioè € 550.

spesa sanitaria 2 = € 2.500

RIMBORSO all'ASSICURATO = € 2.500 meno il 20% di € 2.500; poiché il 20% di € 2.000 (= € 500) è maggiore di € 200 (minimo dello scoperto), il RIMBORSO è di € 2.000 meno € 500, cioè € 2.000

A) SCOPERTI previsti per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

Per la **GARANZIA** opzionale "**RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO**", la **SOCIETÀ** applica uno **SCOPERTO** pari al 20%, con il minimo di € 100 per ogni **SINISTRO**.

Le voci di spesa per le quali è richiesto il rimborso del solo ticket saranno rimborsate senza applicazione dello **SCOPERTO**.

B) SCOPERTI previsti per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

Per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**:

- in caso di **INTERVENTO CHIRURGICO** (con o senza **RICOVERO**), la **SOCIETÀ** rimborsa con l'applicazione di uno **SCOPERTO** del 20%. L'importo dello **SCOPERTO** non potrà superare € 1.500. Lo **SCOPERTO** non si applica alla prestazione "Trapianti di organi" e non si applica alla **GARANZIA** opzionale "**MAGGIORAZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**";
- le "**Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento**", sono rimborsate dalla **SOCIETÀ** con l'applicazione di uno **SCOPERTO** del 20%, con il minimo di € 50 per ogni **SINISTRO**.

Per la **GARANZIA "VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI"**, la **SOCIETÀ** rimborsa con l'applicazione di uno **SCOPERTO** del 20%, con il minimo di € 50 per ogni **SINISTRO**.

C) SCOPERTI previsti per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

Per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"**, in caso di prestazioni erogate all'ASSICURATO da:

- **STRUTTURA SANITARIA** e medici non convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**;
 - **STRUTTURA SANITARIA** convenzionata e medici non convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**,
- il **RIMBORSO** all'ASSICURATO è corrisposto con applicazione dei seguenti **SCOPERTI**:
- spese per l'**EQUIPE OPERATORIA** in caso di **INTERVENTO CHIRURGICO** (con o senza **RICOVERO**) diverso da adenoidectomia, appendicectomia, ernie addominali, emorroidectomia, safenectomia radicale, tonsillectomia: **SCOPERTO** 20%, con il minimo di € 1.000 ed il massimo di € 3.000. Le spese della **STRUTTURA SANITARIA** sono rimborsate integralmente;
 - spese per "**Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento**", **SCOPERTO** 20%. Si applica un minimo di € 100 per **SINISTRO**, se effettuate presso **STRUTTURA SANITARIA** e medici non convenzionati;
 - effettuate presso **STRUTTURA SANITARIA** e medici non convenzionati;
 - spese per "**Diagnostica, chemioterapia e radioterapia**": **SCOPERTO** 20%, con il minimo di € 100, se effettuate presso **STRUTTURA SANITARIA** e medici non convenzionati.

Non si applicano **SCOPERTI** nei casi seguenti:

- prestazione "**Trapianti di organi**";
- **GARANZIA** opzionale "**SOLO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**";
- **MALATTIA IMPROVVISA** insorta all'estero o **INFORTUNIO** accaduto all'estero, che rendono necessario, sempre all'estero, il **RICOVERO** d'urgenza e/o l'immediato **INTERVENTO CHIRURGICO**;
- prestazioni erogate da **STRUTTURA SANITARIA** e medici convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**.

Per la **GARANZIA** opzionale "**ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI DI FISIOCHINESITERAPIA**" si applica sempre uno **SCOPERTO** del 20% con il minimo di € 100 per ogni serie di accertamenti diagnostici previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni ciclo di **FISIOCHINESITERAPIA**.

Per la **GARANZIA "VISITE SPECIALISTICHE"**, si applica sempre uno **SCOPERTO** del 20%, con il minimo di € 100 per ogni visita.

D) **SCOPERTI** previsti per la **GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

Nessuno

E) **SCOPERTI** previsti per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

Nessuno

4.5 - LIMITI DI INDENNIZZO

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, alcune **GARANZIE** prevedono l'applicazione dei limiti o sottolimiti di **INDENNIZZO** di seguito indicati.

Cosa si intende per "LIMITE DI INDENNIZZO"?

Per "LIMITE DI INDENNIZZO" si intende l'importo massimo entro il quale la **SOCIETA'** è impegnata ad offrire la copertura assicurativa; rappresenta quindi l'obbligazione massima della **SOCIETA'** in caso di **SINISTRO**, per capitale, interessi e spese per una determinata prestazione o garanzia.

Il **LIMITE DI INDENNIZZO** può essere fissato per ogni **SINISTRO** e/o per anno assicurativo.

Esempi di applicazione di **LIMITE DI INDENNIZZO** per una determinata prestazione:

- 1) **LIMITE DI INDENNIZZO** € 3.000 per **SINISTRO**: la **SOCIETA'** pagherà massimo € 3.000 per ciascun **SINISTRO**; non è fissato un limite per anno assicurativo, quindi la **SOCIETA'** pagherà tutti i **SINISTRI** che avverranno nel corso dell'anno assicurativo (max € 3.000 ciascuno), fermo restando il limite complessivo dato dalla **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA**;
- 2) **LIMITE DI INDENNIZZO** € 3.000 per **SINISTRO** e per anno assicurativo: la **SOCIETA'** pagherà massimo € 3.000 nel corso dell'anno assicurativo (es. 2 **SINISTRI** da € 1.500).

A) **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

GARANZIA / Evento	LIMITE DI INDENNIZZO (per ANNO SOLARE, salvo diversa indicazione)
"DIARIA DA RICOVERO" RICOVERO	<ul style="list-style-type: none">• massimo 365 giorni;• parto naturale: massimo 5 giorni;• cure al neonato: RICOVERO effettuato nei primi 90 giorni di vita.

<p>"DIARIA DA RICOVERO" DAY HOSPITAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • INDENNITÀ GIORNALIERA ridotta al 50%, con il limite massimo di 150 giorni per anno assicurativo; • in caso di MALATTIA cronica insorta dopo la stipulazione della POLIZZA la GARANZIA è prestata per ciascun anno assicurativo successivo al manifestarsi della patologia fino ad un massimo di 30 giorni.
<p>"ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA"</p>	<p>massimo 30 giorni per ASSICURATO</p>
<p>"DIARIA DA CONVALESCENZA" Convalescenza successiva ad un RICOVERO</p>	<p>massimo 150 giorni per anno assicurativo e con limite di 4 volte i giorni di durata del RICOVERO</p>
<p>"DIARIA DA CONVALESCENZA" Convalescenza non successiva ad un RICOVERO, causata da INFORTUNIO e con gessatura</p>	<p>massimo 90 giorni</p>
<p>"DIARIA DA CONVALESCENZA" Osteosintesi</p>	<p>massimo 30 giorni</p>
<p>"GESSATURA ESTESA"</p>	<p>Massimo 20 giorni per frattura costole e 60 giorni per frattura bacino, anca, cranio colonna vertebrale</p>
<p>"RETTA ACCOMPAGNATORE"</p>	<p>massimo 60 giorni per ASSICURATO</p>
<p>"RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO"</p>	<p>massimo € 1.500 per l'insieme degli ASSICURATI</p>
<p>"SUPPORTO AL CAREGIVER"</p>	<ul style="list-style-type: none"> • limite € 60 per prestazioni non erogate dalla società specializzata Villagecare srl • massimo 2 SINISTRI

Per la **GARANZIA "SUPPORTO AL CAREGIVER"**, se l'**ASSICURATO** si avvale della prestazione fornita dalla società specializzata Villagecare srl, viene attivata la procedura di pagamento diretto. In tal caso, il costo della prestazione assicurativa rimane a totale carico della **SOCIETÀ**, senza applicazione di limiti e l'**ASSICURATO** non dovrà anticipare alcun importo. A carico dell'**ASSICURATO** rimarranno eventuali prestazioni non autorizzate o non coperte dall'assicurazione.

B) **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

Per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"**:

- in caso di **RICOVERO** (anche in regime di **DAY HOSPITAL**) senza **INTERVENTO CHIRURGICO**, l'importo massimo di **RIMBORSO** per le **PRESTAZIONI SANITARIE**, e le rette di degenza è determinato in base alla durata del **RICOVERO** (numero di giorni di degenza, con pernottamento o diurna):
 - fino a 3 giorni: € 3.000;
 - da 4 a 7 giorni: € 5.000;
 - da 8 a 15 giorni: € 7.500;
 - oltre 15 giorni: € 12.500.
- per gli **INTERVENTI CHIRURGICI** (con o senza **RICOVERO**) elencati nell'allegato "**LIMITI DI RIMBORSO PER EQUIPE OPERATORIA**", le spese per l'equipe operatoria sono rimborsate entro i limiti indicati nell'allegato medesimo.

In caso di **INTERVENTI CHIRURGICI** concomitanti (ovvero con la medesima via di accesso chirurgica):

- se tutti gli **INTERVENTI CHIRURGICI** sono compresi nell'allegato "**LIMITI DI RIMBORSO PER EQUIPE OPERATORIA**", per l'intervento che prevede il limite di **RIMBORSO** più elevato, si rimborsano le spese di equipe operatoria sino alla concorrenza di tale limite; per tutti gli altri **INTERVENTI CHIRURGICI**, i limiti di rimborso previsti sono ridotti all'80%;
- se non tutti gli **INTERVENTI CHIRURGICI** sono compresi nell'allegato "**LIMITI DI RIMBORSO PER EQUIPE OPERATORIA**", per gli **INTERVENTI CHIRURGICI** compresi, le spese di equipe operatoria sono

rimborsate sino alla concorrenza dell'80% dei limiti previsti; gli **INTERVENTI CHIRURGICI** non compresi sono invece rimborsati con applicazione dello **SCOPERTO**, secondo quanto indicato all'articolo "**SCOPERTI**".

Nella seguente tabella sono riportati gli altri limiti di **INDENNIZZO**.

GARANZIA / Evento	LIMITE DI INDENNIZZO (per ANNO SOLARE, salvo diversa indicazione)
"RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" Rette di degenza	<ul style="list-style-type: none"> Max € 250 al giorno; Nessun limite giornaliero in caso di trapianti di organi
"RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" Cure	dialisi: max 15 applicazioni
"RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" Indennità sostitutiva del rimborso (spese a carico del SSN)	<ul style="list-style-type: none"> RICOVERO: max 50 pernottamenti in DAY HOSPITAL: max 50 giorni
"RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" PRESTAZIONI SANITARIE precedenti o successive a RICOVERO o intervento	Max € 2.500 per ASSICURATO
"RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" Cure e Protesi dentarie	Max € 3.000 per SINISTRO
"RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" Trasporto dell' ASSICURATO con ambulanza	Max € 1.500
"RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" Parto	<ul style="list-style-type: none"> Parto non cesareo e aborto terapeutico: max € 2.500 per SINISTRO (il limite non si applica in caso di aborto spontaneo o post-traumatico) Parto cesareo: max 5.000 per SINISTRO Parto a domicilio: RIMBORSO forfetario di 1.000 euro
"ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA CLASSIC"	Max 30 giorni per ASSICURATO
"DIARIA DA CONVALECENZA CLASSIC"	Max 60 giorni, con limite di 4 volte i giorni di durata del RICOVERO
"RETTA ACCOMPAGNATORE CLASSIC"	Max 60 giorni per ASSICURATO
"VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI"	Max € 2.500 per ASSICURATO

C) **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

GARANZIA / Evento / Prestazione	LIMITE DI INDENNIZZO (per ANNO SOLARE, salvo diversa indicazione)
"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE" PRESTAZIONI SANITARIE per INTERVENTO	Max € 5.000 per SINISTRO , per le spese relative all' EQUIPE OPERATORIA per i seguenti interventi: adenoidectomia, tonsillectomia,

<p>CHIRURGICO, con o senza RICOVERO, quando erogate all'ASSICURATO da STRUTTURE SANITARIE e/o medici non convenzionati</p>	<p>appendicectomia, ernie addominali, emorroidectomia, safenectomia radicale.</p> <p>Le spese relative alla STRUTTURA SANITARIA sono rimborsate integralmente.</p> <p>Il suddetto limite non si applica in caso di MALATTIA IMPROVVISA insorta all'estero o INFORTUNIO accaduto all'estero, che rendono necessario, sempre all'estero, l'INTERVENTO CHIRURGICO d'urgenza.</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p> <p>PRESTAZIONI SANITARIE per RICOVERO senza INTERVENTO CHIRURGICO, quando erogate all'ASSICURATO da STRUTTURE SANITARIE e/o medici non convenzionati</p>	<p>Max € 600 al giorno per spese per l'equipe medica in caso di RICOVERI in terapia intensiva/subintensiva o nell'unità coronarica o per cure oncologiche.</p> <p>Max € 250 euro al giorno per altri RICOVERI</p> <p>Le spese relative alla STRUTTURA SANITARIA sono rimborsate integralmente.</p> <p>I suddetti limiti non si applicano in caso di MALATTIA IMPROVVISA insorta all'estero o INFORTUNIO accaduto all'estero, che rendono necessario, sempre all'estero, il RICOVERO d'urgenza.</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p> <p>Spese per RICOVERO o INTERVENTO CHIRURGICO</p>	<p>max € 3.500 per spese di sostituzione di apparecchi terapeutici e protesi applicati durante l'INTERVENTO CHIRURGICO</p> <p>Dialisi: max 30 applicazioni</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p> <p>Indennità sostitutiva del RIMBORSO (spese a totale carico del SSN)</p>	<p>€ 200 per ogni pernottamento di RICOVERO (con massimo 100 pernottamenti per anno)</p> <p>€ 100 per ogni giorno di RICOVERO in regime di DAY HOSPITAL (con massimo 100 giorni per anno)</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p> <p>Cure e protesi dentarie</p>	<p>Max € 7.000 per SINISTRO</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p> <p>Trasporto dell'ASSICURATO con ambulanza, aereo, elicottero</p>	<p>Max € 3.500</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p> <p>Parto non cesareo e aborto terapeutico</p>	<p>Max € 5.000 per SINISTRO</p> <p>€ 1.000 di RIMBORSO forfetario in caso di parto in casa</p> <p>Max € 500 euro per spese nei 90 precedenti e nei 120 giorni successivi al RICOVERO</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p> <p>Parto cesareo</p>	<p>€ 10.000 per SINISTRO</p>
<p><i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i></p>	<p>Max 60 giorni per RICOVERO</p>

Vitto e pernottamento in ISTITUTO DI CURA per un accompagnatore	Max € 2.500 per le spese sostenute dal familiare accompagnatore per il viaggio in treno o con aereo di linea e, in caso di comprovata indisponibilità dell' ISTITUTO DI CURA , quelle per il suo vitto e pernottamento in struttura alberghiera.
<i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i> Assistenza domiciliare per malattie terminali	- assistenza domiciliare fornita da STRUTTURE SANITARIE : max € 250 per giorno, per max 120 giorni per anno; - infermieristica professionale a domicilio: max € 150 per giorno, max 90 giorni per anno
<i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i> Assistenza infermieristica privata	Fino a 90 giorni dopo il RICOVERO Max € 3.500 (€ 5.000 in caso di trapianto d'organo)
<i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i> Diagnostica, chemioterapia e radioterapia	Max € 7.000 per trattamenti di chemioterapia e radioterapia Max € 1.200 euro per angiografia, risonanza magnetica nucleare, densitometria ossea computerizzata, scintigrafia per patologie cardiovascolari od oncologiche, TAC
<i>"RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"</i> Tossicodipendenza, Alcolismo, AIDS, Malattie mentali	Max € 200 al giorno, max 100 giorni, in caso di RICOVERO per tossicodipendenza, alcolismo e malattie mentali. Max 1 RICOVERO
<i>"ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI DI FISIOCHINESITERAPIA"</i>	Max € 3.000
<i>"DIARIA DA CONVALESCENZA ELITE"</i>	€ 150 euro al giorno, max 150 giorni per anno e con il limite di 4 volte i giorni di durata del RICOVERO
<i>"VISITE SPECIALISTICHE"</i>	Max € 3.000

I limiti sopra indicati non si applicano nei seguenti casi:

- **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"**, prestazione *"Trapianti di organi"* (art. 1.3, lett. h);
- **GARANZIA** opzionale *"SOLO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"* (art. 2.20).

D) **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti per la **GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

In caso di **INTERVENTO CHIRURGICO** eseguito avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale, in forma totale o parziale, l'**INDENNIZZO** forfetario viene corrisposto in misura pari al 50%.

Per gli interventi effettuati a causa della stessa patologia ed allo stesso organo e/o tessuto, l'**INDENNIZZO** previsto viene corrisposto dalla **SOCIETA'** un'unica volta nell'anno assicurativo a cui il **SINISTRO** è attribuibile.

Se nella stessa seduta operatoria si procede a due o più **INTERVENTI CHIRURGICI**, la **SOCIETA'** corrisponderà all'**ASSICURATO** l'**INDENNIZZO** corrispondente all'intervento con l'importo più elevato tra quelli relativi agli interventi subiti.

Nei confronti di ogni **ASSICURATO**, l'**INDENNIZZO** riferito agli interventi di classe VII rappresenta la massima esposizione della **SOCIETA'** per uno o più **SINISTRI** avvenuti nel corso di un **ANNO SOLARE**. Inoltre, salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, le **GARANZIE** prevedono l'applicazione dei limiti di **INDENNIZZO** indicati nella seguente tabella:

GARANZIA / Evento / Prestazione	LIMITE DI INDENNIZZO (per ANNO SOLARE, salvo diversa indicazione)
<p><i>"INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"</i></p> <p>INTERVENTO CHIRURGICO eseguito avvalendosi del Servizio Sanitario Nazionale</p>	<p>INDENNIZZO corrisposto in misura pari al 50%</p>
<p><i>"INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"</i></p> <p>Interventi effettuati a causa della stessa patologia e dello stesso organo e/o tessuto</p>	<p>INDENNIZZO corrisposto un'unica volta nell'anno assicurativo a cui il SINISTRO è attribuibile</p>
<p><i>"INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"</i></p> <p>Anticipo indennizzi (deposito richiesto dall'ISTITUTO DI CURA)</p>	<p>Max € 10.400</p>
<p><i>"INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"</i></p> <p>Cure al neonato</p>	<p>INDENNIZZO in caso di INTERVENTO CHIRURGICO effettuato nei primi 90 giorni di vita reso necessario per l'eliminazione o correzione di MALFORMAZIONI del neonato</p>
<p><i>"INDENNITÀ IN CASO DI RICOVERO NON COMPORTANTE INTERVENTO CHIRURGICO"</i></p>	<p>€ 100 al giorno per un massimo di 180 giorni</p>

E) **LIMITI DI INDENNIZZO** previsti per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

Se un **SINISTRO**, indennizzabile a termini di **POLIZZA**, colpisce contemporaneamente più **ASSICURATI** tra quelli indicati in **POLIZZA**, l'esborso a carico della **SOCIETA'** non potrà superare la somma complessiva di € 2.500.000. In caso di superamento, gli **INDENNIZZI** liquidabili ai singoli **ASSICURATI** verranno proporzionalmente ridotti.

Cosa fare in caso di Sinistro?

5 - Gestione del sinistro

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle **PARTI** e le indicazioni generali relative alla gestione dei **SINISTRI**

5.1 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

A) Obblighi previsti per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETÀ** entro 5 giorni da quando ne abbia avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**INDENNIZZO**. La denuncia del **SINISTRO** deve essere inviata unitamente alla certificazione medica sulla natura delle infermità.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi, anche in fase di **RICOVERO**, agli esami e controlli medici disposti dalla **SOCIETÀ** tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

L'**ASSICURATO** deve fornire:

- per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"**, copia della cartella clinica completa, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del **RICOVERO**;
- per la **GARANZIA "DIARIA DA CONVALESCENZA"**, i certificati medici in originale attestanti lo stato di convalescenza dopo la cessazione del ricovero, o durante il periodo in cui l'**ASSICURATO** è portatore di gessatura;
- per la **GARANZIA "GESSATURA ESTESA"**, i referti radiologici e certificati medici attestanti il periodo di immobilità;
- per la **GARANZIA "RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE"**, gli originali delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate;
- per la **GARANZIA "ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA"**, gli originali delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate;
- per la **GARANZIA "SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO"**, copia della cartella clinica completa, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero. Occorre inoltre fornire l'originale delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate. Qualora intervengano il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto dall'**ASSICURATO**.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento dell'**INDENNIZZO**.

Per la **GARANZIA "SUPPORTO AL CAREGIVER"**, in caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve preventivamente contattare la **CENTRALE OPERATIVA** ai seguenti numeri:

- Numero verde 800179020
- per chiamate dall'estero +39 0155829882

attivi dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00.

L'**ASSICURATO** deve comunicare alla **CENTRALE OPERATIVA**:

- nome e cognome;
- codice fiscale;
- recapito telefonico al quale potrà essere richiamato;
- data del ricovero/data evento traumatico.

La **CENTRALE OPERATIVA** provvede a raccogliere tutti i dati necessari all'apertura del **SINISTRO**.

L'**ASSICURATO** deve fornire:

- in caso di **RICOVERO**, la documentazione medica comprovante il **RICOVERO** (es. lettera di ricovero rilasciata dall'**ISTITUTO DI CURA**);
- in caso di **CONVALESCENZA**, i certificati medici attestanti lo stato di **CONVALESCENZA** (per **GESSATURA** a seguito di **INFORTUNIO** o per **INTERVENTO CHIRURGICO** in **DAY HOSPITAL**)

Se l'**ASSICURATO** si avvale della prestazione di consulenza di VillageCare srl, si attiva la procedura di pagamento diretto. In tal caso l'**ASSICURATO** non dovrà anticipare alcun importo. La **SOCIETÀ** provvederà al pagamento della prestazione direttamente a VillageCare srl.

Se l'**ASSICURATO** si avvale della prestazione di consulenza di altro fornitore si attiva la procedura rimborsuale. In tal caso, l'**ASSICURATO** provvede personalmente al pagamento della prestazione consulenziale ed invia alla **SOCIETÀ** gli originali delle fatture o delle notule fiscalmente regolari e quietanzate (oppure copia degli stessi) e la documentazione relativa al contenuto della consulenza ricevuta.

Le spese sostenute dall'**ASSICURATO** saranno rimborsate entro il limite indicato nel capitolo "*Ci sono*

limiti di copertura?":

In ogni caso, la **CENTRALE OPERATIVA** o la **SOCIETA'** potrà chiedere all'**ASSICURATO** - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla valutazione del **SINISTRO**. Ove richiesto, sarà necessario inviare gli originali (non fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture, e/o ricevute delle spese.

B) Obblighi previsti per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETA'** entro 5 giorni da quando ne abbia avuto la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al **RIMBORSO**.

La denuncia del **SINISTRO** deve essere inviata unitamente alla certificazione medica.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli esami e controlli medici disposti dalla **SOCIETA'** tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

L'**ASSICURATO** deve fornire, in caso di **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, copia della cartella clinica completa ovvero della documentazione medica completa, laddove la prima non fosse presente, integrata dagli originali delle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** e delle altre **PRESTAZIONI SANITARIE** in garanzia, anche se precedenti o successive al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale.

In caso di **ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO** o di altra **PRESTAZIONE SANITARIA** non collegata ad un **RICOVERO** o ad un **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, l'**ASSICURATO** deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la **MALATTIA** o l'**INFORTUNIO** e gli esiti degli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**.

L'**ASSICURATO** deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzate.

Qualora intervengano il Servizio Sanitario Nazionale od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto all'**ASSICURATO**.

C) Obblighi previsti per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

✓ **Pagamento diretto (se l'ASSICURATO si rivolge a STRUTTURE SANITARIE e medici convenzionati con la CENTRALE OPERATIVA)**

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** dovrà preventivamente contattare la **CENTRALE OPERATIVA**, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00 al:

- Numero verde 800/069841
- per chiamate dall'estero comporre +39 015/2559657

L'**ASSICURATO** dovrà comunicare alla **CENTRALE OPERATIVA**:

- nome e cognome;
- numero di **POLIZZA**;
- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico al quale potrà essere richiamato.

In ogni caso, almeno 3 giorni prima della data prevista per la **PRESTAZIONE SANITARIA**, l'**ASSICURATO** deve scrivere all'indirizzo e-mail:

gsm.vittoria@mapfre.com

inviando il modulo "Richiesta di presa in carico diretta" compilato (disponibile sul sito istituzionale della **SOCIETÀ** al link www.vittoriaassicurazioni.com, sezione Privati/Salute e Benessere/Rimborso spese sanitarie Elite, o presso l'Agenzia) e la documentazione richiesta dalla **CENTRALE OPERATIVA**.

Se l'**ASSICURATO** si avvale di **STRUTTURE SANITARIE** e medici convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**, l'**ASSICURATO** potrà beneficiare della **PRESTAZIONE SANITARIA** senza dover anticipare alcun pagamento (fatti salvi eventuali **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e limiti di **RIMBORSO** contrattualmente previsti).

L'elenco delle **STRUTTURE SANITARIE** convenzionate è disponibile sul sito istituzionale della **SOCIETÀ** (al link www.vittoriaassicurazioni.com, sezione Privati/Salute e Benessere/Rimborso spese sanitarie Elite) o presso l'Agenzia. La rete di **STRUTTURE SANITARIE** convenzionate è sempre in evoluzione: contattando la **CENTRALE OPERATIVA** si potrà essere costantemente aggiornati sulle convenzioni in vigore.

La **CENTRALE OPERATIVA** provvederà direttamente a pagare le **STRUTTURE SANITARIE** e i medici convenzionati.

La **CENTRALE OPERATIVA** provvede a raccogliere tutti i dati necessari all'apertura del **SINISTRO**.

Se l'**ASSICURATO** ha necessità di ricorrere a **STRUTTURE SANITARIE** e medici convenzionati in territorio extraeuropeo, e la **PRESTAZIONE SANITARIA** è da richiedersi a breve termine, è consigliabile contattare la **CENTRALE OPERATIVA** con alcuni giorni di anticipo.

La **CENTRALE OPERATIVA** provvede, inoltre, alla prenotazione delle **STRUTTURE SANITARIE** e dei medici scelti dall'**ASSICURATO** tra quelli convenzionati, garantendo anche, se richiesto, l'aiuto per la scelta dei medici più idonei.

Contattando la **CENTRALE OPERATIVA**, l'**ASSICURATO** potrà essere costantemente aggiornato sulle convenzioni in vigore con le **STRUTTURE SANITARIE** e i medici.

Al momento dell'accettazione presso la **STRUTTURA SANITARIA**, l'**ASSICURATO** deve sottoscrivere il **DOCUMENTO DI PRESA IN CARICO**.

In caso di **RICOVERO**, a seguito di impegnativa del Servizio Sanitario Nazionale, in **STRUTTURA SANITARIA** convenzionata sia con il Servizio Sanitario Nazionale, secondo le norme vigenti, sia con la **CENTRALE OPERATIVA**, quest'ultima provvederà direttamente al pagamento dell'eventuale eccedenza di spesa rispetto a quanto erogato dal Servizio Sanitario Nazionale, fermi i limiti previsti al capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*" per le eventuali prestazioni di medici non convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**.

✓ **Rimborso (se l'ASSICURATO non si rivolge a STRUTTURE SANITARIE e medici convenzionati con la CENTRALE OPERATIVA)**

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** dovrà preventivamente contattare la **CENTRALE OPERATIVA**, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 08:00 alle ore 18:00 ed il sabato dalle ore 8:00 alle ore 12:00 al:

- Numero verde 800/069841
- per chiamate dall'estero comporre +39 015/2559657

e in ogni caso dovrà effettuare una denuncia, entro e non oltre 30 giorni dal verificarsi dell'evento, scrivendo a:

- Mapfre Warranty S.p.A. – Strada Tossi 66 – 13871 Verrone – Biella / Ufficio GSM
- o all'indirizzo e-mail gsm.vittoria@mapfre.com
- oppure al fax numero 015.25.59.666

inviando il "*Modulo di denuncia*" compilato disponibile sul sito istituzionale della **SOCIETÀ** al link www.vittoriaassicurazioni.com, sezione Privati/Salute e Benessere/Rimborso spese sanitarie Elite, o presso l'Agenzia) e fornendo le seguenti informazioni e documenti:

- in caso di **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dalle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** e delle altre **PRESTAZIONI SANITARIE** in **GARANZIA**, anche se precedenti o successivi al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO**;
- in caso di **ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO** o di altra **PRESTAZIONE SANITARIA** non collegata ad un **RICOVERO** o ad un **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, l'**ASSICURATO** deve fornire la prescrizione del medico curante attestante la **MALATTIA** o l'**INFORTUNIO** e gli esiti degli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**.

L'**ASSICURATO** deve inoltre presentare gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzati, oppure copia degli stessi.

Se l'**ASSICURATO** si avvale di **STRUTTURE SANITARIE** e medici non convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**, l'**ASSICURATO** dovrà provvedere personalmente al pagamento dei costi relativi alle **PRESTAZIONI SANITARIE**.

Le spese sostenute dall'**ASSICURATO** saranno rimborsate, entro i limiti indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*", previo contatto con la **CENTRALE OPERATIVA** ed invio della denuncia di **SINISTRO**, nei termini di seguito indicati, e successiva valutazione della documentazione prodotta.

In ogni caso, la **CENTRALE OPERATIVA** potrà chiedere all'**ASSICURATO** – e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente – ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla valutazione del **SINISTRO**. Ove richiesto, sarà necessario inviare gli originali (non fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture, e/o ricevute delle spese.

Per le spese sostenute all'estero i **RIMBORSI** vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La liquidazione del **SINISTRO** viene effettuata a cura ultimata, su presentazione del certificato di guarigione o di equivalente dichiarazione da parte dell'**ASSICURATO**.

L'**ASSICURATO** libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del **SINISTRO**, nei confronti della **SOCIETÀ**, della **CENTRALE OPERATIVA** e/o dei magistrati eventualmente investiti dell'esame del **SINISTRO** stesso.

D) Obblighi previsti per la **GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETÀ** entro 5 giorni da quando ne abbia avuto la possibilità.

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

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi, anche in fase di **RICOVERO**, agli esami e controlli medici disposti dalla **SOCIETÀ** tramite suoi incaricati, fornire alla stessa ogni informazione e produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

L'**ASSICURATO** deve fornire, in caso di **RICOVERO** o **INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale, copia della cartella clinica completa, integrata dagli originali delle prescrizioni mediche e dalla descrizione dettagliata degli **ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI** e delle altre **PRESTAZIONI SANITARIE** in **GARANZIA**, anche se precedenti o successive al **RICOVERO** o all'**INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale.

E) Obblighi previsti per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

In caso di **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA** oppure alla **SOCIETÀ** entro 30 giorni da quando la **MALATTIA**, che per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la **GARANZIA** prestata, è stata diagnosticata e sempreché la **MALATTIA** stessa non si sia manifestata oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per l'**ASSICURATO** (alle condizioni indicate nel capitolo "Cosa è assicurato?").

La denuncia deve essere presentata direttamente dall'**ASSICURATO** o dal **CONTRAENTE** o, se l'evento è ignorato dal **CONTRAENTE**, quando l'**ASSICURATO** o gli aventi diritto ne hanno la possibilità.

Alla denuncia di **SINISTRO** deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della **MALATTIA**.

Alla denuncia devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della **MALATTIA**, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE**.

L'**ASSICURATO** deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dalla **SOCIETÀ**, e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

5.2 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto dell'**ASSICURATO** al pagamento dell'**INDENNIZZO**, le **PARTI** possono demandare la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo.

In caso di mancato accordo sulla scelta del terzo medico, questo sarà individuato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio, cioè nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'**ASSICURATO**.

Ciascuna delle **PARTI** paga le spese e le competenze del proprio medico e la metà di quelle del terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, senza procedure formali, e sono vincolanti tra le **PARTI**, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le **PARTI** anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

5.3 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

A) Pagamento previsto per la **GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

A cura ultimata, la liquidazione del **SINISTRO** viene effettuata - inviando apposito atto di transazione e quietanza - entro 30 giorni dal ricevimento da parte della **SOCIETÀ** del certificato di guarigione o di equivalente autodichiarazione da parte dell'**ASSICURATO**, salvo che siano emersi motivi di inoperatività della **GARANZIA**.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** è eseguito, in euro, presso la sede della **SOCIETÀ** o dell'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA**, entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.

Si considera come data del **SINISTRO** il giorno in cui si è verificato il **RICOVERO** o, se non vi è stato **RICOVERO**, l'intervento chirurgico ambulatoriale o altra **PRESTAZIONE SANITARIA** assicurata, fermo il periodo di carenza previsto all'art. "DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODI DI CARENZA".

Relativamente alle **GARANZIE**:

- "RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE",

- "ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA",
- "RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO"

i **RIMBORSI** per le spese sostenute all'estero vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio – ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Nel caso in cui il **RISCHIO** relativo alla presente **POLIZZA** sia ripartito fra più imprese di assicurazione (c.d. coassicurazione), ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal **CONTRATTO**, esclusa ogni responsabilità solidale.

Se in relazione al **SINISTRO** è stata aperta una procedura giudiziaria (civile, penale e/o amministrativa), oppure se è stata avviata una procedura di natura conciliativa, la **SOCIETÀ** si riserva la facoltà di attendere la conclusione definitiva della procedura, prima di procedere con la liquidazione nei termini sopra descritti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le **PARTI** anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

B) Pagamento previsto per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

A cura ultimata, la liquidazione del **SINISTRO** viene effettuata - inviando apposito atto di transazione e quietanza - entro 30 giorni dal ricevimento da parte della **SOCIETÀ** del certificato di guarigione o di equivalente autodichiarazione da parte dell'**ASSICURATO**, salvo che siano emersi motivi di inoperatività della **GARANZIA**.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** è eseguito, in euro, presso la sede della **SOCIETÀ** o dell'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA**, entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.

La **SOCIETÀ** effettua, nei termini previsti in **POLIZZA**, il pagamento del **RIMBORSO** delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del **SINISTRO**, comunque non oltre 1 anno dalla scadenza della **POLIZZA**.

Si considera come data del **SINISTRO** il giorno in cui si è verificato il **RICOVERO** o, se non vi è stato **RICOVERO**, l'**INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale o altra **PRESTAZIONE SANITARIA** assicurata, fermo quanto previsto all'art. "DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA".

Per le spese sostenute all'estero i **RIMBORSI** vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio – ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Nel caso in cui il **RISCHIO** relativo alla presente **POLIZZA** sia ripartito fra più imprese di assicurazione (c.d. coassicurazione), ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Se in relazione al **SINISTRO** è stata aperta una procedura giudiziaria (civile, penale e/o amministrativa), oppure se è stata avviata una procedura di natura conciliativa, la **SOCIETÀ** si riserva la facoltà di attendere la conclusione definitiva della procedura, prima di procedere con la liquidazione nei termini sopra descritti.

C) Pagamento previsto per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

Verificata l'operatività della **GARANZIA**, accertata la legittimazione, ricevuta la necessaria documentazione, la **CENTRALE OPERATIVA** provvederà al **RIMBORSO** entro 30 giorni, inviando l'apposito atto di transazione e quietanza.

La **SOCIETÀ** effettua, nei termini previsti in **POLIZZA**, il **RIMBORSO** delle spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del **SINISTRO**, comunque non oltre 1 anno dalla scadenza della **POLIZZA**.

Si considera come data del **SINISTRO** il giorno in cui si è verificato il **RICOVERO** o, se non vi è stato **RICOVERO**, l'**INTERVENTO CHIRURGICO** ambulatoriale o altra **PRESTAZIONE SANITARIA** assicurata, fermo quanto previsto all'articolo "DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA".

D) Pagamento previsto per la **GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate.

La liquidazione del **SINISTRO** viene effettuata - inviando apposito atto di transazione e quietanza - entro 30 giorni dal ricevimento da parte della **SOCIETÀ** della documentazione clinica, salvo che siano emersi motivi d'inoperatività della **GARANZIA**.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** è eseguito, in euro, presso la sede della **SOCIETÀ** o dell'Agenzia alla quale è assegnata la **POLIZZA**, entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.

La **SOCIETÀ** effettua, nei termini previsti dalla **POLIZZA**, il pagamento dell'**INDENNIZZO** indipendentemente dal fatto che il **RICOVERO** perduri nel corso di annualità assicurative diverse da quella del **SINISTRO**, comunque non oltre 1 anno dalla scadenza della **POLIZZA**.

Si considera come data del **SINISTRO** il giorno in cui si è verificato il **RICOVERO** o, se non vi è stato **RICOVERO**, l'**INTERVENTO CHIRURGICO**, fermo quanto previsto all'articolo "**DECORRENZA DELLA GARANZIA E PERIODO DI CARENZA**".

Per le spese sostenute all'estero i pagamenti vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Nel caso in cui il **RISCHIO** relativo alla presente **POLIZZA** sia ripartito fra più imprese di assicurazione (c.d. coassicurazione), ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal **CONTRATTO**, esclusa ogni responsabilità solidale.

Se in relazione al **SINISTRO** è stata aperta una procedura giudiziaria (civile, penale e/o amministrativa), oppure se è stata avviata una procedura di natura conciliativa, la **SOCIETÀ** si riserva la facoltà di attendere la conclusione definitiva della procedura, prima di procedere con la liquidazione nei termini sopra descritti.

E) Pagamento previsto per la **GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA"** e per le **GARANZIE** opzionali ad essa collegate

✓ **Determinazione dell'indennizzo**

La **SOCIETÀ** corrisponde l'**INDENNIZZO** per le **conseguenze dirette** causate dalla singola **MALATTIA** denunciata.

Pertanto, nei casi di preesistenti mutilazioni o **DIFETTI FISICI**, l'**INDENNIZZO** per **INVALIDITÀ PERMANENTE** è liquidato per le sole conseguenze dirette della **MALATTIA**, come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito all'articolo "**OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**" per dette patologie preesistenti e all'articolo "**Cosa non è assicurato?**" per le persone non assicurabili.

Sono conseguenze indirette e quindi non sono indennizzabili:

- l'influenza che la **MALATTIA** può avere esercitato sulle condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute;
- il pregiudizio che le condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute possono portare all'esito delle menomazioni prodotte dalla **MALATTIA**.

L'**INDENNIZZO** viene calcolato partendo dall'accertamento del grado di **INVALIDITÀ PERMANENTE** (percentuale di **I.P.** accertata), facendo convenzionale riferimento ai valori della tabella di valutazione INAIL ⁽⁶⁾.

Accertato il grado di **I.P.** come sopra indicato, si calcola l'**INDENNIZZO** in base alla seguente "Tabella di liquidazione", dove sono riportati, in corrispondenza di ciascun valore percentuale di "**I.P. accertata**", il valore percentuale di **I.P. "da liquidare"** (indennizzare).

Tabella di liquidazione

Grado % di INVALIDITÀ PERMANENTE accertato	% da liquidare sulla SOMMA ASSICURATA
inferiore al 25%	Zero
dal 25% al 34%	15%
dal 35% al 44%	30%
dal 45% al 54%	45%
dal 55% al 64%	60%
dal 65% al 74%	70%
superiore al 74%	100%

L'**INDENNIZZO** è calcolato applicando alla **SOMMA ASSICURATA** la percentuale di **I.P. "da liquidare"**.

Esempi:

SOMMA ASSICURATA: € 300.000

- Grado di I.P. accertato: 15%

Percentuale da liquidare: 0%

Importo INDENNIZZO: nessuno

- Grado di I.P. accertato: 50%

Percentuale da liquidare: 45%

Importo INDENNIZZO: € 135.000 (45% di € 300.000)

- Grado di I.P. accertato: 80%

Percentuale da liquidare: 100%

Importo INDENNIZZO: € 300.000 (100% di € 300.000)

✓ Malattie neoplastiche

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base a:

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.

Relativamente alla prognosi occorre considerare che:

a) se la **MALATTIA** neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'**INVALIDITÀ PERMANENTE** è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nel presente punto;

b) se la **MALATTIA** neoplastica, decorsi anche soltanto tre mesi dalla denuncia del **SINISTRO**, determini una prognosi, accertata contrattualmente, a breve termine sfavorevole per la vita dell'**ASSICURATO** medesimo, perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà corrisposta una somma, a titolo forfettario di rimborso per spese mediche, oppure per mancato guadagno, per assistenza, o per quant'altro possa necessitare all'**ASSICURATO** ancora in vita.

Tale speciale **INDENNIZZO** forfettario ammonterà a 1/3 della somma assicurata e verrà corrisposto entro 15 giorni da quello della prognosi.

Decorsi 180 giorni dalla data di detto pagamento, all'**ASSICURATO** ancora in vita verrà corrisposto un 2° **INDENNIZZO** speciale, anche in questo caso pari a 1/3 della somma assicurata.

Dopo ulteriori 180 giorni dalla data del 2° pagamento, all'**ASSICURATO** ancora in vita verrà corrisposto un ulteriore ed ultimo importo pari a 1/3 della somma assicurata. Il criterio sopra esposto si intende operante anche in presenza della **GARANZIA "OPZIONE RENDITA"**.

Se è attiva in **POLIZZA** l'opzione "**FRANCHIGIA 65%**", l'**INDENNIZZO** è calcolato come segue:

- se il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è inferiore o pari al 65%, nessun **INDENNIZZO** spetta all'**ASSICURATO**;
- se il grado accertato di **INVALIDITÀ PERMANENTE** è superiore al 65%, verrà corrisposto il 100% della **SOMMA ASSICURATA**.

✓ Pagamento dell'indennizzo

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** viene effettuato secondo la seguente procedura:

- entro 15 giorni dal ricevimento del certificato medico e/o relazione medico legale attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, e comunque entro 18 mesi dalla data di denuncia del **SINISTRO**, la **SOCIETA'** invia all'**ASSICURATO** raccomandata o PEC recante l'invito a visita medico legale;
- la proposta di liquidazione viene formulata nel termine di 60 giorni dalla data della visita medico legale predisposta dalla **SOCIETA'**;
- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, la **SOCIETA'** trasmette all'**ASSICURATO** l'atto di transazione e quietanza.

Il pagamento dell'**INDENNIZZO** viene effettuato nel termine di 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto.

Le spese di cura e quelle relative alla documentazione medica di cui all'articolo "OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO" sono a carico dell'ASSICURATO.

Qualora un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente, secondo giudizio medico, la prognosi della MALATTIA e qualora l'ASSICURATO non intenda sottoporvisi anche se la SOCIETA' decide di sostenerne i relativi costi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di INVALIDITÀ PERMANENTE che residuerebbero se l'ASSICURATO stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Se l'ASSICURATO, per causa indipendente dalla MALATTIA che ha determinato un'INVALIDITÀ PERMANENTE a suo carico, decede:

- prima che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla SOCIETA', l'INDENNIZZO verrà corrisposto ai beneficiari designati in POLIZZA o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria, purché i postumi permanenti siano obiettivamente accertabili sulla scorta della documentazione sanitaria prodotta;
- dopo che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dalla SOCIETA', l'INDENNIZZO verrà corrisposto ai beneficiari designati in POLIZZA o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

In caso di mancato accordo sull'accertabilità dei postumi permanenti e/o sulla loro quantificazione, resta salva la facoltà delle PARTI di ricorrere all'arbitrato irrituale.

Nel caso in cui il rischio relativo alla presente POLIZZA sia ripartito per quote fra più SOCIETA', ciascuna di esse è tenuta alla PRESTAZIONE in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla POLIZZA, esclusa ogni responsabilità solidale.

TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO

COSA FARE SUBITO O ENTRO 5 GIORNI

La denuncia del **SINISTRO** deve essere fatta alla direzione della **SOCIETÀ** o all'agenzia di cui è assegnata la **POLIZZA** entro 5 giorni da quando il **CONTRAENTE/ASSICURATO** ne abbia avuto la possibilità.

Per la **GARANZIA "SUPPORTO AL CAREGIVER"**

Telefonare al più presto alla **CENTRALE OPERATIVA**, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 ed il sabato dalle ore 8 alle ore 12 al numero verde 800.179.020 oppure al numero +39 015.582.98.82

Per la **GARANZIA "RIMBORSO SPESE MEDICHE ELITE"**

Telefonare al più presto alla **CENTRALE OPERATIVA**, attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 18 ed il sabato dalle ore 8 alle ore 12 al numero verde 800.069.841, oppure al numero +39.015.255.96.57

Per pagamento diretto: inviare modulo "Richiesta di presa in carico diretta" a gsm.vittoria@mapfre.com

Per richiesta di **RIMBORSO**: inviare la denuncia di **SINISTRO** entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento, a:

MAPFRE WARRANTY S.p.A.
Strada Tossi 66, 13871 Verrone (BI) - Uff. GSM
oppure e-mail a gsm.vittoria@mapfre.com

ADEMPIMENTI NECESSARI PER LA LIQUIDAZIONE DEL DANNO

Alla denuncia del **SINISTRO** deve essere allegata la copia della cartella clinica completa.

L'**ASSICURATO** deve consentire alla **SOCIETÀ** di svolgere le indagini e gli adempimenti necessari, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Inviare alla **CENTRALE OPERATIVA**:

- lettera di **RICOVERO** o dichiarazione del medico che attesta la **CONVALESCENZA**
- copia fattura della prestazione di consulenza con la descrizione della consulenza (solo in caso in caso di richiesta di rimborso).

Per pagamento diretto

Se l'**ASSICURATO** riceve la prestazione dalla società specializzata VillageCare srl, non dovrà pagare alcun importo.

Per la richiesta di **RIMBORSO**, l'**ASSICURATO** dovrà provvedere personalmente al pagamento dei costi relativi alla prestazione. La spesa sarà rimborsata previo invio alla **SOCIETÀ'** della denuncia e successiva valutazione dei documenti prodotti.

In ogni caso, l'**ASSICURATO** dovrà fornire ogni informazione ritenuta necessaria alla valutazione del **SINISTRO**.

Per pagamento diretto

Se l'**ASSICURATO** si rivolge a **STRUTTURE SANITARIE** e medici convenzionati con la **CENTRALE OPERATIVA**, questa ne sosterrà i costi, entro i limiti delle **GARANZIE**.

Per richiesta di **RIMBORSO**, l'**ASSICURATO** dovrà provvedere personalmente al pagamento dei costi relativi alla **STRUTTURA SANITARIA** e degli onorari dei medici. Le spese saranno rimborsate previo contatto con la **CENTRALE OPERATIVA**, invio della denuncia e successiva valutazione dei documenti prodotti

In ogni caso, l'**ASSICURATO** dovrà fornire ogni informazione ritenuta necessaria alla valutazione del **SINISTRO**.

ALLEGATO 1 - AUMENTO DEL PREMIO IN FUNZIONE DELL'ETA' DELL'ASSICURATO

A) Variazioni % da applicare al PREMIO dell'annualità precedente (esclusa GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA")

Età	Aumento % del PREMIO	Età	Aumento % del PREMIO	Età	Aumento % del PREMIO
1	-	26	1,69%	51	2,06%
2	2,41%	27	1,74%	52	1,96%
3	2,46%	28	1,90%	53	2,04%
4	2,23%	29	1,69%	54	2,05%
5	2,44%	30	1,83%	55	2,01%
6	2,60%	31	1,72%	56	2,03%
7	2,51%	32	1,77%	57	2,82%
8	2,92%	33	1,90%	58	2,14%
9	2,55%	34	1,79%	59	2,04%
10	4,32%	35	1,83%	60	2,09%
11	5,50%	36	1,80%	61	2,11%
12	6,47%	37	1,93%	62	2,10%
13	7,14%	38	1,88%	63	2,06%
14	7,65%	39	1,85%	64	2,11%
15	3,14%	40	1,90%	65	2,11%
16	6,08%	41	1,86%	66	2,15%
17	5,60%	42	1,88%	67	2,15%
18	5,29%	43	1,93%	68	2,14%
19	5,04%	44	1,86%	69	2,14%
20	4,91%	45	2,08%	70	2,14%
21	4,79%	46	1,04%	71	2,14%
22	4,45%	47	2,83%	72	2,21%
23	5,09%	48	2,00%	73	2,32%
24	1,75%	49	1,96%	74	2,47%
25	1,80%	50	1,93%		

Esempio di calcolo della variazione (aumento) del PREMIO per aumento età degli ASSICURATI, senza considerare l'eventuale effetto dell'indicizzazione:

Anno iniziale

ASSICURATO 1: età 56 anni, PREMIO € 800

ASSICURATO 2: età 50 anni, PREMIO € 700

PREMIO POLIZZA: € 1.500

1° anno successivo

ASSICURATO 1: età 57 anni, variazione 2,82%, PREMIO € 822,56 (= € 800 + 2,82% di € 800)

ASSICURATO 2: età 51 anni, variazione 2,06%, PREMIO € 714,42 (= € 700 + 2,06% di € 700)

PREMIO POLIZZA: € 1.536,98

2° anno successivo

ASSICURATO 1: età 58 anni, variazione 2,14%, PREMIO € 840,16 (= € 822,56 + 2,14% di € 822,56)

ASSICURATO 2: età 52 anni, variazione 1,96%, PREMIO € 728,42 (= € 714,42 + 1,96% di € 714,42)

PREMIO POLIZZA: € 1.568,58

B) Variazioni % da applicare al PREMIO dell'annualità precedente (solo per GARANZIA "INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA")

Età	Aumento % del PREMIO	Età	Aumento % del PREMIO	Età	Aumento % del PREMIO
1	-	23	1,22%	45	5,88%
2	-	24	1,20%	46	5,56%
3	-	25	1,19%	47	8,77%
4	-	26	1,18%	48	6,45%
5	-	27	1,16%	49	6,06%
6	-	28	1,15%	50	7,14%
7	-	29	7,95%	51	5,33%
8	-	30	5,26%	52	5,06%
9	-	31	5,00%	53	4,82%
10	-	32	9,52%	54	4,60%
11	1,43%	33	8,70%	55	4,40%
12	1,41%	34	8,00%	56	4,21%
13	1,39%	35	7,41%	57	4,04%
14	1,37%	36	6,90%	58	4,85%
15	1,35%	37	6,45%	59	4,63%
16	1,33%	38	6,06%	60	15,04%
17	1,32%	39	5,71%	61	15,38%
18	1,30%	40	5,41%	62	13,33%
19	1,28%	41	7,69%	63	11,76%
20	1,27%	42	7,14%	64	10,53%
21	1,25%	43	6,67%		
22	1,23%	44	6,25%		

Esempio di calcolo della variazione (aumento) del PREMIO per aumento età degli ASSICURATI, senza considerare l'eventuale effetto dell'indicizzazione:

Anno iniziale

ASSICURATO 1: età 56 anni, PREMIO € 800

ASSICURATO 2: età 50 anni, PREMIO € 700

PREMIO POLIZZA: € 1.500

1° anno successivo

ASSICURATO 1: età 57 anni, variazione 4,04%, PREMIO € 832,32 (= € 800 + 4,04% di € 800)

ASSICURATO 2: età 51 anni, variazione 5,33%, PREMIO € 737,21 (= € 700 + 5,33% di € 700)

PREMIO POLIZZA: € 1.569,53

2° anno successivo

ASSICURATO 1: età 58 anni, variazione 4,85%, PREMIO € 872,69 (= € 832,32 + 4,85% di € 832,32)

ASSICURATO 2: età 52 anni, variazione 5,06%, PREMIO € 774,51 (= € 737,21 + 5,33% di € 737,21)

PREMIO POLIZZA: € 1.647,20

ALLEGATO 2 - ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

A) GARANZIA "DIARIA DA RICOVERO" - OPZIONE "MAGGIORAZIONE DELLA DIARIA PER RICOVERO" - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CRANIO
(Vedi anche Chirurgia del Sistema Nervoso Centrale e Periferico)
<ul style="list-style-type: none"> ● Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
FACCIA E BOCCA
<ul style="list-style-type: none"> ● Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario ● Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare ● Asportazione totale della parotide per neoplasie maligne ● Resezione paratidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale ● Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
COLLO
<ul style="list-style-type: none"> ● Tiroidectomia totale per neoplasie maligne ● Timectomia per via cervicale ● Resezione dell'esofago cervicale
TORACE
<ul style="list-style-type: none"> ● Resezioni segmentarie e lobectomia ● Pneumonectomia ● Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi ● Interventi per fistole bronchiali-cutanee ● Pieuropneumonectomia ● Toracectomia ampia ● Resezione bronchiale con reimpianto ● Timectomia per via toracica ● Toracoplastica totale
CHIURGIA TORACICA
<ul style="list-style-type: none"> ● Pericardiectomia parziale o totale ● Sutura del cuore per ferite ● Interventi per corpi estranei del cuore ● Atriosettostomia per trasposizione ei grossi vasi ● Derivazioni aorto-polmonari ● Correzione di coartazione aortica ● Interventi per fistole atero-venose del polmone ● Legatura e resezione del dotto di Botallo ● Operazione per embolia della arteria polmonare ● Interventi a cuore aperto ● Bypass aorto-coronarico ● Applicazione di pacemaker
ESOFAGO
(Vedi anche otorinolaringoiatria)
<ul style="list-style-type: none"> ● Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria ● Operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago ● Idem per tumori: resezioni parziali basse-alte-totali ● Esofagoplastica ● Reintervento per megaesofago
STOMACO - DUODENO
<ul style="list-style-type: none"> ● Resezione gastrica da neoplasie maligne ● Gatrectomia totale da neoplasie maligne ● Resezione gastro-digiunale per ulera peptica post-anastomotica

INTESTINO
<ul style="list-style-type: none"> ● Colectomia totale ● Resezione ileo-cecale con linfadenectomia
RETTO - ANO
<ul style="list-style-type: none"> ● Amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo ● Idem per via addomino perineale: in più tempi ● Resezione anteriore retto-colica
ERNIE
<ul style="list-style-type: none"> ● Intervento iatale con funduplicatio
FEGATO E VIE BILIARI
<ul style="list-style-type: none"> ● Resezione epatica ● Epatico e coledocotomia ● Papillotomia per via trans-duodenale ● Interventi per la ricostruzione delle vie biliari ● Deconnessione azygos-portale per via addominale
PANCREAS E MILZA
<ul style="list-style-type: none"> ● Interventi di necrosi acuta del pancreas ● Interventi per cisti e pseudo cisti: <ul style="list-style-type: none"> - Enucleazione delle cisti - Marsupializzazione ● Enucleazione per fistole pancreatiche ● Interventi demolitivi sul pancreas: <ul style="list-style-type: none"> - totale o della testa - della coda ● Splenectomia ● Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO
<ul style="list-style-type: none"> ● Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche ● Operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico ● Interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta ● Operazione per encefalo-meningocele ● Talamotomi-pallidotomia ed altri interventi similari ● Interventi per epilessia focale ● Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie e altre affezioni meningomidollari ● Neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi ● Emisferectomia ● Ernia del disco dorsale per via transtoracica
SIMPATICO E VAGO
<ul style="list-style-type: none"> ● Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
CHIRURGIA VASALE
<ul style="list-style-type: none"> ● Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache ● Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
ARTICOLAZIONI
<ul style="list-style-type: none"> ● Disarticolazione interscapolo toracica ● Emipelvectomia

<ul style="list-style-type: none"> ● Artoplastica delle grandi articolazioni con materiale biologico
APPARATO GENITALE MASCHILE
<ul style="list-style-type: none"> ● Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
GINECOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> ● Pannistrectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia
OCULISTICA
<ul style="list-style-type: none"> ● Iridociclotrazione da glaucoma
CHIRURGIA PEDIATRICA
<ul style="list-style-type: none"> ● Cranio bifido con meningoencefalocele ● Idrocefalo ipersecretivo ● Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia) ● Cisti e tumori tipici del bambino di origini bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma) ● Atresia congenita dell'esofago ● Fistola congenita dell'esofago ● Torace a imbuto e torace carenato ● Ernia diaframmatica ● Stenosi congenita del piloro ● Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva ● Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale e retto vulvare: <ul style="list-style-type: none"> - abbassamento addomino perineale ● Megauretere: <ul style="list-style-type: none"> - Resezione con reimpianto - Resezione con sostituzione di ansa intestinale ● Megacolon:

<ul style="list-style-type: none"> - Operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson - Nefrectomia per tumore di Wilms <ul style="list-style-type: none"> ● Spina bifida: <ul style="list-style-type: none"> - Meningocele o mielomeningocele
UROLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> ● Interventi per fistola vescico rettale ● Intervento per estrofia della vescica ● Cistectomia totale uretrosigmoidostomia ● Uretero-ileo anastomosi (o colo) ● Nefrotomia bivale in ipotermia ● Nefrectomia allargata per tumore ● Nefro-uretrectomia totale ● Surrenelectomia
OTRINOLARINGOIATRIA
<p>NASO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intervento sull'ipofisi per via trasfenoidale <p>LARINGE</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Laringectomia totale ● Faringolaringectomia <p>ORECCHIO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Antro-atticotomia
TRAPIANTI D'ORGANO
<ul style="list-style-type: none"> ● Tutti i trapianti d'organo si intendono Grande Intervento Chirurgico. <p>In questi casi l'indennità giraliera pattuita per il ricovero ospedaliero dell'Assicurato opera anche per il donatore.</p>

B) GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC" ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Bypass aorto coronarici multipli • Bypass aorto coronarico singolo • Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti • Interventi per Fistola arterovenose del polmone • Sostituzione valvolare singola (C.E.C.) • Sostituzione valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.) • Valvuloplastica chirurgica
CHIRURGIA DELLA MANO	<ul style="list-style-type: none"> • Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia • Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento) • Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
CHIRURGIA GENERALE	<ul style="list-style-type: none"> • Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale
COLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale
ESOFAGO	<ul style="list-style-type: none"> • Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia • Resezione parziale dell'esofago • Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
FEGATO E VIE BILIARI	<ul style="list-style-type: none"> • Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica cava • Deconnessione azygos-portale per via addominale • Resezioni epatiche maggiori
INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO – ANO	<ul style="list-style-type: none"> • By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne • Colectomia totale • Colectomia totale con linfadenectomia • Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia • Intervento Hartmann • Procto – colectomia totale con pouch ileale • Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia • Amputazione del Retto per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale • Amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del retto
PANCREAS – MILZA	<ul style="list-style-type: none"> • Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia • Intervento per fistola pancreatica • Interventi per Neoplasie del pancreas endocrino • Pancreatemia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia • Pancreatemia totale (compresa eventuale linfadenectomia) • Interventi demolitivi per Pancreatite acuta
STOMACO – DUODENO	<ul style="list-style-type: none"> • Intervento per fistola gastro-digiuno colica • Gastrectomia totale con linfadenectomia
CHIRURGIA ORO – MAXILLO – FACCIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgia della Fossa pterigo-mascellare • Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
	<ul style="list-style-type: none"> • Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario
CHIRURGIA PEDIATRICA	<ul style="list-style-type: none"> • Asportazione tumore di Wilms • Intervento per cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene) • Neuroblastoma addominale • Neuroblastoma endotoracico • Neuroblastoma pelvico • Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi) • Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione con anastomosi primitiva • Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione secondo Mickulicz
CHIRURGIA TORACO – POLMONARE	<ul style="list-style-type: none"> • Intervento per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili • Interventi di fistole esofago – bronchiali • Neoplasie maligne della trachea • Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino • Pleurectomie • Pleropneumectomia • Intervento di pneumectomia • Resezione bronchiale con reimpianto
CHIRURGIA VASCOLARE	<ul style="list-style-type: none"> • Aneurismi aorta addominale + dissecazione : resezione e trapianto • Pseudoaneurismi post – traumatici o iatrogeni • Tromboendoarteriectomia aorta – iliaca ed eventuale plastica vasale • Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici • Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici • Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
GINECOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Eviscerazione pelvica • Intervento di vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica
NEUROCHIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Anastomosi vasi intra-extra cranici • Intervento per ascesso o ematoma intracranico • Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni • Interventi di cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie • Asportazione di corpo estraneo intracranico • Cranioplastica • Craniotomia per ematoma extradurale • Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali • Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali • Intervento per derivazione liquorale diretta ed indiretta • Fistola liquorale • Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico • Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta • Ipofisi, intervento per via tranfenoidale • Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari • Laminectomia per tumori intramidollari • Asportazione di neoplasie endocraniche o aneurismi • Intervento endorachideo per neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari

- Nefrotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plastica volta cranica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica
- Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Intervento per traumi vertebro-midollari via anteriore
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Intervento per tumori orbitari

OCULISTICA

ORBITA

- Operazione di Kronlein od orbitotomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla , totale
- Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
- Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
- Artroprotesi: ginocchio
- Artroprotesi: gomito, tibiotarsica
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazione, grandi
- Emipelvectomia
- Emipelvectomia "interne" con salvataggio dell'arto
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Intervento per riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale
- Scoliosi
- Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
- Asportazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali

- Uncoforaminotomia o vertebrotonia (trattamento completo)

OTORINOLARINGOIATRIA

NASO E SENI PARANASALI

- Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni

ORECCHIO

- Antroatticotomia con labirintectomia
- Ascenso cerebrale, apertura per via transmastoidica
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia

LARINGE E IPOFARINGE

- Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
- Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA

RENE

- Eminefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Intervento di nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia
- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo-cavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia (trattamento completo)

URETERE

- Ureterocutaneostomia bilaterale
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale)
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale)

VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostovesicuclectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesicuclectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Eutrofia vescicole (trattamento completo)
- Intervento per fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica

C) GARANZIA “RIMBORSO SPESE SANITARIE ELITE” – OPZIONE “SOLO GRANDI INTERVENTI” ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- Bypass aorto coronarici multipli
- Bypass aorto coronarico singolo
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Interventi per Fistola arterovenose del polmone
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzione valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia della mano

- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale

Chirurgia generale

COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale

ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Resezione parziale dell'esofago
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia

FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Resezioni epatiche maggiori

INTESTINO DIGIUNO – ILEO – COLON – RETTO - ANO

- By-pass gastro intestinali o intestinali per patologie maligne
- Colectomia totale
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Intervento Hartmann
- Procto – colectomia totale con pouch ileale
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Amputazione del Retto per neoplasia dell'ano, con linfadenectomia inguinale bilaterale
- Amputazione per via addomino-perineale, con eventuale linfadenectomia, del retto

PANCREAS – MILZA

- Duodeno cefalo pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia
- Intervento per fistola pancreatica
- Interventi per Neoplasie del pancreas endocrino
- Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Interventi demolitivi per Pancreatite acuta

STOMACO – DUODENO

- Intervento per fistola gastro-digiuno colica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

Chirurgia oro – maxillo – facciale

- Chirurgia della Fossa pterigo-mascellare
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Massiccio facciale, operazione demolitrice per tumori con svuotamento orbitario

Chirurgia pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms
- Intervento per cisti dell'intestino anteriore (enterogene e broncogene)
- Neuroblastoma addominale
- Neuroblastoma endotoracico
- Neuroblastoma pelvico
- Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)
- Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione con anastomosi primitiva
- Occlusione intestinale del neonato – ileomeconiale : resezione secondo Mickulicz

Chirurgia toraco – polmonare

- Intervento per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili

- Interventi di fistole esofago – bronchiali
- Neoplasie maligne della trachea
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino
- Pleurectomie
- Pleropneumectomia
- Intervento di pneumectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto

Chirurgia vascolare

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione : resezione e trapianto
- Pseudoaneurismi post – traumatici o iatrogeni
- Tromboendoarteriectomia aorto – iliaca ed eventuale plastica vasale
- Tromboendoarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendoarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendoarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia

- Eviscerazione pelvica
- Intervento di vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica

Neurochirurgia

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Intervento per ascesso o ematoma intracranico
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Interventi di cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie
- Asportazione di corpo estraneo intracranico
- Cranioplastica
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Intervento per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Intervento per epilessia focale
- Fistola liquorale
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente intra cranico
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via tranfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Asportazione di neoplasie endocraniche o aneurismi
- Intervento endorachideo per neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari
- Nefrotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plastica volta cranica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica
- Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Intervento per traumi vertebro-midollari via anteriore
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Intervento per tumori orbitari

Oculistica

ORBITA

- Operazione di Kronlein od orbitotomia

Ortopedia e traumatologia

INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca parziale (trattamento completo)
- Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)
- Artroprotesi: ginocchio
- Artroprotesi: gomito, tibiotarsica
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazione, grandi
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
- Osteosintesi vertebrale
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Intervento per riduzione cruenta e contenzione di lussazione traumatica di colonna vertebrale

- Scoliosi
- Spalla, resezioni complete sec. Tickhor-Limberg
- Asportazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

NASO E SENI PARANASALI

- Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni

ORECCHIO

- Antroatticotomia con labirintectomia
- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia

LARINGE E IPOFARINGE

- Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale
- Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Laringofaringectomia totale

Urologia

RENE

- Eminefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Intervento di nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia
- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo-cavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia (trattamento completo)

URETERE

- Ureterocutaneostomia bilaterale
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale)
- Intervento di ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale)

VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Eutrofia vescicole (trattamento completo)
- Intervento per fistola vescico-intestinale con resezione intestinale e/o cistoplastica

D) GARANZIA "INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI" - CLASSIFICAZIONE INTERVENTI CHIRURGICI

APPARATO GENITALE MASCHILE	
● Applicazione di protesi testicolare (come unico intervento)	I
● Biopsia testicolare bilaterale	I
● Biopsia testicolare monolaterale	I
● Cisti del funicolo ed 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	II
● Fistole scrotali o inguinali	III
● Frenulotomia e frenuloplastica	I
● Funicolo, detorsione del	III
● Idrocele, intervento per	II
● Idrocele, puntura di	I
● Interventi per induratio penis plastica	IV
● Interventi sui corpi cavernosi (corporoplastiche, etc.)	IV
● Orchidopessi monolaterale	III
● Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale	V
● Orchiectomia sottocapsulare bilaterale	III
● Orchiepididimectomia bilaterale con eventuale protesi	IV
● Orchiepididimectomia monolaterale con eventuale protesi	III
● Orchiopessi bilaterale	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 con tecnica microchirurgica	III
● Varicocele, intervento per	III
CARDIOCHIRURGIA	
● Angioplastica coronarica: singola	IV
● By-pass aorto coronarici multipli	VI
● By-pass aorto coronarico singolo	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	V
● Commisurotomia per stenosi mitralica	V
● Contropulsazione aortica mediante incannulamento arterioso	IV
● Drenaggio pericardico o riapertura per sanguinamento	II
● Embolectomia con Fogarty	II
● Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per	V
● Fistole arterovenose del polmone, interventi per	VI
● Massaggio cardiaco interno	I

● Pericardiectomia parziale	IV
● Pericardiectomia totale	V
● Pericardiocentesi	I
● Reintervento con ripristino di C.E.C.	V
● Sostituzione valvolare 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 destra	II
● Biopsia endomiocardica sinistra	II
● Cateterismo destro e sinistro e calcolo portate e gradienti con coronarografia + ventricolografia destra e sinistra	III
● Controllo elettronico del pace maker impiantato (compresa consulenza ingegnere)	I
● Coronarografia + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
● Coronarografia circolo nativo + studio selettivo di bypass venosi ed arteriosi + ventricolografia sinistra + cateterismo sinistro	III
● Pace maker, impianto definitivo comprensivo dell'eventuale impianto/espianto di pace maker temporaneo + eventuali riposizionamenti degli elettrocatereti e programmazione elettronica del pace maker (incluso costo del pace maker)	V
● Pace maker, impianto temporaneo e relativo espianto (come unico intervento)	II
● Riprogrammazione elettronica del pace maker con misurazione soglia cardiaca con metodo non invasivo	I
● Seconda applicazione di Stent sulla stessa arteria	I
● Sostituzione generatore pace maker definitivo	I
● Stand by cardiocirurgico	II
● Studio elettrofisiologico endocavitario	II
● Valvuloplastica cardiaca	IV
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	
● Ascesso mammario, incisione di	I
● Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate	V
● Mastectomia semplice con eventuale linfadenectomia	IV
● Mastectomia sottocutanea	IV
● Neoplasie 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 carpali	II
● Amputazioni falangee	I
● Amputazioni metacarpali	II
● Aponeurectomia, morbo di Dupuytren	III
● Artrodesi carpale	IV
● Artrodesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	III
● Artroplastica	IV
● Artroprotesi carpale	V

● Artroprotesi metacarpo-falangea e/o interfalangea	V
● Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento cruento	III
● Fratture e lussazioni dei metacarpi e falangi, trattamento incruento	I
● Fratture e lussazioni del polso, trattamento cruento	IV
● Fratture e lussazioni del polso, trattamento incruento	I
● Lesioni tendinee, intervento per	II
● Mano 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	III
● Pseudoartrosi dello scafoide carpale	III
● Retrazioni ischemiche	V
● Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia	VI
● Rigidità delle dita	III
● Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)	VI
● Sindromi canicolari (tunnel carpale, sindrome di Guyon, compressione del nervo ulnare alla doccia epitrocleoleocranica, etc.)	III
● Sinovialectomia (come unico intervento)	III
● Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale	VI
CHIRURGIA GENERALE	
CHIRURGIA GENERALE - COLLO	
● Ascessi, favi, flemmoni, incisione e drenaggio di	I
● Biopsia prescalenica	I
● Fistola esofago-tracheale, intervento per	V
● Ghiandola sottomascellare, asportazione per infiammazioni croniche o neoplasie benigne	III
● Ghiandola sottomascellare, asportazione per tumori maligni di	IV
● Linfadenectomia latero cervicale bilaterale (come unico intervento)	IV
● Linfadenectomia latero cervicale monolaterale (unico intervento)	IV
● Linfadenectomia sopraclaveare	III
● Linfonodi, asportazione chirurgica a scopo diagnostico	I
● Paratiroidi - trattamento completo, intervento sulle	V
● Paratiroidi, reinterventi	V
● Tiroide, enucleazione di tumori cistici o adenomi solitari	III
● Tiroide, lobectomie	IV
● Tiroide, reinterventi	V
● Tiroidectomia per gozzo immerso con trattamento per via cervicale (+/- split sternale)	V
● Tiroidectomia per gozzo intratoracico con trattamento per via sternotomica o toracotomia	V
● Tiroidectomia subtotala	IV
● Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale mono/bilaterale	VI
● Tiroidectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
● Tracheostomia, chiusura e plastica	II
● Tracheotomia con tracheostomia d'urgenza	III
● Tracheotomia con tracheostomia di elezione	III
● Tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo, intervento per ferite del	IV
● Tumore maligno del collo, asportazione di	IV
CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO	

● Diverticoli dell'esofago cervicale (compresa miotomia), intervento per	IV
● Diverticoli dell'esofago toracico, intervento per	V
● Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia	VI
● Esofagite, ulcera esofagea, intervento per	V
● Esofago, resezione parziale dell'	VI
● Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia	VI
● Esofagogastroduodenoscopia operativa	II
● Esofagogastroplastica - esofagodigiunoplastica esofagocoloplastica (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 benigne dell'esofago, interventi per	V
● Stenosi esofagee, trattamento endoscopico con laser (per seduta)	I
● Varici esofagee, sclero terapia endoscopica	II
● Varici esofagee: emostasi con sonda tamponante	II
● Varici esofagee: intervento transtoracico o addominale	V
CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E 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 da echinococco multiple, pericistectomia	V
● Cisti da echinococco, ascessi epatici	V
● Colectomia	IV
● Colectogastrostomia o colecistoenterostomia	IV
● Colectostomia per neoplasie non resecabili	IV
● Coledoco-epatico-digiuno/duodenostomia con o senza colectomia	V
● Coledocotomia e coledocolitotomia (come unico intervento)	V
● Dearterializzazione epatica, con o senza chemioterapia	IV
● Deconnessione azygos-portale per via addominale	VI
CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI	
● Drenaggio bilio digestivo intraepatico	IV
● Incannulazione 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
● Vie biliari, reinterventi	V
CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO DIGIUNO - ILEO - COLON - RETTO - ANO	
● Ano preternaturale, chiusura, ricostruzione continuità	IV
● Appendicectomia con peritonite diffusa	IV
● Appendicectomia semplice a freddo	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
● Colectomia segmentaria	V
● Colectomia segmentaria con linfadenectomia ed eventuale colostomia	V
● Colectomia totale	VI
● Colectomia totale con linfadenectomia	VI
● Colotomia 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 naturale semplice di	I
● Corpi estranei del 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 (criochirurgia), trattamento completo per	II
● Emorroidi e ragadi, crio-chirurgia (trattamento completo)	II
● Emorroidi e ragadi, intervento chirurgico radicale per	III
● Emorroidi e ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
● Emorroidi, intervento chirurgico radicale	III
● Emorroidi, laserchirurgia per	II
● Emorroidi, legatura elastica delle (trattamento completo)	II
● Enterostomia (come unico intervento)	IV
● Fistola anale extrasfinterica	III
● Fistola anale intransfinterica	II
● Fistole anali, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
● Hartmann, intervento	VI
● Ileostomia (come unico intervento)	IV
● Incontinenza anale, intervento per	IV
● Intestino, resezione dell'	V
● Invaginazione, volvolo, ernie interne, intervento per	IV
● Megacolon: colostomia	III
● Mikulicz, estrinsecazione sec.	III
● Pan-colonscopia operativa	II
● Polipectomia per via laparotomica	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	II
● Ragadi, crio-chirurgia per (trattamento completo)	II
● Ragadi, laserchirurgia per (trattamento completo)	II
● 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 GENERALE - PANCREAS - MILZA	
● 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 pancreatectomia compresa eventuale linfadenectomia	VI
● Fistola pancreatica, intervento per	VI
● Milza, interventi chirurgici conservativi (splenorrafie, resezioni spleniche)	V
● Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per	VI
● Pancreatectomia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia	VI
● 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 di pancreas	VII
CHIRURGIA GENERALE - PARETE ADDOMINALE	
● Cisti, ematomi, ascessi, flemmoni parete addominale	I
● Diastasi dei retti (come unico intervento), intervento per	III
● Ernia crurale recidiva	II
● Ernia crurale semplice	II
● Ernia crurale strozzata	III
● Ernia diaframmatica	V
● Ernia epigastrica	III
● Ernia epigastrica strozzata o recidiva	III
● Ernia inguinale con ectopia testicolare	III
● Ernia inguinale recidiva	III
● Ernia inguinale semplice	III
● Ernia inguinale strozzata	III
● Ernia ombelicale	III
● Ernia ombelicale recidiva	III
● Ernie rare (ischiatrica, otturatoria, lombare, perineale)	IV
● Laparocele, intervento per	IV
● Linfadenectomia inguinale o crurale bilaterale (come unico intervento)	IV
● Linfadenectomia inguinale o crurale monolaterale (come unico intervento)	III
● Puntura esplorativa addominale	I
● Tumore maligno della parete addominale, asportazione di	III
CHIRURGIA GENERALE - PERITONEO	
● Ascesso del Douglas, drenaggio	III
● Ascesso sub-frenico, drenaggio	IV
● Laparoscopia esplorativa/diagnostica	II
● Laparoscopia 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 dell'addome senza	IV

lesioni di organi interni	
• 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	V
• Paracentesi	I
• Tumore retroperitoneale, exeresi di	V
CHIRURGIA GENERALE - PICCOLI INTERVENTI VARI	
• Accesso periferico per posizionamento di catetere venoso	I
• Agoaspirati/agobiopsie, di qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
• Ascesso o flemmone diffuso, incisione di	I
• Ascesso o flemmone sottoaponeurotico, incisione di	I
• Ascesso o flemmone superficiale e circoscritto, incisione di	I
• Biopsia come unico atto chirurgico, qualsiasi parte anatomica, salvo i casi descritti	I
• Cisti sinoviale, asportazione radicale di	I
• Corpo estraneo profondo extracavitario, estrazione di	I
• Corpo estraneo superficiale, estrazione di	I
• Cuoio capelluto, vasta ferita e scollamento del	I
• Ematoma superficiale, svuotamento di	I
• Ematomi profondi extracavitari, svuotamento di	I
• Espianto di catetere peritoneale	I
• Ferita profonda della faccia, sutura di	I
• Ferita profonda, sutura di	I
• Ferita superficiale della faccia, sutura di	I
• Ferita superficiale, sutura di	I
• Fistola artero-venosa periferica, preparazione di	I
• Impianto chirurgico di catetere peritoneale	I
• Pateruccio profondo ed osseo, intervento per	I
• Pateruccio superficiale, intervento per	I
• Posizionamento percutaneo di catetere venoso centrale (come unica prestazione)	I
• Tumore profondo extracavitario, asportazione di	II
• Tumore superficiale maligno tronco/arti, asportazione di	I
• Tumore superficiale o sottocutaneo benigno o cisti tronco/arti, asportazione di	I
• Unghia incarnita, asportazione di	I
• Unghia incarnita, cura radicale di	I
CHIRURGIA GENERALE - STOMACO - DUODENO	
• 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	III
• Piloroplastica (come unico intervento)	IV
• Resezione gastro duodenale	V
• Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica anastomotica	V
• Vagotomia selettiva, tronculare con pilorooplastica	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
• Corpi estranei superficiali dei tessuti molli, della cavità orale e/o della faccia, asportazione di	I
• Epulidi, asportazione di (con resezione del bordo alveolare)	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
• Linfangioma 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, angiomi, macroglossia	II
• 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 temporo-mandibolare (come unico intervento)	III
• Neoformazioni endosseie di grandi dimensioni, exeresi di	III
• Neoformazioni endosseie 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 superficiale	V
● Parotidectomia totale	V
● Plastica di fistola palatina	III
● Plastiche mucose per comunicazioni oro-antrali	II
● Ranula, asportazione di	II
● Ricostruzione con innesti ossei dei mascellari	V
● Ricostruzione 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	VI
● Neuroblastoma endotoracico	VI
● Neuroblastoma pelvico	VI
● Occlusione intestinale del neonato, atresie (necessità di anastomosi)	VI
● Occlusione intestinale del neonato, con resezione intestinale	V
● Occlusione intestinale del neonato, senza resezione intestinale	IV
● 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
● Preparazione di vena per fleboclisi e trasfusione	I
● Retto, prollasso con cerchiaggio anale del	II
● Retto, prollasso con operazione addominale del	V
CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA	
● Allestimento di lembo pedunculato	II
● Angiomi del viso di grandi dimensioni (da cm. 4 in poi), intervento per	III
● Angiomi del viso di piccole dimensioni (meno di cm. 4), intervento per	II
● Angiomi di tronco e arti di grandi dimensioni (da cm. 7 in poi), 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 tronco o degli arti di grandi dimensioni, correzione di	II
● Cicatrici del tronco o degli arti di piccole dimensioni, correzione di	II
● Cicatrici del viso di grandi dimensioni, correzione di	II
● Cicatrici del viso di piccole dimensioni, correzione di	II
● Innesti compositi	II
● Innesto dermo epidermico o dermo adiposo o cutaneo libero o di mucosa	II
● Innesto di fascia lata	II
● Innesto di nervo o di tendine	III
● Innesto osseo o cartilagineo	III
● Intervento di pusk-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	II
● Plastica a Z in altra sede	II
● Plastica V/Y, Y/V	II
● Retrazione cicatriziale delle dita con innesto	IV
● Retrazione cicatriziale delle dita senza innesto	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 fasciocutaneo	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 estensioni (prestazione ambulatoriale)	I
● Toilette di ustioni di piccole estensioni (prestazione ambulatoriale)	I
● Trasferimento di lembo libero microvascolare	V
● Trasferimento di lembo pedunculato	II
● Tumori maligni profondi del viso, asportazione di	II
● Tumori maligni superficiali del viso, intervento per	I
● Tumori superficiali o cisti benigne del viso, intervento per	I
CHIRURGIA TORACO - POLMONARE	
● Agobiopsia pleurica/puntura esplorativa	I
● Ascessi, interventi per	IV
● Bilobectomie, intervento di	VI
● Biopsia laterocervicale	I
● Biopsia sopraclaveare	I
● Broncoinstillazione endoscopica	I
● Cisti (echinococco od altre), asportazione di	V
● Decorticazione pleuro polmonare, intervento di	V
● Drenaggi di mediastiniti acute o croniche o di ascessi	II
● Drenaggio cavità empiematica	II
● Drenaggio pleurico per emo e/o pneumotorace traumatico	II
● Drenaggio pleurico per pneumotorace spontaneo	I
● Enfisema bolloso, 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
● Fratture costali o sternali, trattamento conservativo	I
● Instillazione medicamentosa endopleurica isolata	I
● Lavaggio bronco alveolare endoscopico	I
● Lavaggio pleurico	I
● Lembo mobile del torace, trattamento chirurgico del (flyin chest)	V
● Lembo mobile toracico (flyin chest), trattamento conservativo del	III

• Linfadenectomia mediastinica (come unico intervento)	IV
• Mediastinoscopia diagnostica	II
• Mediastinoscopia operativa	II
• Mediastinotomia 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 della trachea	VI
• Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino	VI
• Pleurectomie	V
• Pleuropneumectomia	VI
• Pleurotomia e drenaggio (con resezione di una o più coste), intervento di	II
• Pneumectomia, 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 sopranumeraria	V
• Resezione segmentaria o lobectomia	V
• Resezioni segmentarie atipiche	V
• Resezioni segmentarie tipiche	V
• Sindromi stretto toracico superiore	V
• Timectomia	V
• Toracentesi	I
• Toracoplastica, primo tempo	V
• Toracoplastica, secondo tempo	III
• Toracoscopia	II
• Toracotomia esplorativa (come unico intervento)	IV
• Tracheo-broncoscopia esplorativa	I
• Tracheo-broncoscopia operativa	II
• Trapianto di polmone	VII
CHIRURGIA VASCOLARE	
• Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto	VI
• Aneurismi arterie distali degli arti	V
• Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi 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-succlavio	V
• By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica vasale	V
• By-pass arterie periferiche: femoro-tibiali, axillofemorale, femoro-femorale, femoro-popliteo	V
• Elefantiasi degli arti	V
• Embolectomia e/o trombectomia arteriosa o vene profonde o cava	V
• Fasciotomia decompressiva	II
• Iniezione endoarteriosa	I
• Legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II
• Legatura e/o sutura di grossi vasi: aorta-cava-iliaca	IV
• Legatura e/o sutura di medi vasi: femorale - popliteo-omero - mammaria interna - brachiale - ascellare - gluteo-carotide - vertebrale - succlavia - anonima	II
• Legatura e/o sutura di piccoli vasi:	II

tibiali-linguale tiroidea-mascellare-temporale-facciale radiale-cubitali arcate palmari/pedie	
• Pseudoaneurismi post-traumatici o iatrogeni	VI
• 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
• Sindromi neurovascolari degli arti inferiori	V
• Trombectomia venosa superficiale (come unico intervento)	III
• Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica 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 (come unico intervento)	II
• Varicectomia con legatura di vene comunicanti (come unico intervento)	II
• Varici recidive	III
DERMATOLOGIA - CRIOTERAPIA - LASERTERAPIA	
• 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 (prima seduta)	I
• Diatermocoagulazione o crioterapia per una o più lesioni, alterazioni, neoformazioni (sedute successive)	I
• Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (prima seduta)	I
• Trattamento mediante LASER di alterazioni cutanee virali (verruche, condilomi, etc.) (sedute successive)	I
• Trattamento mediante LASER di tumori maligni cutanei (trattamento completo)	I
GASTROENTEROLOGIA	
• Biopsia digiunale sotto scopia con capsula a suzione	I
• Esofagogastroduodenoscopia esplorativa e/o diagnostica (comprese biopsie) ed eventuale test rapido H. Pylori	I
• Pancolonscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)	I
• Rettosigmoidoscopia diagnostica con fibre ottiche (comprese biopsie)	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
● Colposcopia	I
● 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 ureterali, vescicovaginale, rettovaginale, intervento per	V
● Incontinenza urinaria, intervento per via vaginale o addominale	V
● Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia	V
● Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale senza linfadenectomia	V
● Isterectomia totale semplice con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale, intervento di	IV
● Isteropessi	IV
● Isteroscopia diagnostica ed eventuali biopsie (come unico esame)	
● 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 bioptica	V
● Laparotomia per ferite e rotture dell'utero	V
● Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta)	I
● Linfadenectomia laparotomica (come unico intervento)	IV
● Metroplastica (come unico intervento)	IV
● Miomectomie per via laparotomica 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, intervento di	III
● Plastica vaginale posteriore, intervento di	III
● PPolipi 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
● Puntura esplorativa del cavo del Douglas	I
● Raschiamento endouterino diagnostico o 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 addominopelviche-annessiali	V
● Trattamento chirurgico conservativo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
● Trattamento chirurgico conservativo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addominopelviche-annessiali	IV
● Trattamento chirurgico demolitivo bilaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addominopelviche-annessiali	IV
● Trattamento chirurgico demolitivo laparotomico per gravidanza extrauterina	IV
● Trattamento chirurgico demolitivo monolaterale per via laparotomica localizzazioni endometriosiche addominopelviche-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 diagnostica dei linfonodi inguinali superficiali, intervento di	IV
● Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di	VI
● Vulvectomia semplice (locale o cutanea), intervento di	IV
● Vulvectomia totale	IV
NEUROCHIRURGIA	
● Anastomosi spino-facciale e simili	V
● 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 ematoma extradurale	VI
● Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali	VI
● Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali	VII
● Derivazione 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	IV
● 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 e splancnicectomia	V

● Ipofisi, 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
● Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo	VI
● Neurolisi (come unico intervento)	III
● Neurorrafia primaria (come unico intervento)	III
● Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)	VI
● Neurotomia semplice (come unico intervento)	III
● Plastica volta cranica	VI
● Plesso brachiale, intervento sul	V
● Puntura epidurale	I
● Puntura sottoccipitale per prelievo liquorale o per introduzione di farmaci o mezzo di contrasto	I
● Rachicentesi per qualsiasi indicazione	I
● Registrazione continua della pressione intracranica	I
● Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche	VI
● Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica	VI
● Scheggettomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica	VI
● Simpatico cervicale: enervazione del seno carotideo, 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 splanchnici	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: splanchnicectomia, 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 similari	VII
● Termorizotomia del trigemino o 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, intervento per	VI
● Traumi vertebro-midollari via posteriore	VI
● Tumore orbitale, asportazione per via endocranica	VII
● Tumori dei nervi periferici, asportazione di	V
● Tumori della base cranica, intervento per via transorale	VII
● Tumori orbitari, intervento per	VI
OCULISTICA	
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
● Iniezione sottocongiuntivale	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	II
● Plastica congiuntivale per scorrimento	II
● Pterigio o pinguecola	I
● Sutura di ferita congiuntivale	I
OCULISTICA - CORNEA	
● Cheratomilleusi	III
● Cheratoplastica a tutto spessore	V
● Cheratoplastica lamellare	IV
● Cheratotomia refrattiva (escluse finalità estetiche)	II
● Corpi estranei dalla cornea, estrazione di	I
● Corpi estranei, estrazione in camera anteriore di	III
● Crioapplicazioni corneali	I
● Epicheratoplastica	IV
● Lenticolo biologico, apposizione a scopo terapeutico	I
● Odontocheratoprotesi (trattamento completo)	VI
● 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), estrazione di	III
● Cataratta 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	V
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	II
● Muscoli superiori o inferiori o obliqui, avanzamento	III
● Ptosi palpebrale, intervento per (escluse finalità estetiche)	III
● Recessione-resezione-inginocchiamento, trattamento di	II
● Strabismo paralitico, intervento per	III
OCULISTICA - OPERAZIONI PER GLAUCOMA	
● Alcoolizzazione nervo cigliare, intervento per	I
● Ciclodialisi	III
● Ciclodiatomia perforante	II
● Crioapplicazione antiglaucomatosa	I
● Goniotomia	III
● Iridocicloretrazione	IV
● Microchirurgia dell'angolo camerulare	IV
● Operazione fistolizzante	IV
● Trabeculectomia	IV
● Trabeculectomia + asportazione cataratta - Intervento combinato	IV
● Trabeculectomia + asportazione cataratta + impianto cristallino artificiale - intervento combinato	V
● 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 orbitae	IV
● Iniezione endorbitale	I
● Operazione di Kronlein od orbitotomia	VI
● Orbita, intervento di decompressione per via inferiore	III
OCULISTICA - PALPEBRE	
● Ascesso palpebre, incisione di	I
● Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: 1 palpebra	I
● Blefarocalasi o traumi o ferite, intervento di blefaroplastica: ogni altra palpebra	I
● Calazio	I
● Cantoplastica	II
● Entropion-ectropion	II
● Epicanto-coloboma	II
● Ernia palpebrale, correzione con riduzione di sovrabbondanza cutanea: 1 palpebra (escluse finalità estetiche)	I
● Ernia palpebrale, correzione con riduzione sovrabbondanza cutanea: ogni altra 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 materiali usati	II

● durante l'intervento di distacco	
● Criotrattamento (come unico intervento)	III
● Diatermocoagulazione retinica per distacco	III
● Retina, intervento per distacco, comprensivo di tutte le fasi	IV
● Vitrectomia anteriore o posteriore	V
OCULISTICA - SCLERA	
● Sclerectomia	IV
● Sclerotomia (come unico intervento)	I
● Sutura sclerale	II
OCULISTICA - SOPRACCIGLIO	
● Cisti o corpi estranei, asportazione di	I
● Elevazione del sopracciglio, intervento per	II
● Plastica per innesto	II
● Plastica 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	I
● Chiusura puntino lacrimale con protesi	I
● Dacriocistorinostomia o intubazione	III
● Fistola, asportazione	I
● Flemmone, incisione di (come unico intervento)	I
● Impianto tubi di silicone nella stenosi delle vie lacrimali	I
● Sacco lacrimale o della ghiandola lacrimale, asportazione del	II
● Sacco lacrimale, incisione di (come unico intervento)	I
● Sondaggio o lavaggio vie lacrimali (per seduta)	I
● Stricturotomia (come unico intervento)	I
● Vie lacrimali, ricostruzione	III
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI	
● Acromioplastica anteriore	IV
● Agoaspirato osseo	I
● Alluce valgo	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
● Artrocentesi	I
● Artrocentesi con introduzione di medicamento	I
● Artrodesi vertebrale per via anteriore	VI
● Artrodesi vertebrale per via posteriore	VI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI	
● Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore	VI
● Artrodesi: grandi articolazioni	IV
● Artrodesi: medie articolazioni	II
● Artrodesi: piccole articolazioni	II

● Artroli: grandi	III
● Artroli: medie	II
● Artroli: 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)	I
● Ascesso freddo, drenaggio di	I
● Biopsia articolare	I
● Biopsia ossea	I
● Biopsia trans-peduncolare somi vertebrali	III
● Biopsia vertebrale a cielo aperto	II
● Borsectomia	II
● Calcaneo stop	II
● Chemonucleolisi per ernia discale	IV
● Cisti meniscale o parameniscale, 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	VII
● Disarticolazioni, grandi	VII
● Disarticolazioni, medie	V
● Disarticolazioni, piccole	III
● Elsmie-Trillat, intervento di	III
● Empelvectomia	VI
● Empelvectomie "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
● Esostosi semplice, asportazione di	II
● Frattura esposta, pulizia chirurgica di	II
● Laterale 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) + rimozione 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, espianto 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 complessa (bacino, vertebrale, etc.)	III
● Osteotomia semplice	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
● Radiodistale, resezione con trapianto articolare perone, pro-radio	V
● Reimpianti di arto o suo segmento	VII
● Resezione articolare	IV
● Resezione del sacro	V
● Resezione ossea	IV
● 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 o piccole articolazioni	II
● Rimozione mezzi di sintesi	II
● Rottura cuffia rotatori della spalla, riparazione	IV
● Scapulopessi	IV
● Scoliosi, intervento per	VII
● Sinoviectomia grandi e medie articolazioni (come unico intervento)	III
● 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 più cemento	V
● Tetto cotiloideo, ricostruzione di	V
● Toilette chirurgica e piccole suture	I
● Traslazione muscoli cuffia e rotatori della spalla	IV
● Tumori ossei e forme pseudo tumorali, grandi segmenti o articolazioni, asportazione di	V
● 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 vertebrotonomia (trattamento completo)	VI
● Vokmann, intervento per retrazioni ischemiche	V
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - TENDINI - MUSCOLI - APONEVROSI - NERVI PERIFERICI	
● Biopsia muscolare	I
● Deformità ad asola	IV
● Dito a martello	II
● Gangli tendinei e/o artrogeni, asportazione di	II
● Tenolisi (come unico intervento)	II
● Tenoplastica, mioplastica, miorrafia	III

• Tenorrafia complessa	III
• Tenorrafia semplice	II
• Tenotomia, miotomia, aponeurotomi (come unico intervento)	III
• Trapianti tendinei e muscolari o nervosi (trattamento completo)	IV
OSTETRICIA	
• Aborto terapeutico	II
• Amniocentesi	II
• Amnioscopia	I
• Assistenza al parto con taglio cesareo 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
• Riduzione manuale per inversione di utero per via vaginale, intervento di	II
• Secondamento artificiale	I
OTORINO LARINGOIATRIA	
OTORINOLARINGOIATRIA - FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI	
• Ascesso peritonsillare, incisione	I
• Ascesso retro-faringeo o latero-faringeo	I
• Corpi estranei endofaringei, asportazione di	I
• Fibroma rinofaringeo	IV
• Leucoplachia, asportazione	I
• Neoplasie parafaringee	V
• Tonsillectomia	III
• Tumore benigno faringotonsillare, asportazione di	I
• Tumore maligno faringotonsillare, asportazione di	V
• Ugulotomia	I
• Velofaringoplastica	IV
OTORINOLARINGOIATRIA - NASO E SENI PARANASALI	
• Adenoidectomia	II
• Adenotonsillectomia	III
• Cateterismo seno frontale	I
• Cisti e piccoli tumori benigni delle fosse nasali, asportazione di	I
• Corpi estranei, asportazione di	I
• Diaframma coanale osseo, asportazione per via transpalatina	III
• Ematoma, ascesso del setto, drenaggio	I
• Etmoide, svuotamento radicale bilaterale	IV
• Etmoide, svuotamento radicale monolaterale	III
• Fistole oro antrali	I
• Fratture delle ossa nasali, riduzioni 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
• Rinosettoplastica ricostruttiva o funzionale (escluse finalità estetiche), compresa turbinotomia	III
• Rinosettoplastica, revisione di	II
• Seni paranasali, intervento per mucocele	IV
• Seni paranasali, intervento radicale bilaterale	V
• Seni paranasali, intervento radicale monolaterale	V
• Seno frontale, svuotamento per via esterna	II
• Seno frontale, svuotamento per via nasale	II
• Seno mascellare, puntura diameatica del	I
• 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 turbinomie funzionali	V
• Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di primo e secondo grado monolaterale allargata	V
• Setto-etmoidosfenotomia decompressiva neurovascolare radicale di terzo grado monolaterale allargata	V
• Settoplastica ricostruttiva o funzionale con turbinotomia	III
• Sinechie nasali, recisione di	I
• Speroni o creste del setto, asportazione di	I
• Tamponamento nasale anteriore (come unico intervento)	I
• Tamponamento nasale antero-posteriore (come unico intervento)	I
• Tumori benigni dei seni paranasali, asportazione di	III
• Tumori maligni del naso o dei seni, 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	
• Antroatticotomia con labirintectomia	VI
• Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea	VI
• Ascesso del condotto, incisione di	I
• Ascesso extradurale, apertura per via transmastoidea	VI
• Cateterismo tubarico (per seduta)	I
• Corpi estranei dal condotto, asportazione per via naturale con lavaggio	I
• Corpi estranei dal condotto, asportazione strumentale	I
• 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	II
• Nervo vestibolare, sezione del	VI
• Neurinoma dell'ottavo paio	VI
• Osteomi del condotto, asportazione di	II
• Petrosectomia	VI
• Petrositi suppurate, trattamento delle	V

● Polipi o cisti del padiglione o retroauricolari, asportazione di	I
● Revisione di mastoidectomia radicale, intervento di	V
● Sacco endolinfatico, chirurgia del	V
● Stapedectomia	V
● Stapedotomia	V
● Timpanoplastica con mastoidectomia	V
● Timpanoplastica senza mastoidectomia	V
● Timpanoplastica, secondo tempo di	III
● Timpanotomia esplorativa	II
● Tumori dell'orecchio medio, asportazione di	V
OTORINOLATRINGOIATRIA - 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	V
● Cordectomia con il laser	V
● Corpi estranei, asportazione in laringoscopia	I
● Diaframma laringeo, escissione con ricostruzione plastica	IV
● Laringectomia parziale	V
● Laringectomia parziale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
● Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale bilaterale	VI
● Laringectomia totale con svuotamento laterocervicale monolaterale	VI
● Laringectomia totale senza svuotamento laterocervicale	V
● Laringocele	IV
● Laringofaringectomia totale	VI
● Neoformazioni benigne, asportazione in laringoscopia	II
● Neoformazioni benigne, asportazione in microlaringoscopia	II
● Neoformazioni benigne, stenosi organiche e funzionali in microchirurgia laringea con laser CO2	II
● Nervo laringeo superiore, alcoolizzazione del	I
● Papilloma laringeo	II
● Pericondrite ed ascesso perilaringeo	II
UROLOGIA	
UROLOGIA - ENDOSCOPIA DIAGNOSTICA	
● Brushing citologico in cistoscopia (come unico intervento)	I
● Cistoscopia ed eventuale biopsia	I
● Cromocistoscopia e cateterismo ureterale bilaterale	I
● Cromocistoscopia e cateterismo ureterale monolaterale	I
● Cromocistoscopia per valutazione funzionale	I
● Ureterosopia (omnicomprensiva)	I
● Uretrocistoscopia semplice (come unico atto diagnostico)	I
UROLOGIA - ENDOSCOPIA OPERATIVA	
● Calcoli ureterali, estrazione con sonde apposite	III
● Collo vescicale e prostata, resezione endoscopica del	IV
● Collo vescicale, resezione per sclerosi recidiva	II
● Corpi estranei vescicali, estrazione cistoscopica di	II
● Elettrocoagulazione di piccoli tumori vescicali - per seduta	I
● Formazioni ureterali, resezione endoscopica di	III

● Incontinenza urinaria, intervento (Teflon)	IV
● Litotripsia ureterale con ultrasuoni, laser, etc.	IV
● Litotripsia, litolapassi vescicale endoscopica	III
● Meatotomia ureterale (come unico intervento)	I
● Meatotomia uretrale (come unico intervento)	I
● Nefrostomia percutanea bilaterale	III
● Nefrostomia percutanea monolaterale	II
● Neoplasia vescicale, resezione endoscopica di	IV
● Prostata, resezione endoscopica + 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 uretrali compresa nefrostomia	V
● Wall Stent per stenosi uretrali per via endoscopica (urolume)	II
UROLOGIA - PICCOLI INTERVENTI E DIAGNOSTICA	
● Cambio tubo cistostomico	I
● Cambio tubo pielostomico	I
UROLOGIA - PROSTATA	
● Agoaspirato/agobiopsia prostata	I
● Cura per affezione della prostata con prostathermer (per ciclo di cura annuale)	III
● Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomia (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	VI
● Litotripsia extracorporea per calcolosi renale bilaterale (trattamento completo)	V
● Litotripsia extracorporea per calcolosi renale monolaterale (trattamento completo)	IV
● Litotripsia per calcolosi renale e ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
● Litotripsia 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 linfoadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento di	VI
● Nefroureterectomia radicale più trattamento trombovascolare (compresa surrenectomia)	VI
● Pielocalicolitotomia (come unico intervento)	IV
● Pielocentesi (come unico intervento)	I
● Pielonefrolitotomia complessa (nefrotomia e/o bivalve), intervento di	V
● Pielouretero plastica per stenosi del giunto	V

● Surrenectomia (trattamento completo)	VI
● Trapianto di rene	VII
UROLOGIA - URETERE	
● Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale bilaterale (trattamento completo)	V
● Litotripsia extracorporea per calcolosi ureterale monolaterale (trattamento completo)	IV
● Transuretero-ureteroanastomosi	IV
● Uretero-ileo-anastomosi bilaterale	V
● Uretero-ileo-anastomosi monolaterale	V
● Ureterocistoneostomia bilaterale	V
● Ureterocistoneostomia monolaterale	III
● Ureterocutaneostomia bilaterale	VI
● Ureterocutaneostomia monolaterale	V
● Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (bilaterale), intervento di	VI
● Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di	VI
● Ureteroileocutaneostomia non continente	V
● Ureterolisi più omentoplastica	III
● Ureterolitotomia lombo-iliaca	IV
● Ureterolitotomia pelvica	V
● Ureterosigmoidostomia bilaterale	V
● Ureterosigmoidostomia monolaterale	V
UROLOGIA - URETRA	
● Calcoli o corpi estranei, 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 meatoplastica	II
● Polipi del meato, coagulazione di	I
● Prolasso mucoso 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 (lambi liberi o peduncolati), trattamento completo	V
● Uretrostomia 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 prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder	VI
● Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa	VI
● Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia	VI
● Cistolitotomia (come unico intervento)	II
● Cistopessi	III
● Cistorrafia per rottura traumatica	III
● Cistostomia sovrapubica	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 sovrapubica, 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 bilaterale	V
● Vescicoplastica antireflusso unilaterale	V

ALLEGATO 3 - LIMITI DI RIMBORSO PER EQUIPE OPERATORIA (solo per la GARANZIA "RIMBORSO SPESE SANITARIE CLASSIC")

APPARATO GENITALE MASCHILE
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 2.100 <ul style="list-style-type: none"> Circoncisione di fimosi con o senza frenulo plastica
CHIRURGIA GENERALE
INTESTINO DIGIUNO - ILEO - COLON - RETTO - ANO <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 <ul style="list-style-type: none"> Intervento chirurgico radicale per emorroidi e ragadi Intervento chirurgico radicale per emorroidi Fino a Euro 3.800 <ul style="list-style-type: none"> Appendicectomia semplice a freddo Fino a Euro 5.700 <ul style="list-style-type: none"> Appendicectomia con peritonite diffusa FEGATO E VIE BILIARI <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 6.100 <ul style="list-style-type: none"> Colecistectomia PARETE ADDOMINALE <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 5.700 <ul style="list-style-type: none"> Intervento per laparocèle Fino a Euro 4.100 <ul style="list-style-type: none"> Interventi per ernie addominali
CHIRURGIA DELLA MAMMELLA
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 1.300 <ul style="list-style-type: none"> Asportazione di neoplasie e/o cisti benigne
CHIRURGIA DELLA MANO
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 <ul style="list-style-type: none"> Aponeurectomia per morbo di Dupuytren Interventi per morbo di Notta (dito a scatto), morbo di Quervan, tenosiviti Sindromi del tunnel carpale
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
INTERVENTI CRUENTI <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 7.700 <ul style="list-style-type: none"> Ernia del disco Fino a Euro 4.900 <ul style="list-style-type: none"> Intervento alla cuffia dei rotatori con o senza acromioplastica Meniscectomia (in artroscopia)+rimozione di corpi mobili+condroabrasione (trattamento completo) Osteosintesi medi segmenti Fino a Euro 10.900 <ul style="list-style-type: none"> Osteosintesi grandi segmenti Fino a Euro 4.400 <ul style="list-style-type: none"> Osteosintesi piccoli segmenti

CHIRURGIA VASCOLARE
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.800 <ul style="list-style-type: none"> 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) Fino a Euro 1.600 <ul style="list-style-type: none"> Varicectomia con o senza legatura di vene comunicanti (come unico intervento)
GINECOLOGIA
<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 1.600 <ul style="list-style-type: none"> Asportazione di cisti ovarica intralegamentosa Miomectomie per via laparotomica e ricostruzione plastica dell'utero Fino a Euro 2.800 <ul style="list-style-type: none"> Miomectomie per via vaginale Isteroscopia operativa: intervento per ablazione endometriale, rimozione di corpi estranei, intervento per sinechie-setti-fibromi-polipi Fino a Euro 14.200 <ul style="list-style-type: none"> Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con o senza linfoadenectomia Fino a Euro 14.200 <ul style="list-style-type: none"> Intervento di isterectomia totale semplice, con annessiectomia mono/bilaterale per via laparotomica o per via vaginale
OCULISTICA
CRISTALLINO <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 2.900 <ul style="list-style-type: none"> Catarrata, asportazione con eventuale impianto di cristallino artificiale in camera anteriore o posteriore
OTORINOLARINGOIATRIA
FARINGE - CAVO ORALE - OROFARINGE - GHIANDOLE SALIVARI <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 <ul style="list-style-type: none"> Tonsillectomia NASO E SENI PARANASALI <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 <ul style="list-style-type: none"> Adenotonsillectomia Settoplastica ricostruttiva o funzionale con o senza turbinotomia
UROLOGIA
ENDOSCOPIA OPERATIVA <ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 3.300 <ul style="list-style-type: none"> Calcoli uretrali, estrazione con sonde apposite Fino a Euro 7.100 <ul style="list-style-type: none"> Prostata, resezione endoscopica della + vaporizzazione (TURP, TUVF)

APPENDICE NORMATIVA

In questa parte sono riportati nel dettaglio le note riportate e i riferimenti agli articoli di Legge richiamati nelle Condizioni di Assicurazione che precedono.

- (1) Pratica chirurgica per unire e rendere stabili, tramite utilizzo di mezzi metallici, i frammenti ossei di una frattura.
- (2) Le gare di regolarità sono delle competizioni a carattere non agonistico come, per esempio, i raduni di auto e di moto
- (3) Le gare di regolarità sono delle competizioni a carattere non agonistico come, per esempio, i raduni di auto e di moto
- (4) Le gare di regolarità sono delle competizioni a carattere non agonistico come, per esempio, i raduni di auto e di moto
- (5) Le gare di regolarità sono delle competizioni a carattere non agonistico come, per esempio, i raduni di auto e di moto
- (6) Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124

Vittoria con te

**Salute e
benessere**

SEZIONE ASSISTENZA



**Vittoria
Assicurazioni**

CHI PROTEGGE SE STESSO, PROTEGGE GLI ALTRI

GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo

Nelle presenti condizioni di assicurazione alcuni termini sono riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO". Il significato attribuito a tali termini è riportato qui di seguito oppure nel Glossario presente ne "Il contratto dalla A alla Z".

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- **ASSICURATO:** la persona fisica, domiciliata e residente in Italia, il cui interesse è protetto dall'assicurazione. Relativamente alla **GARANZIA "ASSISTENZA MICRO-MOBILITA"**, il **CONTRAENTE** ed i familiari con lui conviventi, come risultanti dallo stato di famiglia.
- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** l'assistenza prestata da personale dotato di specifico diploma.
- **BICICLETTA:** veicolo con due ruote o più ruote funzionanti a propulsione muscolare, per mezzo di pedali o di analoghi dispositivi, a pedalata assistita (così come definite dalla Direttiva Europea 2002/24/CE), azionati dalle persone che si trovano sul veicolo di ingombro non superiore a 1,30 m di larghezza, 3 m di lunghezza e 2,20 m di altezza.
- **DISPOSITIVO A MOTORE ELETTRICO: VEICOLO** di trasporto per la mobilità personale, a propulsione prevalentemente elettrica, ovvero hoverboard, monopattini elettrici e monowheel, per come identificati dalle normative emanate dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti ⁽¹⁾.
- **DOMICILIO:** il luogo in Italia in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale, come risultante da certificato anagrafico.
- **GUASTO:** danno subito dal **VEICOLO** per usura, difetto, rottura, mancato funzionamento di sue parti meccaniche, foratura, scoppio, squarcio della gomma, con esclusione di batteria esaurita, tali da rendere impossibile per l'**ASSICURATO** l'utilizzo della stessa in condizioni normali.
- **INCIDENTE:** il **SINISTRO**, subito dal **VEICOLO** in circolazione, non voluto, dovuto a: imperizia, negligenza, inosservanza di norme e regolamenti od a caso fortuito connesso alla circolazione stradale, che provoca danni al **VEICOLO** tali da rendere impossibile all'**ASSICURATO** l'utilizzo dello stesso in condizioni normali.
- **INFORTUNIO: SINISTRO** dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili. Relativamente alla **GARANZIA "ASSISTENZA MICRO-MOBILITA"**, il **SINISTRO** in copertura è quello subito durante la circolazione e l'impiego del **VEICOLO**.
- **IN VIAGGIO:** qualunque località ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'**ASSICURATO**.
- **ISTITUTO DI CURA:** l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera.
Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche ed affini, le case di riposo.
- **MALATTIA:** improvvisa alterazione dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO**.
- **PRESTAZIONE:** l'assistenza da erogarsi in natura, e cioè l'aiuto che deve essere fornito all'**ASSICURATO**, nel momento del bisogno, da parte della **SOCIETÀ**, tramite la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, in caso di **SINISTRO**.
- **RICOVERO:** la degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.
- **SEGWAY: VEICOLO** di trasporto individuale, a propulsione elettrica, costituito da una pedana e munito di due ruote orientabili mediante manubrio, per come identificato all'art. 2 del decreto N° 229 del 4/6/2019 del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti.
- **SINISTRO:** il verificarsi del fatto che provoca il danno per il quale è prestata l'assicurazione e che determina la richiesta di **PRESTAZIONE** da parte dell'**ASSICURATO**. Relativamente alle **GARANZIA "ASSISTENZA MICRO-MOBILITA"**, per **SINISTRO** si intende il singolo fatto o avvenimento che renda impossibile l'utilizzo del **VEICOLO**, dipendente da **GUASTO** o **INCIDENTE** accaduto durante la circolazione e l'impiego del **VEICOLO**.

- **STRUTTURA ORGANIZZATIVA:** la struttura di Mapfre Asistencia Italia, Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi, in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la **SOCIETÀ**, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto con l'**ASSICURATO** ed organizza e eroga, con costi a carico della **SOCIETÀ** stessa, le **PRESTAZIONI** di assistenza previste in **POLIZZA**.
- **VEICOLO:** la **BICICLETTA**, i **SEGWAY**, i **DISPOSITIVI A MOTORE ELETTRICO**, per come disciplinati nella presente **POLIZZA**.

OGGETTO DEL CONTRATTO

1 - Cosa è assicurato?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le garanzie della presente SEZIONE; queste **GARANZIE** sono valide solo se espressamente richiamate in **POLIZZA**.

Le seguenti **GARANZIE**, ferme le esclusioni e le eventuali **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI** e limiti di **INDENNIZZO** previsti dalle presenti condizioni di assicurazione ed indicati nel dettaglio nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?", saranno operative solamente se scelte dal **CONTRAENTE** ed espressamente richiamate in **POLIZZA**.

1.1 - ASSISTENZA PERSONA

Sono garantite all'**ASSICURATO** le seguenti **PRESTAZIONI**:

- **Ambulanza per il trasporto in Istituto di Cura**
Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di un trasporto in autoambulanza per un **RICOVERO** urgente, dal proprio **DOMICILIO** all'**ISTITUTO DI CURA** più vicino, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede ad inviare l'autoambulanza.
Il relativo costo è a carico della **SOCIETÀ**, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".
- **Anticipo spese mediche**
Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, deve sostenere delle spese mediche e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** anticipa, per conto dell'**ASSICURATO**, il pagamento delle fatture a esse relative, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".
L'**ASSICURATO** deve comunicare la causa della richiesta, la cifra necessaria, il suo recapito e sottoscrivere un modulo di referenze che consenta di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.
L'**ASSICURATO** deve rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine deve restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.
La **PRESTAZIONE** è operante per **SINISTRI** avvenuti ad oltre 50 km dal comune di residenza.
- **Assistenza infermieristica presso l'Istituto di Cura**
Se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, l'**ASSICURATO**, durante un periodo di **RICOVERO** in **ISTITUTO DI CURA**, necessita di **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** la reperirà e la metterà a disposizione, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".
- **Baby sitter per minori (in Italia)**
Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, viene ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni oppure, a seguito di un **RICOVERO** in un **ISTITUTO DI CURA**, è temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 (quindici) anni, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** segnalerà il nominativo di una baby sitter tra quelle disponibili nella zona in cui si trova l'**ASSICURATO** e la invierà presso il suo **DOMICILIO**, compatibilmente con le disponibilità locali. Il costo della baby sitter sarà a carico della **SOCIETÀ**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".
- **Collaboratrice familiare (in Italia)**
Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, è stato ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni ed è temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare tra quelle disponibili nella zona in cui si trova l'**ASSICURATO** e la invierà presso il suo **DOMICILIO**, compatibilmente con le disponibilità locali. Il costo della collaboratrice familiare sarà a carico della **SOCIETÀ**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".
- **Consigli medici telefonici generici e specialistici**
Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di una consulenza medica

generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici di cui la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** si avvale, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la **PRESTAZIONE** più opportuna per lui.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

Si precisa che tale consulto non vale quale diagnosi ed è prestato sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

- **Informazioni sanitarie**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, su semplice richiesta telefonica dell'**ASSICURATO** a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, attraverso la propria equipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- centri antiveleni in Italia;
- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- farmacie di turno;
- ospedali con PS pediatrico;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli **ISTITUTI DI CURA**;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, etc.) nell'ambito del sistema sanitario nazionale.

La **PRESTAZIONE** è operante da lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

- **Interprete a disposizione**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, è ricoverato in un **ISTITUTO DI CURA** all'estero ed è necessario un interprete per favorire la comunicazione e lo scambio di informazioni tra l'**ASSICURATO** e i medici curanti, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà a reperire un interprete.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Invio di un fisioterapista (in Italia)**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di una **MALATTIA** o di un **INFORTUNIO**, indipendentemente da **RICOVERO** e/o intervento chirurgico, necessita di essere assistito da un fisioterapista, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** reperisce ed invia, compatibilmente con le disponibilità locali, un fisioterapista presso il **DOMICILIO** dell'**ASSICURATO**.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Invio di un infermiere (in Italia)**

Se l'**ASSICURATO**, nelle due settimane successive al rientro dal **RICOVERO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, deve essere assistito da un infermiere, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** reperisce ed invia, compatibilmente con le disponibilità locali, un infermiere presso il **DOMICILIO** dell'**ASSICURATO**.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente (in Italia)**

Se l'**ASSICURATO** convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** invierà presso il **DOMICILIO** dell'**ASSICURATO**, compatibilmente con le disponibilità locali, un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente.

Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile ai sensi della legge 104/1992.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Invio di un medico generico o di un'ambulanza (in Italia)**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, necessita di una visita medica urgente al

proprio **DOMICILIO** e non riesce a reperire il proprio medico curante, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** invia presso il **DOMICILIO** dell'**ASSICURATO** un medico convenzionato.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, e sempre che l'intervento del medico sia urgente, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** organizzerà, in alternativa e in accordo con l'**ASSICURATO**, il suo trasferimento nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

La **PRESTAZIONE** è operante dalle ore 20:00 alle ore 8:00 nei giorni feriali o durante i giorni festivi.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi.

- **Recapito di medicinali urgenti all'estero**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** o **MALATTIA** nel corso di un viaggio all'estero, necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di una specialità medicinale regolarmente registrata in Italia e quelle reperibili sul posto non sono equivalenti, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede a far pervenire all'**ASSICURATO** quanto necessario, con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali.

L'**ASSICURATO** dovrà specificare con precisione: nome del medicinale, modalità di somministrazione (se pillole, fiale, etc.) ed eventualmente la casa farmaceutica.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi dell'invio dei medicinali.

- **Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici (in Italia)**

Se l'**ASSICURATO**, in seguito a **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, deve sottoporsi a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi del sangue, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico e la visita presso lo specialista e/o il laboratorio di analisi ematochimiche secondo le esigenze dell'**ASSICURATO**.

- **Rientro salma**

Se l'**ASSICURATO**, in seguito a **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, è deceduto, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede ad organizzare il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

La **PRESTAZIONE** è operante per **SINISTRI** avvenuti ad oltre 50 km dal comune di residenza.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Rientro degli altri Assicurati**

In caso di rientro sanitario dell'**ASSICURATO** in base alle condizioni previste nella **PRESTAZIONE** indicata al punto "Rientro sanitario", se le persone in viaggio con l'**ASSICURATO**, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

La **PRESTAZIONE** è operante per **SINISTRI** avvenuti ad oltre 50 km dal comune di residenza.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, necessita di un **RICOVERO** in un **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'**ASSICURATO** ricoverato.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i costi dei biglietti di viaggio.

Se l'**ASSICURATO** necessita di assistenza personale, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ricercherà e prenoterà un albergo per il familiare, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

Ai fini dell'erogazione da parte della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, le **PRESTAZIONI** qui di seguito elencate dovranno essere attivate dall'**ASSICURATO** con almeno 48 ore di anticipo.

- **Fornitura di attrezzature medico-chirurgiche (in Italia)**

Se, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, si rendono necessarie all'**ASSICURATO** una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;

- letto ortopedico;

- materasso antidecubito,

la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'**ASSICURATO**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

• **Consegna medicinali (in Italia)**

Se a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, l'**ASSICURATO** necessita, sulla base di specifica indicazione medica scritta, di medicinali e non è in grado di occuparsi personalmente del loro ritiro, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede ad organizzare:

- il ritiro della relativa indicazione medica scritta presso il **DOMICILIO** dell'**ASSICURATO** e del denaro necessario all'acquisto dei medicinali;
- l'acquisto e la consegna a domicilio di quanto indicato dal medico curante.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il costo della consegna dei medicinali.

• **Rientro sanitario**

Se l'**ASSICURATO**, in caso di **INFORTUNIO** o **MALATTIA**, necessita di essere trasferito al proprio **DOMICILIO** o ad un **ISTITUTO DI CURA** della sua regione attrezzato per la specifica patologia, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, sulla base di valutazioni cliniche e previo accordo tra il medici curanti dell'**ASSICURATO**, organizza il suo trasferimento utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo alle condizioni dell'**ASSICURATO** tra i seguenti elencati:

- aereo sanitario appositamente equipaggiato;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- autoambulanza, senza limiti di percorso;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il costo del trasporto dell'**ASSICURATO**, incluse, se necessaria la loro assistenza, le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino l'**ASSICURATO** durante il viaggio.

La **PRESTAZIONE** è operante per **SINISTRI** avvenuti ad oltre 50 km dal comune di residenza.

• **Rientro del convalescente**

Se l'**ASSICURATO** convalescente, dopo un **RICOVERO** presso un **ISTITUTO DI CURA** avvenuto per **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, non è in grado di rientrare al proprio **DOMICILIO** con il mezzo inizialmente previsto (e sempreché non abbia già fruito, per lo stesso **SINISTRO**, della prestazione "Rientro Sanitario"), la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** organizza il rientro sino al suo **DOMICILIO** utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo tra i seguenti:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il costo del trasporto dell'**ASSICURATO**, incluse, se necessaria la loro assistenza, le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino l'**ASSICURATO** durante il viaggio.

La **PRESTAZIONE** è operante per **SINISTRI** avvenuti ad oltre 50 km dal comune di residenza.

• **Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato**

se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, è affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non è curabile nell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, previa analisi del quadro clinico dell'**ASSICURATO** e d'accordo con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'**ISTITUTO DI CURA** ritenuto più attrezzato per la patologia dell'**ASSICURATO**;
- organizzare il trasporto dell'**ASSICURATO** con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra i seguenti:
- aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il costo del trasporto dell'**ASSICURATO**, incluse, se necessaria la loro assistenza, le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino l'**ASSICURATO** durante il viaggio.

• **Rientro dal centro ospedaliero attrezzato**

Quando l'**ASSICURATO**, in conseguenza della **PRESTAZIONE** "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo il **RICOVERO**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvederà al rientro fino al suo **DOMICILIO** con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra i seguenti

elencati:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il costo del trasporto dell'**ASSICURATO**, incluse, se necessaria la loro assistenza, le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino l'**ASSICURATO** durante il viaggio.

- **Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di essere trasferito presso un **ISTITUTO DI CURA** specializzato per essere ricoverato, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** – sulla base di valutazioni cliniche dei medici di cui si avvale e del medico curante, i quali ritengano che altri **ISTITUTI DI CURA** siano particolarmente idonei alla cura della **MALATTIA** o dell'**INFORTUNIO** – organizza le seguenti prestazioni:

- individuazione e prenotazione, tenuto conto della disponibilità esistente, dell'**ISTITUTO DI CURA** specializzato;
- organizzazione del trasferimento, utilizzando il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli di seguito elencati:
 - aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
 - treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- organizzazione dei contatti tra i medici e la famiglia nel corso del **RICOVERO**.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il costo del trasporto dell'**ASSICURATO**, incluse, se necessaria la loro assistenza, le spese di un medico e/o di un infermiere che accompagnino l'**ASSICURATO** durante il viaggio, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Trasporto in ambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso**

Se l'**ASSICURATO**, dopo il ricovero di primo soccorso a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di un trasporto in autoambulanza fino al suo **DOMICILIO**, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** la invierà direttamente e le spese relative sono a carico della **SOCIETÀ** con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Un accompagnatore e/o un mezzo di trasporto (in Italia)**

Se l'**ASSICURATO**, nei trenta giorni successivi alle dimissioni da un **ISTITUTO DI CURA** in cui è stato ricoverato a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di un accompagnatore e/o di un mezzo di trasporto per recarsi presso poliambulatori o **ISTITUTI DI CURA**, dove deve effettuare controlli, esami, trattamenti e cure, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede a fornire il servizio.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi, entro i limiti indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

1.2 - ASSISTENZA MICRO-MOBILITA'

Sono garantite all'**ASSICURATO** le seguenti **PRESTAZIONI**:

- ✓ **Prestazioni garantite al VEICOLO**

- **Soccorso (PRESTAZIONE operante solo per BICICLETTE e SEGWAY)**

Se la **BICICLETTA** o il **SEGWAY**, a seguito di **SINISTRO**, sono in condizioni tali da non poter essere utilizzati:

1. la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** invia all'**ASSICURATO** un mezzo di soccorso per trasportare la **BICICLETTA** o il **SEGWEY** e l'**ASSICURATO** stesso, al suo **DOMICILIO** oppure ad altra destinazione indicata dall'**ASSICURATO** stesso, entrambe, in ogni caso, entro 100 Km di tragitto dal luogo del **SINISTRO**. Entro tale limite, la **SOCIETÀ** terrà a proprio carico il relativo costo.

All'atto di richiesta telefonica di assistenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** comunicherà all'**ASSICURATO** l'eventuale eccedenza relativa ai costi per il trasporto mediante mezzo di soccorso;

in alternativa

2. l'**ASSICURATO** può provvedere in autonomia, previa autorizzazione da parte delle **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, alla spedizione della **BICICLETTA** o del **SEGWEY** al proprio **DOMICILIO** o ad altra destinazione, anticipandone i relativi costi.

La **SOCIETÀ**, a fronte dei documenti giustificativi delle spese sostenute dall'**ASSICURATO**, tiene a proprio carico il relativo costo, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

Nel caso in cui nel luogo in cui si trovi l'**ASSICURATO** al momento della richiesta di assistenza, non sia

possibile il passaggio dei mezzi di soccorso, la **PRESTAZIONE** sarà resa nelle strade adiacenti su rete stradale pubblica.

- **Servizio taxi**

1. **Condizioni valide in caso di utilizzo di BICICLETTA e di SEGWAY**

Qualora l'**ASSICURATO**, a seguito di **SINISTRO** e all'attivazione della **PRESTAZIONE** indicata al precedente punto "**Soccorso**", abbia necessità di raggiungere, dal punto in cui è avvenuto il **SINISTRO**, il suo **DOMICILIO** o altra destinazione a sua scelta, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** metterà a sua disposizione un servizio di taxi.

La **SOCIETÀ** terrà a proprio carico il costo di chiamata e del viaggio (corsa) con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

2. **Condizioni valide in caso di utilizzo di DISPOSITIVI A MOTORE ELETTRICO**

Qualora l'**ASSICURATO**, a seguito di **SINISTRO**, abbia necessità di raggiungere, dal punto in cui è avvenuto il **SINISTRO**, il suo **DOMICILIO** o altra destinazione a sua scelta, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** metterà a sua disposizione un servizio di taxi.

La **SOCIETÀ** terrà a proprio carico il costo di chiamata e del viaggio (corsa) con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

In ogni caso, non sono previsti percorsi di taxi diversi da quelli indicati e/o frazionamento della somma indicata come limite di **INDENNIZZO** a disposizione.

- **Rientro/proseguimento del viaggio (PRESTAZIONE operante solo per la BICICLETTA)**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** mette a disposizione dell'**ASSICURATO** un biglietto ferroviario (prima classe), oppure aereo (classe economica) in caso di viaggio superiore alle 6 ore, od altro mezzo di trasporto ritenuto idoneo per proseguire il suo viaggio fino alla destinazione inizialmente prevista, o per il suo ritorno al **DOMICILIO**, se, a seguito di attivazione della **PRESTAZIONE** di cui al punto precedente punto "**Soccorso**", l'**ASSICURATO IN VIAGGIO** deve lasciare la **BICICLETTA** in riparazione presso un centro specializzato e la riparazione non può essere eseguita in giornata, o se ha spedito la **BICICLETTA** al proprio **DOMICILIO**.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il relativo costo, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

- ✓ **Prestazioni garantite alla persona**

- **Consulenza medica telefonica**

A seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** può contattare la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** per usufruire di un servizio di consulto medico telefonico e disporre di informazioni e/o consigli medici generici.

Sulla base delle informazioni ricevute e dalla diagnosi del medico curante, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** valuta quindi l'erogazione della **PRESTAZIONE** di assistenza più opportuna da effettuare in favore dell'**ASSICURATO**.

Si precisa che tale **PRESTAZIONE** non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'**ASSICURATO**.

- **Invio di un medico generico a domicilio o di un'autoambulanza**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, accertata la necessità della **PRESTAZIONE**, invia uno dei medici convenzionati, se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o durante i giorni festivi, e non riesce a reperirlo.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico la relativa spesa.

Se il medico convenzionato non può intervenire personalmente, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** organizza, in via sostitutiva, il trasferimento dell'**ASSICURATO** nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo la **SOCIETÀ** a proprio carico i relativi costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**".

- **Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** invia direttamente un'ambulanza, tenendo a proprio carico la relativa spesa, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "**Ci sono limiti di copertura?**", se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso.

- **Invio di medicinali urgenti**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** invia, con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali), specialità medicinali commercializzate in Italia ma irrimediabili sul posto di cui l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, necessita urgentemente,

secondo parere del medico curante.

Restano a carico dell'**ASSICURATO** i costi dei prodotti medicinali stessi.

- **Viaggio di un familiare e spese di soggiorno**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** mette a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'**ASSICURATO** ricoverato se, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, quest'ultimo necessita di un ricovero in un **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico il relativo costo.

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, inoltre, ricerca e prenota un albergo per il familiare se l'**ASSICURATO** necessita di assistenza personale, tenendo la **SOCIETÀ** a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*"

- **Informazioni sanitarie**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, su semplice richiesta telefonica dell'**ASSICURATO**, tramite la propria equipe medica fornisce informazioni relativamente a:

- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni utili alla terapia prescritta;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti.

La **PRESTAZIONE** è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali.

Relativamente alle **PRESTAZIONI** che seguono, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, definirà preventivamente le modalità di erogazione del servizio; a tal fine, ogni **PRESTAZIONE** dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo per consentire alla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** di organizzare il servizio stesso.

- **Assistenza infermieristica presso l'ISTITUTO DI CURA**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** reperisce un infermiere se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, durante un periodo di ricovero in **ISTITUTO DI CURA**, necessita di essere assistito.

La **SOCIETÀ** ne assume le spese con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*".

- **Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato**

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, è affetto da una patologia non curabile, per caratteristiche obiettive, nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, previa analisi del quadro clinico dell'**ASSICURATO** e d'intesa con il medico curante, provvede a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'**ISTITUTO DI CURA** italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'**ASSICURATO**;
- organizzare il trasporto dell'**ASSICURATO** con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
 - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ed effettuato a spese della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

- **Traduzione della cartella clinica**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** raccoglie e traduce la documentazione clinica e diagnostica necessaria per permettere ai medici dell'**ISTITUTO DI CURA** di destinazione di recepire le informazioni necessarie per la pronta presa in carico della patologia diagnosticata, se l'**ASSICURATO** usufruisce della **PRESTAZIONE** di cui al punto "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato".

- **Rientro dal centro ospedaliero attrezzato**

Se l'**ASSICURATO**, in conseguenza della **PRESTAZIONE** di cui al punto "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** provvede al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** ed effettuato a spese della **SOCIETÀ**, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

- **Invio di un infermiere a domicilio**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** reperisce ed invia, compatibilmente con le disponibilità locali, un infermiere presso l'**ABITAZIONE**, se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, che abbia determinato l'intervento di autoambulanza o l'accesso al pronto soccorso certificati da documentazione medica, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, necessita di essere assistito, nelle sei settimane successive al **SINISTRO**.

La **SOCIETÀ** ne assume le spese con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

- **Invio di un fisioterapista**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** reperisce ed invia, compatibilmente con le disponibilità locali, un fisioterapista presso l'**ABITAZIONE**, se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, che abbia determinato l'intervento di autoambulanza o l'accesso al pronto soccorso certificati da documentazione medica, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, necessita di essere assistito, nelle sei settimane successive al **SINISTRO**.

La **SOCIETÀ** ne assume le spese con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

- **Fornitura di attrezzature medico chirurgiche**

Se, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, che abbia determinato l'intervento di autoambulanza o l'accesso al pronto soccorso certificati da documentazione medica, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, sono necessarie all'**ASSICURATO**, nelle sei settimane successive al **SINISTRO**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico,

la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, compatibilmente con le disponibilità locali, fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'**ASSICURATO**.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico i relativi costi con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

- **Baby-sitter per minori**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, nelle sei settimane successive al **SINISTRO**, segnala il nominativo di una baby-sitter nella zona in cui si trova l'**ASSICURATO**, compatibilmente con le disponibilità locali, se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, viene ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni, oppure, a seguito di un ricovero in **ISTITUTO DI CURA** è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 (quindici) anni.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico le relative spese con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo capitolo 4 "Ci sono limiti di copertura?".

- **Collaboratrice familiare**

La **STRUTTURA ORGANIZZATIVA**, nelle sei settimane successive al **SINISTRO**, segnala il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'**ASSICURATO**, compatibilmente con le disponibilità locali, se l'**ASSICURATO**, a seguito di **INFORTUNIO** dovuto a **SINISTRO**, è stato ricoverato in **ISTITUTO DI CURA** per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche.

La **SOCIETÀ** tiene a proprio carico le relative spese con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel successivo

capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

2 - Quali opzioni o personalizzazioni è possibile attivare?

Il **CONTRAENTE** può attivare la seguente **GARANZIA** opzionale con il pagamento di un **PREMIO** aggiuntivo, operativa se espressamente richiamata in **POLIZZA**, ferme le esclusioni e gli eventuali **SCOPERTI** e **LIMITI** di **RIMBORSO** previsti nel successivo Capitolo 4 "Ci sono limiti di copertura?".

2.1 - SECONDA OPINIONE MEDICA

(valida se attiva la **GARANZIA "Assistenza Persona"**)

Se l'**ASSICURATO**, a seguito di **MALATTIA** o **INFORTUNIO**, necessita di un approfondimento medico-specialistico, potrà contattare la **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** la quale procederà alla raccolta preliminare delle informazioni relative alle esigenze connesse al suo stato di salute al fine di organizzare un collegamento telefonico o video tramite piattaforma web tra l'**ASSICURATO** ed il medico specialista affinché quest'ultimo possa fornire un parere su risultati di esami effettuati, terapie prescritte o seguite, approfondimenti rispetto ad un'opinione medica precedentemente ricevuta.

La **SOCIETÀ** terrà a proprio carico le relative spese, con i limiti indicati nel capitolo "Ci sono limiti di copertura?".

La **PRESTAZIONE** è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi.

Si precisa che tali video consulti medici, considerate le modalità di prestazione del servizio, non costituiscono diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni e dichiarazioni fornite a distanza dall'**ASSICURATO**.

3 - Cosa NON è assicurato?

In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i RISCHI esclusi dalle coperture assicurative.

Fatta eccezione per i casi di comprovata ed oggettiva forza maggiore, l'ASSICURATO non potrà ottenere le PRESTAZIONI da parte della SOCIETÀ se non contatta la STRUTTURA ORGANIZZATIVA al momento del SINISTRO e se la stessa non organizza e/o autorizza esplicitamente l'intervento.

Non sono assicurabili le persone che abbiano compiuto il 75° anno di età.

Per gli ASSICURATI che raggiungono tale età nel corso della durata della POLIZZA, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del PREMIO e cessa al compimento di detto termine. Nel caso in cui l'ASSICURATO abbia continuato a pagare regolarmente il PREMIO dopo il compimento dell'età suddetta, l'assicurazione sarà comunque operante, a meno che il PREMIO non sia stato restituito dalla SOCIETÀ.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- A.I.D.S. o sindromi correlate.

La sopravvenienza in corso di POLIZZA delle predette situazioni a carico dell'ASSICURATO costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione.

In tal caso, la SOCIETÀ restituisce al CONTRAENTE la parte di PREMIO, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui la SOCIETÀ ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il PREMIO stesso.

La GARANZIA "ASSISTENZA MICRO-MOBILITÀ" non è operante:

- in caso di VEICOLI aventi caratteristiche meccaniche e prestazionali non conformi rispetto a quelle previste dalle disposizioni in vigore;
- per veicoli diversi da BICICLETTA, SEGWAY e DISPOSITIVI A MOTORE ELETTRICO.

4 - Ci sono limiti di copertura?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è prestata la GARANZIA: FRANCHIGIE, SCOPERTI, limiti e sottolimiti previsti dal CONTRATTO.

Salvo diversa indicazione all'interno delle singole PRESTAZIONI e a quanto indicato nel capitolo 4 "Ci sono limiti di copertura?", le PRESTAZIONI possono essere eseguite in favore di ciascun ASSICURATO massimo tre volte per tipo nel corso della stessa annualità assicurativa ed al verificarsi di tre SINISTRI distinti.

La GARANZIA "ASSISTENZA PERSONA":

- opera in tutto il mondo;
- si intende sospesa in caso di permanenza continuativa dell'ASSICURATO al di fuori del territorio italiano superiore a 180 giorni.

La GARANZIA "ASSISTENZA MICRO-MOBILITÀ": opera sul territorio italiano, della Repubblica di San Marino, dello Stato della Città del Vaticano e nei Paesi dell'Unione Europea.

4.1 - ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante in caso di:

- MALATTIE insorte prima della sottoscrizione della POLIZZA e già conosciute dall'ASSICURATO (MALATTIE preesistenti);
- rinuncia o ritardo da parte dell'ASSICURATO nell'accettare le PRESTAZIONI proposte dalla STRUTTURA ORGANIZZATIVA;
- dimissioni volontarie dell'ASSICURATO contro il parere dei sanitari dell'ISTITUTO DI CURA presso il quale egli si trova ricoverato;
- circostanze eccezionali di entità e gravità tale da richiedere misure restrittive da parte delle autorità competenti (nazionali e/o internazionali) al fine di ridurre il rischio alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo.

Pertanto, tutte le **PRESTAZIONI** erogate per tramite della **STRUTTURA ORGANIZZATIVA** saranno compiute in conformità e nei limiti fissati dalle leggi e/o dalle disposizioni amministrative nazionali ed internazionali, salvo cause di forza maggiore.

Le **PRESTAZIONI** non sono fornite negli Stati che, al momento del **SINISTRO**, si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto, o che comunque sono indicati come paesi sconsigliati nelle comunicazioni ufficiali del ministero degli esteri e nel sito web "www.viaggiareassicuri.it".

Se l'**ASSICURATO** non usufruisce di una o più **PRESTAZIONI** relative alla **POLIZZA**, la **SOCIETÀ** non è tenuta a fornire indennizzi o **PRESTAZIONI** alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

La **SOCIETÀ** non si assume la responsabilità per i danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

La **SOCIETÀ** non può sostituirsi agli organismi locali o nazionali di soccorso o di emergenza; pertanto non risponde di eventuali spese conseguenti al loro intervento.

La **GARANZIA "ASSISTENZA PERSONA"** non è operante:

- per i **SINISTRI** provocati o dipendenti da guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- per i **SINISTRI** conseguenti a trattamenti medico/chirurgici con finalità estetiche;
- per i **SINISTRI** avvenuti per effetto di uso di stupefacenti, allucinogeni, alcolici, psicofarmaci, dolo o colpa grave dell'**ASSICURATO**;
- per i **SINISTRI** conseguenti a suicidio o tentato suicidio;
- in caso di coinvolgimento dell'**ASSICURATO** in qualsiasi atto illecito o criminoso;
- in caso di espianto e/o trapianto di organi;
- in caso di virus da immunodeficienza umana (HIV), sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), **MALATTIE** sessualmente trasmissibili e relative complicanze o **MALATTIE** connesse;
- in caso di **MALATTIE** mentali e **MALATTIE** nervose;
- in caso di **MALATTIE** dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- in caso di **INFORTUNI** derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;

La **PRESTAZIONE "Anticipo spese mediche"** della **GARANZIA "ASSISTENZA PERSONA"**, non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'**ASSICURATO**.

Relativamente alla **PRESTAZIONE "Recapito di medicinali urgenti"** della **GARANZIA "ASSISTENZA PERSONA"**, sono esclusi i costi dei prodotti medicinali e la **PRESTAZIONE** non potrà in alcun caso essere concessa in relazione a un trattamento a lungo termine che richieda consegne regolari. Sono inoltre esclusi dalla consegna i farmaci in classe A, ritenuti essenziali (salvavita) e classe H che per caratteristiche farmacologiche, o per innovatività o per altri motivi di sicurezza, non possono essere utilizzati al di fuori degli **ISTITUTI DI CURA**.

Relativamente alla **PRESTAZIONE "Rientro salma"** della **GARANZIA "ASSISTENZA PERSONA"**, sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

Relativamente alla **PRESTAZIONE "Consegna medicinali"** della **GARANZIA "ASSISTENZA PERSONA"**, sono esclusi i costi dei medicinali.

La **GARANZIA "ASSISTENZA MICRO-MOBILITÀ"** non è operante:

- per i **SINISTRI** derivanti dall'uso professionale del **VEICOLO**;
- se la circolazione avviene con modalità non conformi a quanto previsto nel decreto n. 229 del 4 giugno 2019 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e nelle disposizioni comunali emanate in materia;

- per i **SINISTRI** provocati o dipendenti da guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- per i **SINISTRI** avvenuti per effetto di uso di stupefacenti, allucinogeni, alcolici, psicofarmaci e, comunque, dolo dell'**ASSICURATO**;
- per i **SINISTRI** da azioni dolose compiute o tentate dall'**ASSICURATO**, suicidio, tentato suicidio, atti di autolesionismo dell'**ASSICURATO**;
- per i **SINISTRI** avvenuti durante la partecipazione a gare o competizioni, relative prove o allenamenti, ivi compresi tutti i **SINISTRI** sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale; avvenuti durante la pratica di handbike, sport estremi (es. down-hill), sport acrobatici (es. BMX acrobatico), etc;
- per i **SINISTRI** avvenuti durante la circolazione in strutture aeroportuali, dove non hanno libero accesso i **VEICOLI** privati;
- in caso di uso del **VEICOLO** all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici e automobilistici;
- in caso di uso del **VEICOLO** da parte di persona in stato di ebbrezza e nei cui confronti sia stata ravvisata la violazione dell'art. 186 del Codice della Strada e successive modifiche;
- in caso di uso del **VEICOLO** da parte di persona sotto l'influenza di sostanze stupefacenti e nei cui confronti sia stata ravvisata la violazione dell'art. 187 del Codice della Strada e successive modifiche.

Per la **PRESTAZIONE "Soccorso"** di cui all'articolo 1.2 "**ASSISTENZA MICRO-MOBILITÀ**", è escluso il soccorso al di fuori della rete stradale pubblica o di aree ad essa equivalenti (percorsi fuori strada). Sono inoltre escluse le spese relative all'intervento di mezzi eccezionali per il recupero del **VEICOLO**.

4.2 - LIMITI DI INDENNIZZO

Salvo quanto diversamente pattuito tra le **PARTI** ed indicato in **POLIZZA**, le condizioni di assicurazione prevedono l'applicazione di limiti di **INDENNIZZO** nei casi indicati di seguito.

Cosa si intende per "limite di INDENNIZZO"?

Per limite di **INDENNIZZO** si intende l'importo massimo entro il quale la **SOCIETÀ** è impegnata ad offrire la prestazione assicurativa, rappresenta quindi l'obbligazione massima della **SOCIETÀ** in caso di **SINISTRO**, per capitale, interessi e spese per una determinata garanzia.

Il limite di **INDENNIZZO** può essere fissato per ogni **SINISTRO** e/o per anno assicurato.

Esempi di applicazione di limite di **INDENNIZZO** per una determinata garanzia

- 1) limite di **INDENNIZZO** € 200,00 per **SINISTRO**: la **SOCIETÀ** pagherà massimo € 200,00 per ciascun **SINISTRO**; non è fissato un limite per anno, quindi la **SOCIETÀ** pagherà tutti i sinistri che avverranno nel corso dell'anno assicurato (max € 200,00 ciascuno);
- 2) limite di **INDENNIZZO** € 200,00 per **SINISTRO** e per anno: la **SOCIETÀ** pagherà massimo € 200,00 nel corso dell'anno assicurato (es. 2 sinistri da € 100,00 ciascuno o 1 sinistro da € 200,00);
- 3) limite di **INDENNIZZO** € 200,00 per **SINISTRO** e € 500,00 per anno: in questo caso la **SOCIETÀ** pagherà massimo € 500,00 nel corso dell'anno assicurato, ma mai più di € 200,00 per ogni singolo **SINISTRO**.

Applicazione dei Limiti di INDENNIZZO.

Garanzia	Prestazioni	Limite di INDENNIZZO (per anno assicurativo salvo diversa indicazione)
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Ambulanza per il trasporto in Istituto di Cura	Max € 200 per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Anticipo spese mediche	Max € 2.600 per SINISTRO

ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Assistenza infermieristica presso l'Istituto di Cura	Max € 500
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Baby sitter per minori (in Italia)	Max € 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Collaboratrice familiare (in Italia)	Max € 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Interprete a disposizione	Max € 150
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Invio di un fisioterapista (in Italia)	Max € 300
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Invio di un infermiere (in Italia)	Max € 500
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente (in Italia)	Max € 500 per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Rientro salma	Max € 2.600 per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Rientro degli altri Assicurati	Max € 500 per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)	Max € 100 per notte, per un massimo di 3 notti per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Fornitura di attrezzature medico-chirurgiche (in Italia)	Max € 500
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato	Max € 26.000 per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Trasporto in ambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso	300 km di percorso complessivo (ospedale - casa e ritorno) per SINISTRO
ASSISTENZA PERSONA (art. 1.1)	Un accompagnatore e/o un mezzo di trasporto	Max € 500
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite al VEICOLO	Soccorso	Costo di max KM 100 (tragitto dal luogo del SINISTRO) per mezzo di soccorso oppure max € 200 per spedizione BICICLETTA o del SEGWAY , per SINISTRO
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite al VEICOLO	Servizio Taxi	1. € 50 per SINISTRO 2. € 25 per SINISTRO
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite al	Rientro/proseguimento del viaggio	€ 250 per SINISTRO

VEICOLO		
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Consulenza medica telefonica	Costo consulenza medica telefonica
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Invio di un medico generico a DOMICILIO o di un'autoambulanza	Costo dell'invio del medico oppure di max KM 300 (a/r) per autoambulanza, per SINISTRO
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Trasporto in autoambulanza in Italia dopo ricovero di primo soccorso	Costo trasporto per max KM 300 (a/r) per SINISTRO
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Invio di medicinali urgenti	Costo invio medicinali
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Viaggio di un familiare e spese di soggiorno	Costo viaggio del familiare e per spese alberghiere: € 100 per notte, max 3 notti per SINISTRO
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Informazioni sanitarie	Costo informazioni sanitarie
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Assistenza infermieristica presso l' ISTITUTO DI CURA	€ 500 per ANNO SOLARE
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato	Costo trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Traduzione della cartella clinica	Costo traduzione della cartella clinica
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Rientro dal centro ospedaliero attrezzato	Costo rientro dal centro ospedaliero attrezzato
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA'	Invio di un infermiere a	€ 500 per ANNO SOLARE (entro 6

(art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	domicilio	settimane dal SINISTRO)
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Invio di un fisioterapista	€ 300 per ANNO SOLARE (entro 6 settimane dal SINISTRO)
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Fornitura di attrezzature medico chirurgiche	€ 500 per SINISTRO e per ANNO SOLARE (entro 6 settimane dal SINISTRO)
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Baby-sitter per minori	€ 100 al giorno, max 5 giorni per SINISTRO (entro 6 settimane dal SINISTRO)
ASSISTENZA MICRO-MOBILITA' (art. 1.2) Prestazioni garantite alla persona	Collaboratrice familiare	€ 100 al giorno, max 5 giorni per SINISTRO (entro 6 settimane dal SINISTRO)
SECONDA OPINIONE MEDICA (art. 2.1)	SECONDA OPINIONE MEDICA	Max € 500 per SINISTRO

Cosa fare in caso di Sinistro?

5 - GESTIONE DEL SINISTRO

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle PARTI e le indicazioni generali relative alla gestione dei SINISTRI.

5.1 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'ASSICURATO potrà telefonare alla STRUTTURA ORGANIZZATIVA, in funzione 24 ore su 24:

- al Numero Verde 800.069.627, per chiamate dall'Italia;
- al Numero +39 015 25.59.741, per chiamate dall'estero.

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare:

- un'e-mail al seguente indirizzo mail: assistenza@mapfre.com;
- un fax al numero: +39 015 255 96 04;
- un telegramma all'indirizzo MAPFRE ASISTENCIA S.A. Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- nome e cognome;
- numero di POLIZZA;
- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico al quale la STRUTTURA ORGANIZZATIVA potrà richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di SINISTRO.

5.2 - FORNITURA DELLE PRESTAZIONI

La STRUTTURA ORGANIZZATIVA può richiedere all'ASSICURATO - e lo stesso deve fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza. Se richiesto, sarà necessario inviare gli originali (non fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture e/o ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà essere sempre richiesto alla STRUTTURA ORGANIZZATIVA che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

L'ASSICURATO s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla STRUTTURA ORGANIZZATIVA tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle PRESTAZIONI di assistenza.

I massimali indicati per ogni PRESTAZIONE debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per legge.

L'ASSICURATO che gode di PRESTAZIONI analoghe alle presenti, anche a titolo di mero RISARCIMENTO, in forza dei contratti sottoscritti con altra impresa di assicurazione, è obbligato ad avvisare del SINISTRO ogni impresa assicuratrice, e specificamente la SOCIETÀ, entro tre giorni a pena di decadenza⁽²⁾.

Nel caso in cui attivasse altra impresa assicuratrice, le presenti PRESTAZIONI saranno operanti, nei limiti e alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'ASSICURATO degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la PRESTAZIONE.

L'ASSICURATO libera dal segreto professionale, relativamente ai SINISTRI formanti oggetto di questa assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato prima o dopo del SINISTRO, nei confronti della STRUTTURA ORGANIZZATIVA e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del SINISTRO stesso.

Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.

TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO

COSA FARE SUBITO

Comunicare con precisione il tipo di assistenza di cui si necessita, i propri dati anagrafici, il numero di **POLIZZA**, il servizio richiesto, l'indirizzo del luogo dove ci si trova e il recapito telefonico cui si potrà essere richiamati nel corso dell'assistenza.

Fornire ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

CONTATTI

- DENUNCIA TELEFONICA:
 - al Numero Verde 800.069.627, per chiamate dall'Italia;
 - al Numero +39 015 25.59.741, per chiamate dall'estero.
- DENUNCIA SCRITTA tramite:
 - fax al numero: +39 015 255.96.04
 - oppure mail: assistenza@mapfre.com

APPENDICE NORMATIVA

In questa parte sono riportati nel dettaglio le note riportate e i riferimenti agli articoli di Legge richiamati nelle Condizioni di Assicurazione che precedono.

- (1) **DECRETO MINISTERO DEI TRASPORTI N°229 DEL 4/6/2019**
Art.2. Tipologie e caratteristiche dei dispositivi per la micromobilità elettrica
1. Le tipologie dei dispositivi per la micromobilità elettrica ammesse alla sperimentazione di cui all'articolo 1 sono esclusivamente le seguenti:
 - hoverboard;
 - segway;
 - monopattini;
 - monowheel.
 2. Al fine dell'applicazione delle disposizioni del presente decreto, rientrano nei dispositivi del tipo auto-bilanciato, quali ad esempio i monowheel, gli hoverboard ed i segway, e del tipo non auto-bilanciato, quali ad esempio i monopattini, i dispositivi che presentino caratteristiche costruttive analoghe a quelle degli esemplari rappresentati nell'allegato 1.
 3. I dispositivi non auto-bilanciati sono dotati di motore elettrico avente potenza nominale massima non superiore a 500W e di segnalatore acustico.
 4. Il dispositivo auto-bilanciato del tipo segway deve essere dotato di segnalatore acustico.
 5. Da mezz'ora dopo il tramonto, durante tutto il periodo dell'oscurità e di giorno, qualora le condizioni atmosferiche richiedano l'illuminazione, tutti i dispositivi di cui al comma 1 sprovvisti o mancanti di luce anteriore bianca o gialla fissa e posteriormente di catadiottri rossi e di luce rossa fissa, utili alla segnalazione visiva, non possono essere utilizzati, ma solamente condotti o trasportati a mano.
 6. I dispositivi non possono essere dotati di posto a sedere per l'utilizzatore e sono destinati ad essere utilizzati da quest'ultimo con postura in piedi.
 7. I dispositivi in grado di sviluppare velocità superiori a 20 km/h, al fine di poter essere utilizzati nell'ambito della sperimentazione di cui all'articolo 1, devono essere dotati di regolatore di velocità, configurabile in funzione di detto limite. In ogni caso, per poter essere utilizzati su aree pedonali, tutti i dispositivi devono essere dotati di regolatore di velocità, configurabile altresì in funzione di una velocità non superiore a 6 km/h.
 8. I dispositivi devono riportare la relativa marcatura CE prevista dalla direttiva 2006/42/CE.
- (2) **CODICE CIVILE - Art. 1910 – Assicurazione presso diversi assicuratori.**
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente [5 l.f.], la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Vittoria con te

**Salute e
benessere**

SEZIONE TUTELA LEGALE



Vittoria
Assicurazioni

CHI PROTEGGE SE STESSO, PROTEGGE GLI ALTRI

GLOSSARIO: guida alla comprensione del testo

Nelle presenti condizioni di assicurazione alcuni termini sono riportati in "GRASSETTO MAIUSCOLO". Il significato attribuito a tali termini è riportato qui di seguito oppure nel Glossario presente ne "Il contratto dalla A alla Z".

DEFINIZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

- **ARBITRATO:** è una procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le parti possono adire per definire una controversia, o evitarne l'insorgenza, mediante una decisione che sarà vincolante per le parti e suscettibile di essere eseguita, anche in via forzata.
- **ASSICURATO:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **ASSISTENZA STRAGIUDIZIALE:** è l'attività che viene svolta tentando una mediazione tra le parti, al fine di comporre bonariamente una controversia ed evitare quindi il ricorso al giudice. Comprende procedure quali la mediazione civile, la negoziazione assistita, la conciliazione paritetica.
- **CODICE DELLA STRADA:** Decreto legislativo 30 aprile 1992 n. 285 e successive modifiche; è un complesso di norme emanate per regolare la circolazione su strada di pedoni, veicoli e animali.
- **CONTRAVVENZIONE:** rientra tra i **REATI**. Nelle **CONTRAVVENZIONI** non si considera l'elemento soggettivo e cioè la volontarietà di chi lo ha commesso: per la legge è irrilevante se il fatto è stato commesso volontariamente o involontariamente. Le **CONTRAVVENZIONI** sono punite con l'arresto e/o l'ammenda.
- **DANNO EXTRACONTRATTUALE:** è il danno ingiusto derivante da un **FATTO ILLECITO**. Tipicamente è il danno subito dalla persona o da cose in conseguenza di un comportamento colposo di altre persone. Esempio tipico è il danno subito nel corso di un incidente stradale. Tra il danneggiato e il responsabile non esiste alcun rapporto contrattuale o, se esiste, non ha alcun nesso con l'evento dannoso.
- **DAS:** Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A. di Assicurazione con sede in Verona, Via Enrico Fermi 9/B - Tel. 045.83.78.901 - Fax 045.83.51.023.
- **DELITTO:** è un **REATO** punito con la multa o la reclusione. Può essere:
 - colposo, se viene commesso involontariamente e cioè per negligenza, imprudenza o imperizia;
 - preterintenzionale, quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente;
 - doloso, se viene commesso volontariamente e con la consapevolezza di commettere un **DELITTO**.
- **DIRITTO CIVILE:** è una parte del diritto privato e che regola i rapporti tra privati (famiglia, proprietà, contratti, successione ereditaria).
- **DIRITTO PENALE:** è il complesso di norme stabilito per la tutela della collettività contro i comportamenti dannosi dei singoli. La responsabilità che deriva dalla violazione della legge penale può essere solo di persone fisiche, a differenza di quella derivante dalla violazione della legge civile che si può attribuire sia a persone fisiche che a persone giuridiche. Mentre nelle cause civili le parti sono soggetti privati, nei processi penali è lo Stato che promuove il processo stesso, poiché questo si svolge nell'interesse della collettività. Ne consegue che mentre nella causa civile chi perde viene generalmente condannato a pagare tutte le spese, nel processo penale l'imputato dovrà comunque pagare le spese della sua difesa, anche se assolto, ma non quelle di giustizia (vedi alla voce relativa) che invece si accollerà lo Stato.
- **FATTO ILLECITO:** qualsiasi fatto commesso in violazione di norme dell'ordinamento giuridico, fuori dai casi di inadempimento contrattuale. Il **FATTO ILLECITO** è quindi civile, se consiste nella violazione della legge civile, penale se in violazione di norme penali, amministrativo se contrario alle norme stabilite per il funzionamento della Pubblica Amministrazione.
- **INFORTUNIO:** è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte o una invalidità permanente, una inabilità temporanea, un ricovero in istituto di cura, una frattura, una convalescenza.

- **INSORGENZA (DEL SINISTRO)**: il momento nel quale inizia la violazione anche presunta di una norma di legge o di **CONTRATTO**. Ai fini della validità delle garanzie contenute nella presente sezione, questo momento deve essere successivo a quello di perfezionamento della **POLIZZA** e, se il comportamento contestato è continuato, si prende in considerazione la prima violazione. Più semplicemente, l'**INSORGENZA** non è il momento nel quale inizia la controversia o il procedimento, ma quello in cui si verifica la violazione che determina la controversia o il procedimento stesso. Più specificamente, l'**INSORGENZA** è:
 - nell'ipotesi di **PROCEDIMENTO PENALE**, il momento in cui sarebbe stato commesso il reato;
 - nell'ipotesi di **DANNO EXTRA CONTRATTUALE**, il momento in cui si verifica l'evento dannoso;
 - nell'ipotesi di **VERTENZA CONTRATTUALE**, il momento in cui una delle parti avrebbe posto in essere il primo comportamento in violazione di norme contrattuali.
- **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di **MALATTIA**, della capacità dell'**ASSICURATO** di svolgere qualsiasi generica attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.
- **MALATTIA**: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da **INFORTUNIO** e oggettivamente riscontrabile.
- **NUCLEO FAMILIARE**: il nucleo di almeno due persone, composto dal **CONTRAENTE** e dalle persone con lui conviventi che risultino, al momento del **SINISTRO**, tutte iscritte nello stesso certificato anagrafico di stato di famiglia del **CONTRAENTE**.
- **PROCEDIMENTO PENALE**: procedimento che inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona mediante Informazione di Garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata e il titolo (colposo, preterintenzionale o doloso). Per la garanzia di **POLIZZA** rileva la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio).
- **PROPRIETARIO**: l'intestatario del **VEICOLO** al pubblico registro automobilistico. Sono equiparati alla figura del **PROPRIETARIO** l'usufruttuario, l'acquirente con patto di riservato dominio e il locatario in caso di locazione finanziaria.
- **REATO**: violazione della legge penale. I **REATI** si distinguono in **CONTRAVVENZIONI** e **DELITTI** a seconda del tipo di pena prevista dalla legge.
- **SPESE DI SOCCOMBENZA**: sono le spese che la parte che perde una causa civile dovrà pagare alla parte vittoriosa. Il giudice decide se e in che misura tali spese devono essere addebitate a una delle parti.
- **SANZIONE AMMINISTRATIVA**: misura che l'ordinamento adotta per colpire un illecito amministrativo. Può colpire sia le persone fisiche che le persone giuridiche. Può consistere nel pagamento di una somma di denaro oppure nella sospensione o decadenza da licenze o concessioni o espulsioni da determinati istituti pubblici. La competenza a comminare la **SANZIONE AMMINISTRATIVA** di solito è dell'Autorità Amministrativa ma in alcuni casi viene comminata dall'Autorità Giudiziaria.
- **SINISTRO**: la controversia o il procedimento per il quale è prestata l'assicurazione.
- **TRANSAZIONE**: accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già insorta o ne prevengono una che potrebbe nascere.
- **VERTENZA CONTRATTUALE**: controversia insorta a seguito del mancato rispetto di un obbligo derivante dal contratto.

OGGETTO DEL CONTRATTO

1 - Cosa è assicurato?

In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le **GARANZIE** della presente **SEZIONE**; le stesse sono da intendersi valide solo se espressamente richiamate in **POLIZZA**.

A scelta del **CONTRAENTE**, l'**ASSICURATO** può essere il **NUCLEO FAMILIARE** oppure le persone nominativamente indicate in **POLIZZA**.

La **SOCIETÀ** assume a proprio carico, entro la **SOMMA ASSICURATA** indicata in **POLIZZA** e con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "Ci sono limiti di copertura?", il rischio dell'**ASSISTENZA STRAGIUDIZIALE** e giudiziale che si rende necessaria a tutela dei diritti dell'**ASSICURATO**, conseguente a un **SINISTRO** rientrante in **GARANZIA**.

1.1 - TUTELA INFORTUNI

La **GARANZIA** riguarda i **SINISTRI** che insorgono e devono essere processualmente trattati ed eseguiti per la tutela dei diritti dell'**ASSICURATO** quando è vittima di un **INFORTUNIO** per:

- ottenere il risarcimento dei **DANNI EXTRACONTRATTUALI** subiti per **FATTO ILLECITO** di terzi. La **GARANZIA** vale anche per il recupero dei danni materiali, se l'evento che ha causato l'**INFORTUNIO** ha contestualmente causato un danno a cose;
- **VERTENZE CONTRATTUALI** nei confronti di medici o altri professionisti in ambito sanitario o di strutture pubbliche o private, ai quali l'**ASSICURATO** si è rivolto in seguito all'**INFORTUNIO**;
- **VERTENZE CONTRATTUALI** con il datore di lavoro in relazione a un **INFORTUNIO**, le cui conseguenze comportano una presunta responsabilità di quest'ultimo.

Per le persone nominativamente indicate in **POLIZZA**, la **GARANZIA** tutela i diritti dell'**ASSICURATO** anche in caso di **INVALIDITA' PERMANENTE** da **MALATTIA**.

Rientrano in **GARANZIA** le spese:

- per l'intervento di un legale;
- per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- liquidate a favore di controparte in caso di **SOCCOMBENZA**, con esclusione di quelle dovute da altri soggetti debitori, ma poste a carico dell'assicurato, secondo il principio di solidarietà ⁽¹⁾;
- conseguenti ad una **TRANSAZIONE** autorizzata dalla **SOCIETÀ**, comprese le spese della controparte, sempreché siano state autorizzate dalla **SOCIETÀ**;
- degli arbitri e del legale intervenuti nel caso in cui una controversia che rientri in garanzia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;
- per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei **SINISTRI**;
- per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'**ASSICURATO** e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli organismi pubblici;
- per il contributo unificato (tassazione per le spese degli atti giudiziari), se non rimborsato dalla controparte in caso di **SOCCOMBENZA** di quest'ultima.

CONSULENZA LEGALE TELEFONICA

Ad integrazione delle prestazioni sopra descritte, la **SOCIETÀ** offre un servizio assicurativo di consulenza telefonica nell'ambito delle materie attinenti alle coperture previste in **POLIZZA**.

Gli **ASSICURATI** potranno accedere a tale servizio contattando **DAS** al Numero Verde 800.666.000 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 per ottenere:

- consulenza legale;
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti;
- consultazione preventiva ed assistenza, nel caso in cui l'**ASSICURATO** debba prestare testimonianza davanti agli organi di Polizia o della magistratura inquirente oppure in un procedimento civile e/o penale.

OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA - INSORGENZA DEL SINISTRO

Il **SINISTRO** insorge nel momento in cui l'**ASSICURATO**, la controparte o un terzo iniziano a violare

norme di legge o contrattuali.

La **GARANZIA** riguarda i **SINISTRI** che insorgono:

- dalle ore 24 del giorno di stipulazione del **CONTRATTO**, se si tratta di controversia relativa a risarcimento di **DANNI EXTRACONTRATTUALI**;
- trascorsi 90 giorni dalla stipulazione del **CONTRATTO** negli altri casi;
- durante il periodo di validità del presente **CONTRATTO** assicurativo, dei quali (**SINISTRI**) l'**ASSICURATO** sia venuto a conoscenza entro 2 anni dalla cessazione del medesimo e che siano stati denunciati alla **SOCIETÀ** nei termini previsti dalla legge per la prescrizione;
- dalle ore 24 del giorno di stipulazione del nuovo **CONTRATTO**, se il **CONTRATTO** è emesso in sostituzione di analogo **CONTRATTO** precedentemente in essere con la **SOCIETÀ** per i medesimi rischi e purché il **CONTRATTO** sostituito abbia avuto una durata minima di 60 giorni.

Le **GARANZIE** riguardano i **SINISTRI** che insorgono e devono essere processualmente trattati ed eseguiti:

- nel caso di **DANNI EXTRACONTRATTUALI**: in tutti gli Stati d'Europa;
- nel caso di **VERTENZE CONTRATTUALI**: in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

1.2 - TUTELA ELITE PLUS

La **GARANZIA** riguarda la tutela dei diritti dell'**ASSICURATO** nell'ambito della sua vita privata (è quindi esclusa qualsiasi attività lavorativa subordinata o parasubordinata).

L'**ASSICURATO** è tutelato se:

- a) subisce **DANNI EXTRACONTRATTUALI** dovuti a **FATTO ILLECITO** di terzi;
- b) è sottoposto a **PROCEDIMENTO PENALE** per **DELITTO** colposo o per **CONTRAVVENZIONE**. Sono compresi i **PROCEDIMENTI PENALI** per **DELITTO** colposo o per **CONTRAVVENZIONE** derivanti da violazioni in materia fiscale ed amministrativa, a parziale deroga di quanto previsto al successivo articolo 3.1 "Esclusioni".

Le suddette prestazioni operano anche per gli eventi che coinvolgono l'**ASSICURATO** nella veste di ciclomotorista, ciclista, pedone o trasportato su qualunque mezzo;

- c) deve sostenere controversie di **DIRITTO CIVILE** di natura contrattuale, per le quali il valore in lite sia superiore a € 250,00.

Sono comprese le controversie relative:

- alla locazione, al diritto di proprietà o ad altri diritti reali, riguardanti l'abitazione principale e quelle secondarie o per uso stagionale dell'**ASSICURATO**, purché da lui direttamente utilizzate;
- ad inadempienze contrattuali, proprie e/o di controparte, connesse all'utilizzo di internet, di posta elettronica e dei servizi di e-commerce;

- d) deve sostenere controversie relative a richieste di risarcimento di **DANNI EXTRACONTRATTUALI** avanzate da terzi, in conseguenza di un suo presunto comportamento illecito. La **GARANZIA** opera ad integrazione e dopo esaurimento di ciò che è dovuto, per spese legali di resistenza e di **SOCCOMBENZA**, dalla **POLIZZA** di Responsabilità Civile, operante a favore dell'**ASSICURATO** ⁽²⁾. Nel caso in cui non esista o non sia operante la suddetta **POLIZZA** di Responsabilità Civile, la **GARANZIA** vale per le spese legali necessarie a tutela dei diritti dell'**ASSICURATO** relative all'intervento della **SOCIETÀ**, direttamente o a mezzo di professionisti da essa incaricati, per la sola fase stragiudiziale. L'**ASSICURATO** è tenuto a dichiarare alla **SOCIETÀ**, al momento del **SINISTRO**, l'esistenza e l'operatività o meno della suddetta **POLIZZA** di Responsabilità Civile e, a seguito di semplice richiesta da parte della **SOCIETÀ**, ad esibirne copia.

Rientrano in **GARANZIA** le spese:

- per l'intervento di un legale;
- per l'intervento di un perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- di giustizia;
- liquidate a favore della controparte in caso di **SOCCOMBENZA**, con esclusione di quelle dovute da altri soggetti debitori, ma poste a carico dell'**ASSICURATO**, secondo il principio di solidarietà ⁽³⁾;
- conseguenti ad una transazione autorizzata dalla **SOCIETÀ**, comprese le spese della controparte, sempreché siano state autorizzate dalla **SOCIETÀ**;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei **SINISTRI**;
- di indagini per la ricerca di prove a difesa nei **PROCEDIMENTI PENALI**;
- per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- degli arbitri e del legale intervenuto, nel caso in cui una controversia che rientri in **GARANZIA** debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri;

- per l'indennità, posta ad esclusivo carico dell'**ASSICURATO** e con esclusione di quanto derivante da vincoli di solidarietà, spettante agli organismi di mediazione, se non rimborsata dalla controparte a qualunque titolo, nei limiti di quanto previsto nelle tabelle delle indennità spettanti agli Organismi pubblici;
- per il contributo unificato (tassazione per le spese degli atti giudiziari), se non rimborsato dalla controparte in caso di **SOCCOMBENZA** di quest'ultima.

Inoltre, in caso di arresto, minaccia di arresto o di **PROCEDIMENTO PENALE** all'estero, in uno dei paesi ove la **GARANZIA** è operante, la **SOCIETÀ** assicura, entro i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*";

- le spese per l'assistenza di un interprete;
- le spese relative a traduzioni di verbali o atti del procedimento;
- l'anticipo della cauzione, disposta dall'Autorità competente. L'importo della cauzione verrà anticipato da DAS a condizione che venga garantita alla stessa la restituzione di tale importo con adeguate garanzie bancarie o analoghe. L'importo anticipato dovrà essere restituito entro 60 giorni dalla sua erogazione, trascorsi i quali DAS conteggerà gli interessi al tasso legale corrente.

CONSULENZA LEGALE TELEFONICA

Ad integrazione delle prestazioni sopra descritte, la **SOCIETÀ** offre un servizio assicurativo di consulenza telefonica nell'ambito delle materie attinenti alle coperture previste in **POLIZZA**, tramite numero verde 800.666.000.

L'**ASSICURATO** potrà accedere a tale servizio contattando **DAS** al Numero Verde 800.666.000 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 per ottenere:

- consulenza legale;
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti;
- consultazione preventiva ed assistenza, nel caso in cui l'**ASSICURATO** debba prestare testimonianza davanti agli organi di Polizia o della magistratura inquirente oppure in un procedimento civile e/o penale.

OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA - INSORGENZA DEL SINISTRO

Il **SINISTRO** insorge nel momento in cui l'**ASSICURATO**, la controparte o un terzo iniziano a violare norme di legge o contrattuali.

La **GARANZIA** riguarda i **SINISTRI** che insorgono:

- dalle ore 24 del giorno di stipulazione della **POLIZZA**, se si tratta di controversia relativa a **RISARCIMENTO** di **DANNI EXTRACONTRATTUALI** o di **PROCEDIMENTO PENALE**;
- dopo 90 giorni dalla stipulazione della **POLIZZA**, nel caso di controversie di **DIRITTO CIVILE** di natura contrattuale.

La **GARANZIA** opera anche prima della notifica all'**ASSICURATO** della "Informazione di Garanzia", nei casi di "presentazione spontanea" ⁽⁴⁾, di "invito a presentarsi" ⁽⁵⁾ e di "accompagnamento coattivo" ⁽⁶⁾.

Cos'è l'"informazione di garanzia"?

È una comunicazione inviata dal Pubblico Ministero al soggetto indagato con cui si avvia il **PROCEDIMENTO PENALE** e che contiene l'indicazione della norma violata e il titolo del **REATO** contestato (colposo, preterintenzionale o doloso). Per la garanzia di **POLIZZA** rileva la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio).

Cos'è l'"invito a presentarsi"? Quando il Pubblico ministero invita il soggetto indagato a presentarsi per svolgere atti che richiedono la sua presenza, si parla di invito a presentarsi. L'invito contiene l'indicazione del giorno, dell'ora e del luogo di presentazione e l'autorità dinanzi alla quale tale soggetto deve presentarsi.

Cos'è l'"accompagnamento coattivo"? Consiste nell'accompagnamento forzato del soggetto che deve essere interrogato, disposto con atto formale dal Pubblico Ministero autorizzato in precedenza dal giudice.

La **GARANZIA** riguarda i **SINISTRI** che insorgono e devono essere processualmente trattati ed eseguiti:

- nel caso di **DANNI EXTRACONTRATTUALI** o di **PROCEDIMENTO PENALE**: in tutti gli Stati d'Europa;
- nel caso di vertenze di **DIRITTO CIVILE** di natura contrattuale: nei Paesi dell'Unione Europea, Liechtenstein, Principato di Monaco, Svizzera, Regno Unito, Andorra, Repubblica di San Martino, Città del Vaticano.

1.3 - TUTELA CIRCOLAZIONE

La **GARANZIA** riguarda la tutela dei diritti dell'**ASSICURATO** quando è alla guida di veicoli di sua o altrui proprietà se:

- a) subisce **DANNI EXTRACONTRATTUALI** dovuti a **FATTO ILLECITO** di terzi compreso il recupero dei danni ai trasportati a causa di incidente stradale;
- b) è sottoposto a **PROCEDIMENTO PENALE** per **DELITTO** colposo (e, quindi, involontario) o per **CONTRAVVENZIONE**.

A parziale deroga di quanto previsto alla successiva lettera c), la **GARANZIA** è immediatamente operante anche in seguito a imputazione per guida in stato di ebbrezza ⁽⁷⁾, a condizione che sia stato accertato un valore corrispondente a un tasso alcolemico non superiore a 1,5 g/l;

- c) è sottoposto a **PROCEDIMENTO PENALE** a seguito di imputazione per guida in stato di ebbrezza ⁽⁸⁾ con accertamento di un tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l, guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope ⁽⁹⁾, oppure nei casi di fuga e/o omissione di soccorso⁽¹⁰⁾ a condizione che l'**ASSICURATO** venga successivamente assolto o prosciolto con sentenza passata in giudicato.

Pertanto, fino al momento dell'emanazione della sentenza passata in giudicato la **GARANZIA** resta sospesa e condizionata all'assoluzione o al proscioglimento dell'**ASSICURATO**. In caso di assoluzione o proscioglimento, infatti, la **SOCIETÀ** rimborserà all'**ASSICURATO** le spese legali garantite in **POLIZZA** comprensive di quelle sostenute per la sua difesa;

- d) deve presentare ricorso contro il ritiro patente di guida, adottato in conseguenza diretta ed esclusiva di evento della circolazione che abbia provocato la morte o lesioni a persone;
- e) deve presentare istanza per ottenere il dissequestro del veicolo coinvolto in un incidente stradale con terzi;
- f) deve sostenere controversie su **VERTENZE CONTRATTUALI** per le quali il valore della lite sia superiore a 200,00 Euro, comprese quelle con:
- meccanici e carrozzieri;
 - concessionari di veicoli stradali.

Le predette prestazioni – dalla lettera a) alla lettera f) – operano anche per i **SINISTRI** che coinvolgono l'**ASSICURATO** nella veste di ciclista, pedone o trasportato su qualunque mezzo;

- g) deve presentare ricorso al Prefetto e/o opposizione al Giudice ordinario competente avverso l'Ordinanza - Ingiunzione di pagamento di una somma di denaro quale **SANZIONE AMMINISTRATIVA** a condizione che:

- l'applicazione della **SANZIONE AMMINISTRATIVA** sia connessa a un incidente stradale, purché questa **SANZIONE AMMINISTRATIVA** sia conseguenza della dinamica del **SINISTRO** e abbia influenza sull'attribuzione della responsabilità;
- qualora la **SANZIONE AMMINISTRATIVA** non sia connessa a un incidente stradale o sull'attribuzione di responsabilità, la **GARANZIA** sarà operante se sussistono i presupposti per presentare il ricorso. La **SOCIETÀ** provvederà, su richiesta dell'**ASSICURATO**, alla predisposizione dell'opposizione (ricorso), restando a carico dell'**ASSICURATO** l'onere di provvedere al deposito o alla presentazione dello stesso agli uffici competenti;

- h) deve presentare reclamo / ricorso contro l'avviso di accertamento di insufficiente o ritardato pagamento della Tassa Automobilistica (Bollo Auto). La **SOCIETÀ** provvederà su richiesta dell'**ASSICURATO** alla predisposizione del reclamo ⁽¹¹⁾ e/o del ricorso, restando a carico dell'**ASSICURATO** l'onere di provvedere al deposito degli stessi agli Uffici competenti.

Rientrano in **GARANZIA** le seguenti spese:

- spese per l'intervento di un legale incaricato alla gestione del **SINISTRO**;
- spese per l'intervento del perito/consulente tecnico d'ufficio e/o di un consulente tecnico di parte;
- spese di giustizia;
- spese liquidate a favore di controparte in caso di **SOCCOMBENZA**;
- spese conseguenti ad una **TRANSAZIONE** autorizzata da **DAS**, comprese le spese della controparte, sempreché siano state autorizzate da **DAS**;
- spese per accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei **SINISTRI**;
- nei **PROCEDIMENTI PENALI**, spese per indagini per la ricerca di prove a difesa;
- spese per la redazione di denunce, querele, istanze all'Autorità Giudiziaria;
- nel caso in cui una controversia debba essere deferita e risolta avanti a uno o più arbitri, spese per

gli arbitri e per il legale intervenuto;

- spese per l'indennità di mediazione, posta ad esclusivo carico dell'ASSICURATO;
- spese per l'esecuzione forzata per ciascun titolo esecutivo ⁽¹²⁾;
- per il contributo unificato (tassazione per le spese degli atti giudiziari), se non rimborsato dalla controparte in caso di **SOCCOMBENZA** di quest'ultima.

Inoltre, in caso d'arresto, minaccia d'arresto o di **PROCEDIMENTO PENALE** all'estero, in uno dei Paesi in cui la **GARANZIA** è operante alla luce delle presenti condizioni di assicurazione, la **SOCIETÀ**, con i limiti di **INDENNIZZO** indicati nel capitolo "*Ci sono limiti di copertura?*", assicura:

- le spese per l'assistenza di un interprete;
- le spese relative a traduzioni di verbali o atti del procedimento;
- l'anticipo della cauzione, disposta dell'Autorità competente. L'importo della cauzione verrà anticipato da **DAS** e dovrà essere restituito entro 60 giorni dalla sua erogazione, trascorsi i quali verranno conteggiati gli interessi al tasso legale corrente.

CONSULENZA LEGALE TELEFONICA

Ad integrazione delle prestazioni sopra descritte, la **SOCIETÀ** offre un servizio assicurativo di Consulenza Legale Telefonica nell'ambito delle materie attinenti alle coperture previste in **POLIZZA**, tramite numero verde 800.666.000. **L'ASSICURATO** potrà accedere al servizio contattando **DAS** al Numero Verde 800-666-000 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00 per ottenere:

- consulenza legale;
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti;
- consultazione preventiva ed assistenza, nel caso in cui l'ASSICURATO debba prestare testimonianza davanti agli organi di Polizia o della magistratura inquirente oppure in un procedimento civile e/o penale.

OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA - INSORGENZA DEL SINISTRO

Il **SINISTRO** si intende insorto nel momento in cui l'ASSICURATO, la controparte o un terzo avrebbero iniziato a violare norme di legge o contrattuali.

La garanzia riguarda i **SINISTRI** che insorgono:

- dopo 90 giorni dalla sottoscrizione della **POLIZZA**, se si tratta di **VERTENZE CONTRATTUALI**;
- dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione della **POLIZZA**, negli altri casi.

Per determinare la data di **INSORGENZA** di un **SINISTRO**, si considera:

- a) la data del primo evento che ha dato origine al diritto al risarcimento dei **DANNI EXTRACONTRATTUALI** subiti dall'ASSICURATO;
- b) la data in cui viene compiuto il primo atto di accertamento della violazione nei casi di opposizione a sanzioni amministrative;
- c) la data in cui è avvenuta la prima violazione, anche presunta, di una norma di legge o di contratto, da parte dell'assicurato, della controparte o di un terzo, nelle restanti ipotesi.

La **GARANZIA** opera anche prima della notifica all'ASSICURATO della "informazione di garanzia", nei casi di "presentazione spontanea" ⁽¹³⁾, di "invito a presentarsi" ⁽¹⁴⁾ e di "accompagnamento coattivo" ⁽¹⁵⁾.

Cos'è l'"informazione di garanzia"?

È una comunicazione inviata dal Pubblico Ministero al soggetto indagato con cui si avvia il **PROCEDIMENTO PENALE** e che contiene l'indicazione della norma violata e il titolo del **REATO** contestato (colposo, preterintenzionale o doloso). Per la garanzia di **POLIZZA** rileva la contestazione iniziale (prima del giudizio vero e proprio).

Cos'è l'"invito a presentarsi"? Quando il Pubblico ministero invita il soggetto indagato a presentarsi per svolgere atti che richiedono la sua presenza, si parla di invito a presentarsi. L'invito contiene l'indicazione del giorno, dell'ora e del luogo di presentazione e l'autorità dinanzi alla quale tale soggetto deve presentarsi.

Cos'è l'"accompagnamento coattivo"? Consiste nell'accompagnamento forzato del soggetto che deve essere interrogato, disposto con atto formale dal Pubblico Ministero autorizzato in precedenza dal giudice.

La **GARANZIA** riguarda i **SINISTRI** che insorgono e devono essere processualmente trattati ed eseguiti:

- nel caso di **DANNI EXTRACONTRATTUALI** e di **PROCEDIMENTI PENALI**: in tutti gli Stati d'Europa e nei Paesi extraeuropei che si affacciano sul Bacino del Mar Mediterraneo;
- nel caso di **VERTENZE CONTRATTUALI**: nei Paesi dell'Unione Europea, Liechtenstein, Principato di Monaco, Svizzera, Regno Unito, Andorra, Repubblica di San Martino, Città del Vaticano;
- nel caso di opposizione a **SANZIONI AMMINISTRATIVE**: in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

2 - Cosa NON è assicurato?

In questa parte sono contenuti ed illustrati nel dettaglio i rischi esclusi dalle coperture assicurative.

La **SOCIETÀ** non assume a proprio carico il pagamento di multe o ammende e gli oneri fiscali che dovessero presentarsi nel corso o alla fine della **VERTENZA CONTRATTUALE**, fatta eccezione per il contributo unificato e per l'IVA esposta nelle fatture dei professionisti incaricati.

3 - Ci sono limiti di copertura?

*In questa parte sono contenute ed illustrate nel dettaglio le informazioni relative agli eventi per i quali non è prestata la **GARANZIA**, **FRANCHIGIE**, **SCOPERTI**, **limiti e sottolimiti previsti dal CONTRATTO**.*

3.1 - ESCLUSIONI

Sono escluse le seguenti spese:

- le spese, anche preventivate, non concordate con **DAS**, secondo le regole previste ai successivi articoli "**Obblighi in caso di sinistro**" e "**Gestione del sinistro**";
- le spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'**ASSICURATO** a professionisti diversi da quelli autorizzati da **DAS**;
- le spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella;
- le spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che, per svolgere l'incarico ricevuto, deve trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale;
- gli onorari per l'intervento di ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio ad esclusione delle spese relative al legale domiciliatario;
- le spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'**ASSICURATO** secondo il principio di solidarietà;
- le spese rimborsate dalla controparte. Se **DAS** ha anticipato queste spese, l'**ASSICURATO** deve restituirle entro 60 giorni da quando ha ricevuto il rimborso;
- le spese ulteriori rispetto a quelle del legale incaricato per la gestione della controversia, se questa controversia si conclude con una **TRANSAZIONE** non concordata con **DAS**.

La **GARANZIA "TUTELA INFORTUNI"** non opera per:

- **SINISTRI** derivanti da fatti dolosi compiuti dall'**ASSICURATO**;
- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- materia fiscale/tributaria e materia amministrativa;
- **VERTENZE CONTRATTUALI** con la **SOCIETÀ**;
- **SINISTRI** insorgenti da obbligazioni contrattuali che al momento della sottoscrizione della **POLIZZA**, fossero già state disdette o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da una o entrambe le parti coinvolte.

Inoltre, se l'**INFORTUNIO** e/o l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** da **MALATTIA** deriva da evento subito

dall'**ASSICURATO** mentre si trovava alla guida di un veicolo, la **GARANZIA** non opera se:

- l'**ASSICURATO** guida il veicolo con patente non regolare o diversa da quella prescritta o se non rispetta agli obblighi stabiliti dalla patente stessa; tuttavia, se il conducente/**ASSICURATO** non avesse ancora ottenuto la patente, pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida, o fosse munito di patente scaduta, ma ottenesse il rilascio o il rinnovo della patente entro 90 giorni successivi al **SINISTRO**, la garanzia è operante;
- al momento del **SINISTRO**, il veicolo non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria di Responsabilità Civile;
- se l'**ASSICURATO**:
 - è imputato del reato di guida in stato di ebbrezza o è sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o gli è stata applicata una delle sanzioni previste dal **CODICE DELLA STRADA** ⁽¹⁶⁾;
 - è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso ⁽¹⁷⁾.

Se l'**INFORTUNIO** e/o l'**INVALIDITÀ PERMANENTE** da **MALATTIA** deriva da evento subito dall'**ASSICURATO** mentre si trovava alla guida e navigazione di un natante, le esclusioni appena elencate saranno applicate per analogia in quanto compatibili.

La **GARANZIA "TUTELA ELITE PLUS"** non opera per:

- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- materia fiscale/tributaria e amministrativa;
- acquisto di beni mobili registrati;
- controversie e **PROCEDIMENTI PENALI** derivanti dalla proprietà o guida di veicoli a motore, mezzi nautici ed aerei in genere, fatta eccezione per quanto riguarda i ciclomotori;
- diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
- controversie e **PROCEDIMENTI PENALI** riferibili a beni immobili diversi dall'abitazione principale e da quelle secondarie o stagionali dell'**ASSICURATO** da lui direttamente utilizzate;
- operazioni relative all'acquisto e costruzione di beni immobili;
- vertenze di lavoro dipendente anche con Ente Pubblico;
- **SINISTRI** insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della sottoscrizione della **POLIZZA**, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da una o entrambe le parti;
- **VERTENZE CONTRATTUALI** con la **SOCIETÀ**
- vertenze di lavoro dipendente e procedimenti penali allo stesso connessi quando l'**ASSICURATO** sia un operatore medico o sanitario dipendente.

La **GARANZIA "TUTELA CIRCOLAZIONE"** non opera per:

- danni subiti per disastro ecologico, atomico, radioattivo;
- materia fiscale/tributaria e materia amministrativa, fatto salvo quanto previsto dalle condizioni di assicurazione in caso di:
 - ricorso al Prefetto e/o opposizione al Giudice ordinario competente avverso l'ordinanza - ingiunzione di pagamento di una somma di denaro quale **SANZIONE AMMINISTRATIVA**;
 - ingiunzione di pagamento di una somma di denaro quale **SANZIONE AMMINISTRATIVA**;
 - ricorso contro il provvedimento di revoca, sospensione o ritiro della patente, adottato in conseguenza diretta ed esclusiva di evento della circolazione che abbia provocato la morte o lesioni a persone;
 - reclamo / ricorso contro l'avviso di accertamento di insufficiente o ritardato pagamento della Tassa Automobilistica;
- controversie tra l'**ASSICURATO** e la **SOCIETÀ**;
- **SINISTRI** insorgenti da patti, accordi, obbligazioni contrattuali che, al momento della sottoscrizione della **POLIZZA**, fossero già stati disdetti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fossero già state chieste da una o entrambe le parti.

La **GARANZIA**, inoltre, non opera se:

- il conducente non è abilitato o non è in possesso dei requisiti alla guida secondo la normativa vigente oppure guida il veicolo con patente non regolare o diversa da quella prescritta o non ottempera agli obblighi stabiliti in patente.
La **GARANZIA** diventa operante se, tuttavia, il conducente non ha ancora ottenuto la patente, pur avendo superato gli esami di idoneità alla guida o se è munito di patente scaduta, ma ottiene il rilascio o il rinnovo della stessa entro i 60 giorni successivi al **SINISTRO**;
- il veicolo non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria per la responsabilità civile auto (se prevista);
- il veicolo è usato in difformità da quanto indicato nella carta di circolazione (se prevista).

Per tutte le **GARANZIE** sono escluse le seguenti spese:

- le spese, anche preventivate, non concordate con **DAS**, secondo le regole previste ai successivi

articoli "Obblighi in caso di sinistro" e "Gestione del sinistro";

- le spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'ASSICURATO a professionisti diversi da quelli autorizzati da DAS;
- le spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella;
- le spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che, per svolgere l'incarico ricevuto, deve trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale;
- gli onorari per l'intervento di ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio ad esclusione delle spese relative al legale domiciliatario;
- le spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'ASSICURATO secondo il principio di solidarietà;
- le spese rimborsate dalla controparte. Se DAS ha anticipato queste spese, l'ASSICURATO deve restituirle entro 60 giorni da quando ha ricevuto il rimborso;
- le spese ulteriori rispetto a quelle del legale incaricato per la gestione della controversia, se questa controversia si conclude con una TRANSAZIONE non concordata con DAS.

3.2 - LIMITI DI INDENNIZZO

Salvo quanto diversamente pattuito tra le PARTI ed indicato in POLIZZA, alcune GARANZIE prevedono l'applicazione dei limiti di INDENNIZZO di seguito indicati.

Cosa si intende per "Limite di INDENNIZZO"?

Per limite di INDENNIZZO si intende l'importo massimo entro il quale la SOCIETÀ è impegnata ad offrire la prestazione assicurativa, rappresenta quindi l'obbligazione massima della SOCIETÀ in caso di SINISTRO, per capitale, interessi e spese per una determinata GARANZIA.

Il limite di INDENNIZZO può essere fissato per ogni SINISTRO e/o per anno assicurato.

Esempi di applicazione di limite di INDENNIZZO per una determinata GARANZIA.

- 1) Limite di INDENNIZZO € 1.000,00 per SINISTRO: la SOCIETÀ pagherà massimo € 1.000,00 per ciascun SINISTRO; non è fissato un limite per anno, quindi la SOCIETÀ pagherà tutti i SINISTRI che avverranno nel corso dell'anno assicurato (max € 1.000,00 ciascuno);
- 2) Limite di INDENNIZZO € 1.000,00 per SINISTRO e per anno: la SOCIETÀ pagherà massimo € 1.000,00 nel corso dell'anno assicurativo (es. 2 SINISTRI da € 500,00 ciascuno o 1 SINISTRO da € 1.000,00).

Garanzia	Prestazione	Limite di INDENNIZZO
TUTELA INFORTUNI	Legale scelto dall'ASSICURATO e non residente presso il Circondario del Tribunale competente	Massimo €3.000 per gli onorari del domiciliatario per SINISTRO e per anno
TUTELA ELITE PLUS	Spese per assistenza interprete	10 ore lavorative
TUTELA ELITE PLUS	Spese relative a traduzioni	€ 1.000
TUTELA ELITE PLUS	Anticipo della cauzione	€ 10.000

TUTELA ELITE PLUS	Legale scelto dall' ASSICURATO e non residente presso il Circondario del Tribunale competente	Massimo €3.000 per gli onorari del domiciliatario per SINISTRO e per anno
TUTELA CIRCOLAZIONE	Spese per assistenza interprete	10 ore lavorative
TUTELA CIRCOLAZIONE	Spese relative a traduzioni	€ 1.000
TUTELA CIRCOLAZIONE	Anticipo della cauzione	€ 10.000
TUTELA CIRCOLAZIONE	Legale scelto dall' ASSICURATO e non residente presso il Circondario del Tribunale competente	Massimo €3.000 per gli onorari del domiciliatario per SINISTRO e per anno

Per l'esecuzione forzata per ciascun titolo esecutivo, le spese rientrano in **GARANZIA** nel limite dei primi due tentativi.

Cosa fare in caso di Sinistro?

Negli articoli seguenti sono contenuti ed illustrati nel dettaglio gli obblighi delle PARTI e le indicazioni generali relative alla gestione dei SINISTRI.

4 - Gestione del Sinistro

La **SOCIETÀ** ha scelto di affidare la gestione dei **SINISTRI** di Tutela Legale a **DAS**, cui dovranno essere inviate tutte le denunce, i documenti ed ogni altra comunicazione relativa ai **SINISTRI**.

4.1 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

L'**ASSICURATO** deve tempestivamente denunciare il **SINISTRO**:

1. in via preferenziale a **DAS** attraverso una delle seguenti modalità:

- denuncia telefonica al Numero Verde 800.666.000; l'**ASSICURATO** potrà accedere a tale servizio contattando **DAS** al Numero Verde attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00;
- denuncia scritta: tramite e-mail a: sinistri@das.it o per posta ordinaria a: **DAS Spa** – Via E. Fermi 9/8 - 37135 Verona.

2. subordinatamente, alla **SOCIETÀ**,

inviando tutti gli atti e documenti occorrenti ed avisando di ogni atto, a lui formalmente notificato secondo la normativa vigente, tempestivamente e, comunque, entro il termine utile per la difesa.

La regolarizzazione degli atti e dei documenti occorrenti secondo le norme fiscali di bollo e di registro è a carico dell'**ASSICURATO**.

Contemporaneamente alla denuncia del **SINISTRO**, l'**ASSICURATO** può indicare un legale – residente in una località facente parte del Circondario del Tribunale in cui ha sede l'Ufficio Giudiziario competente a decidere la controversia – al quale affidare la pratica per il seguito giudiziale, se il tentativo di bonaria definizione non ha esito positivo. In alternativa può sempre indicare un legale non residente nel Circondario del Tribunale competente per il quale si applicheranno i "Limiti di indennizzo" indicati al punto 5.2.

Per potersi validamente avvalere delle prestazioni previste, l'**ASSICURATO** dovrà far pervenire tempestivamente a **DAS** copia di ogni ulteriore atto o documento pervenuto successivamente alla denuncia di sinistro e ogni notizia utile alla gestione del suo caso.

In caso di **PROCEDIMENTO PENALE** l'**ASSICURATO** è tenuto a denunciare il **SINISTRO** nel momento in cui ha inizio l'azione penale o comunque nel momento in cui ha avuto notizia di coinvolgimento nell'indagine penale.

La scelta del legale fatta dall'**ASSICURATO** è operante fin dalla fase stragiudiziale, se si verifica una situazione di conflitto di interessi con la **SOCIETÀ** o con **DAS**.

I **SINISTRI** denunciati oltre due anni dal momento in cui poteva essere fatto valere il diritto alla prestazione, comporteranno per l'**ASSICURATO** la prescrizione del diritto alla **GARANZIA** ⁽¹⁸⁾.

Per avere diritto alle prestazioni previste dalla **GARANZIA**, l'**ASSICURATO**:

- a) deve denunciare subito il **SINISTRO** e comunque entro il tempo utile per la sua difesa;
- b) deve aggiornare subito **DAS** su ogni circostanza rilevante per l'erogazione delle prestazioni previste;
- c) prima di incaricare un legale o un perito di sua fiducia, deve avvisare **DAS** e deve aver ottenuto conferma a procedere;
- d) prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato, deve ottenere conferma a procedere da parte di **DAS**. Anche quando ha ottenuto la conferma a procedere, **DAS** non sostiene né rimborsa spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella;
- e) senza la preventiva autorizzazione di **DAS** non può concordare con la controparte alcuna **TRANSAZIONE** o accordo per definire la controversia che preveda a carico di **DAS** spese ulteriori rispetto alle competenze del legale dell'**ASSICURATO**. Se l'**ASSICURATO** procede senza autorizzazione, **DAS** garantisce il rimborso degli oneri a suo carico solo dopo aver verificato l'effettiva urgenza e la convenienza nel concludere l'operazione.

4.2 - GESTIONE DEL SINISTRO

Prima dell'eventuale azione in giudizio, la gestione del **SINISTRO** è riservata a **DAS**, la quale:

- a) ricevuta la denuncia del **SINISTRO**, svolge ogni possibile tentativo per una bonaria definizione della controversia, direttamente o con l'ausilio di professionisti da essa individuati. A tal fine, quando richiesto da **DAS**, l'**ASSICURATO** deve rilasciare apposita procura per la gestione della controversia;
- b) valuta l'opportunità di ricorrere o aderire a procedure di risoluzione amichevole delle controversie;

- c) autorizza l'**ASSICURATO** a scegliere fin da questa fase un legale di propria fiducia se si verifica una situazione di conflitto di interessi con **DAS** o con la **SOCIETÀ**.

Successivamente **DAS** autorizza l'eventuale azione in giudizio:

- a) sempre, quando è necessaria la difesa dell'**ASSICURATO** in un procedimento penale o amministrativo o per resistere ad un'azione civile promossa da terzi;
- b) negli altri casi se la composizione amichevole non riesce e le pretese dell'**ASSICURATO** hanno possibilità di successo. L'**ASSICURATO** comunica a **DAS** le informazioni e le argomentazioni su cui fondare l'azione o la resistenza in giudizio per consentire a **DAS** di valutare le possibilità di successo.

Per la fase giudiziale **DAS** trasmette la pratica al legale designato in base alle seguenti disposizioni:

- a) l'**ASSICURATO** può indicare a **DAS** un legale di propria fiducia;
- b) se l'**ASSICURATO** non fornisce il nome di un avvocato, **DAS** può individuare direttamente il legale;
- c) l'**ASSICURATO** deve in ogni caso dare regolare mandato al legale individuato fornendogli tutte le informazioni e i documenti necessari per consentire la miglior tutela dei propri interessi;
- d) se nel corso dello stesso grado di giudizio l'**ASSICURATO** decide di revocare l'incarico professionale dato a un legale e di darlo a uno nuovo, **DAS** non rimborsa le spese del nuovo legale riferite ad attività già svolte dal primo avvocato. Questa disposizione non si applica nel caso di rinuncia all'incarico da parte del legale.

DAS gestisce a tutti gli effetti un unico **SINISTRO**:

- a) in presenza di **VERTENZE CONTRATTUALI**, promosse da o contro una o più persone e che hanno per oggetto domande identiche o connesse;
- b) in presenza di procedimenti, anche di natura diversa, dovuti al medesimo **SINISTRO** nei quali sono coinvolti uno o più **ASSICURATI**;
- c) se l'evento che dà diritto alle prestazioni si protrae con più violazioni successive della stessa natura.

4.3 - ESONERO DI RESPONSABILITA'

La **SOCIETÀ** e **DAS** non sono responsabili dell'operato di legali e periti.

La **SOCIETÀ** e **DAS** non sono responsabili di eventuali ritardi nell'erogazione delle prestazioni che sono stati causati dalla mancanza di idonea documentazione a supporto delle richieste dell'**ASSICURATO**.

4.4 - DISACCORDO DELLA GESTIONE DEL SINISTRO

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo tra l'**ASSICURATO** e **DAS** sulla gestione del **SINISTRO**, sia l'**ASSICURATO** che **DAS** possono chiedere di demandare la questione a un arbitro designato di comune accordo o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

L'**ASSICURATO** e **DAS** contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, salvo diverso accordo tra le **PARTI**.

L'arbitro decide secondo equità. Se la decisione dell'arbitro è sfavorevole all'**ASSICURATO**, questi potrà ugualmente procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'**ASSICURATO** ottiene un risultato più favorevole di quello in precedenza prospettato o acquisito da **DAS**, in linea di fatto o di diritto, può richiedere a **DAS** il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, nei limiti del massimale previsto.

Se l'**ASSICURATO** intende in alternativa adire le vie giudiziarie, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione ⁽¹⁹⁾.

4.5 - TERMINI DI LIQUIDAZIONE

DAS liquida all'**ASSICURATO** o all'eventuale beneficiario le spese in copertura, nei limiti del massimale indicato in **POLIZZA**, entro 30 giorni dalla definizione dell'importo dovuto.

TABELLA DI SINTESI DEGLI ADEMPIMENTI IN CASO DI SINISTRO

COSA FARE SUBITO

Segnalare tempestivamente l'accaduto, alternativamente:

- a DAS;
- alla SOCIETA'

Trasmettere a DAS tutti gli atti e documenti necessari.

CONTATTI

- DENUNCIA TELEFONICA: nr. verde 800.666.000; Numero attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 18:00.
- DENUNCIA SCRITTA
 - posta elettronica: sinistri@das.it
 - posta ordinaria: DAS S.p.A.
- Via Fermi 9/B - 37135 Verona.

APPENDICE NORMATIVA

In questa parte sono riportati nel dettaglio le note riportate e i riferimenti agli articoli di Legge richiamati nelle Condizioni di Assicurazione che precedono.

(1) **CODICE CIVILE Articolo 1292- Nozione della Solidarietà**

L'obbligazione è in solido quando più debitori sono obbligati tutti per la medesima prestazione, in modo che ciascuno può essere costretto all'adempimento per la totalità e l'adempimento da parte di uno libera gli altri; oppure quando tra più creditori ciascuno ha diritto di chiedere l'adempimento dell'intera obbligazione e l'adempimento conseguito da uno di essi libera il debitore verso tutti i creditori.

(2) **CODICE CIVILE Art. 1917 - Assicurazione della responsabilità civile**

1. Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi.

2. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

3. Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse .

4. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

(3) **CODICE CIVILE Art. 1292 – Nozione della Solidarietà**

L'obbligazione è in solido quando più debitori sono obbligati tutti per la medesima prestazione, in modo che ciascuno può essere costretto all'adempimento per la totalità e l'adempimento da parte di uno libera gli altri; oppure quando tra più creditori ciascuno ha diritto di chiedere l'adempimento dell'intera obbligazione e l'adempimento conseguito da uno di essi libera il debitore verso tutti i creditori.

(4) **Articolo 374 del Codice di Procedura Penale - Presentazione spontanea**

1. Chi ha notizia che nei suoi confronti sono svolte indagini, ha facoltà di presentarsi al pubblico ministero e di rilasciare dichiarazioni.

2. Quando il fatto per cui si procede è contestato a chi si presenta spontaneamente e questi è ammesso a esporre le sue discolpe, l'atto così compiuto equivale per ogni effetto all'interrogatorio. In tale ipotesi, si applicano le disposizioni previste dagli articoli 64, 65 e 364.

3. La presentazione spontanea non pregiudica l'applicazione di misure cautelari.

(5) **Articolo 375 del Codice di Procedura Penale - Invito a presentarsi**

1. Il pubblico ministero invita la persona sottoposta alle indagini a presentarsi quando deve procedere ad atti che ne richiedono la presenza.

2. L'invito a presentarsi contiene:

a) le generalità o le altre indicazioni personali che valgono a identificare la persona sottoposta alle indagini;

b) il giorno, l'ora e il luogo della presentazione nonché l'autorità davanti alla quale la persona deve presentarsi;

c) il tipo di atto per il quale l'invito è predisposto;

d) l'avvertimento che il pubblico ministero potrà disporre a norma dell'articolo 132 l'accompagnamento coattivo in caso di mancata presentazione senza che sia stato addotto legittimo impedimento.

3. Quando la persona è chiamata a rendere l'interrogatorio l'invito contiene altresì la sommaria enunciazione del fatto quale risulta dalle indagini fino a quel momento compiute [369, 369-bis].

L'invito può inoltre contenere, ai fini di quanto previsto dall'articolo 453, comma 1, l'indicazione degli elementi e delle fonti di prova e l'avvertimento che potrà essere presentata richiesta di giudizio immediato.

4. L'invito a presentarsi è notificato almeno tre giorni prima di quello fissato per la comparizione, salvo che, per ragioni di urgenza, il pubblico ministero ritenga di abbreviare il termine, purché sia lasciato il tempo necessario per comparire.

(6) **Articolo 376 del Codice di Procedura Penale - Accompagnamento coattivo per procedere a interrogatorio o a confronto**

1. Quando si tratta di procedere ad atti di interrogatorio o confronto, l'accompagnamento coattivo è disposto dal pubblico ministero su autorizzazione del giudice.

(7) CODICE DELLA STRADA Art. 186-186bis – Guida sotto l'influenza dell'alcool

1. È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche. Per l'irrogazione della pena è competente il tribunale.

2. Chiunque guida in stato di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisca più grave reato: a) con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 544 a euro 2.174, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 e non superiore a 0,8 grammi per litro (g/l). All'accertamento della violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da tre a sei mesi;

b) con l'ammenda da euro 800 a euro 3.200 e l'arresto fino a sei mesi, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,8 e non superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei mesi ad un anno;

c) con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000, l'arresto da sei mesi ad un anno, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a due anni. Se il veicolo appartiene a persona estranea al reato, la durata della sospensione della patente di guida è raddoppiata.

La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI, in caso di recidiva nel biennio. Con la sentenza di condanna ovvero di applicazione della pena su richiesta delle parti, anche se è stata applicata la sospensione condizionale della pena, è sempre disposta la confisca del veicolo con il quale è stato commesso il reato, salvo che il veicolo stesso appartenga a persona estranea al reato. Ai fini del sequestro si applicano le disposizioni di cui all'articolo 224-ter. 2-bis. Se il conducente in stato di ebbrezza provoca un incidente stradale, le sanzioni di cui al comma 2 del presente articolo e al comma 3 dell'articolo 186-bis sono raddoppiate ed è disposto il fermo amministrativo del veicolo per centottanta giorni, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea all'illecito. Qualora per il conducente che provochi un incidente stradale sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l), fatto salvo quanto previsto dal quinto e sesto periodo della lettera c) del comma 2 del presente articolo, la patente di guida è sempre revocata ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI. È fatta salva in ogni caso l'applicazione dell'articolo 222.

2-ter. Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica.

2-quater. Le disposizioni relative alle sanzioni accessorie di cui ai commi 2 e 2-bis si applicano anche in caso di applicazione della pena su richiesta delle parti.

2-quinquies. Salvo che non sia disposto il sequestro ai sensi del comma 2, il veicolo, qualora non possa essere guidato da altra persona idonea, può essere fatto trasportare fino al luogo indicato dall'interessato o fino alla più vicina autorimessa e lasciato in consegna al proprietario o al gestore di essa con le normali garanzie per la custodia. Le spese per il recupero ed il trasporto sono interamente a carico del trasgressore.

2-sexies. L'ammenda prevista dal comma 2 è aumentata da un terzo alla metà quando il reato è commesso dopo le ore 22 e prima delle ore 7.

2-septies. Le circostanze attenuanti concorrenti con l'aggravante di cui al comma 2-sexies non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a questa. Le diminuzioni di pena si operano sulla quantità della stessa risultante dall'aumento conseguente alla predetta aggravante.

2-octies. Una quota pari al venti per cento dell'ammenda irrogata con la sentenza di condanna che ha ritenuto sussistente l'aggravante di cui al comma 2-sexies è destinata ad alimentare il Fondo contro l'incidentalità notturna di cui all'articolo 6-bis del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 ottobre 2007, n. 160, e successive modificazioni.

3. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 4, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

4. Quando gli accertamenti qualitativi di cui al comma 3 hanno dato esito positivo, in ogni caso d'incidente ovvero quando si abbia altrimenti motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, anche accompagnandolo presso il più vicino ufficio o comando, hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento.

5. Per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, l'accertamento del tasso alcoolemico viene effettuato, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, da parte delle strutture sanitarie di base o di quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di legge. Copia della certificazione di cui al periodo precedente deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo di polizia che ha proceduto agli accertamenti, al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza. Si applicano le disposizioni del comma 5-bis dell'articolo 187.

6. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 o 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcoolemico superiore a 0,5 grammi per litro (g/l), l'interessato è considerato in stato di ebbrezza ai fini dell'applicazione delle sanzioni di cui al comma 2.

7. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5, il conducente è punito con le pene di cui al comma 2, lettera c). La condanna per il reato di cui al periodo che precede comporta la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e della confisca del veicolo con le stesse modalità e procedure previste dal comma 2, lettera c), salvo che il veicolo appartenga a persona estranea alla violazione. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica secondo le disposizioni del comma 8. Se il fatto è commesso da soggetto già condannato nei due anni precedenti per il medesimo reato, è sempre disposta la sanzione amministrativa accessoria della revoca della patente di guida ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI.

8. Con l'ordinanza con la quale viene disposta la sospensione della patente ai sensi dei commi 2 e 2-bis, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119, comma 4, che deve avvenire nel termine di sessanta giorni. Qualora il conducente non vi si sottoponga entro il termine fissato, il prefetto può disporre, in via cautelare, la sospensione della patente di guida fino all'esito della visita medica.

9. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 e 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcoolemico superiore a 1,5 grammi per litro, ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui ai commi 2 e 2-bis, il prefetto, in via cautelare, dispone la sospensione della patente fino all'esito della visita medica di cui al comma 8.

9-bis. Al di fuori dei casi previsti dal comma 2-bis del presente articolo, la pena detentiva e pecuniaria può essere sostituita, anche con il decreto penale di condanna, se non vi è opposizione da parte dell'imputato, con quella del lavoro di pubblica utilità di cui all'articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, secondo le modalità ivi previste e consistente nella prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività da svolgere, in via prioritaria, nel campo della sicurezza e dell'educazione stradale presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, o presso i centri specializzati di lotta alle dipendenze. Con il decreto penale o con la sentenza il giudice incarica l'ufficio locale di esecuzione penale ovvero gli organi di cui all'articolo 59 del decreto legislativo n. 274 del 2000 di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità. In deroga a quanto previsto dall'articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata e della conversione della pena pecuniaria ragguagliando 250 euro ad un giorno di lavoro di pubblica utilità. In caso di svolgimento positivo del lavoro di pubblica utilità, il giudice fissa una nuova udienza e dichiara estinto il reato, dispone la riduzione alla metà della sanzione della sospensione della patente e revoca la confisca del veicolo sequestrato. La decisione è ricorribile in cassazione. Il ricorso non sospende l'esecuzione a meno che il giudice che ha emesso la decisione disponga diversamente. In caso di violazione degli obblighi connessi allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, il giudice che procede o il giudice dell'esecuzione, a richiesta del pubblico ministero o di ufficio, con le formalità di cui all'articolo 666 del codice di procedura penale, tenuto conto dei motivi, della entità e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena sostitutiva con ripristino di quella sostituita e della sanzione amministrativa della sospensione della patente e della confisca. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di una volta.

Art. 186 bis

1. È vietato guidare dopo aver assunto bevande alcoliche e sotto l'influenza di queste per:

- a) i conducenti di età inferiore a ventuno anni e i conducenti nei primi tre anni dal conseguimento della patente di guida di categoria B;
- b) i conducenti che esercitano l'attività di trasporto di persone, di cui agli articoli 85, 86 e 87;
- c) i conducenti che esercitano l'attività di trasporto di cose, di cui agli articoli 88, 89 e 90;

d) i conducenti di autoveicoli di massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5 t, di autoveicoli trainanti un rimorchio che comporti una massa complessiva totale a pieno carico dei due veicoli superiore a 3,5 t, di autobus e di altri autoveicoli destinati al trasporto di persone il cui numero di posti a sedere, escluso quello del conducente, è superiore a otto, nonché di autoarticolati e di autosnodati.

2. I conducenti di cui al comma 1 che guidino dopo aver assunto bevande alcoliche e sotto l'influenza di queste sono puniti con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 168 a euro 679, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0 (zero) e non superiore a 0,5 grammi per litro (gli). Nel caso in cui il conducente, nelle condizioni di cui al periodo precedente, provochi un incidente, le sanzioni di cui al medesimo periodo sono raddoppiate.

3. Per i conducenti di cui al comma 1 del presente articolo, ove incorrano negli illeciti di cui all'articolo 186, comma 2, lettera a), le sanzioni ivi previste sono aumentate di un terzo; ove incorrano negli illeciti di cui all'articolo 186, comma 2, lettere b) e c), le sanzioni ivi previste sono aumentate da un terzo alla metà.

4. Le circostanze attenuanti concorrenti con le aggravanti di cui al comma 3 non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a queste. Le diminuzioni di pena si operano sulla quantità della stessa risultante dall'aumento conseguente alla predetta aggravante.

5. La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l) per i conducenti di cui alla lettera d) del comma 1, ovvero in caso di recidiva nel triennio per gli altri conducenti di cui al medesimo comma. È fatta salva l'applicazione delle disposizioni di cui al quinto e al sesto periodo della lettera c) del comma 2 dell'articolo 186.

6. Si applicano le disposizioni di cui ai commi da 3 a 6, 8 e 9 dell'articolo 186. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5 dell'articolo 186, il conducente è punito con le pene previste dal comma 2, lettera c), del medesimo articolo, aumentate da un terzo alla metà. La condanna per il reato di cui al periodo precedente comporta la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e della confisca del veicolo con le stesse modalità e procedure previste dal citato articolo 186, comma 2, lettera c), salvo che il veicolo appartenga a persona estranea al reato. Se il veicolo appartiene a persona estranea al reato, la durata della sospensione della patente di guida è raddoppiata. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente di guida, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica secondo le disposizioni del comma 8 del citato articolo 186. Se il fatto è commesso da soggetto già condannato nei due anni precedenti per il medesimo reato, è sempre disposta la sanzione amministrativa accessoria della revoca della patente di guida ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI.

7. Il conducente di età inferiore a diciotto anni, per il quale sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0 (zero) e non superiore a 0,5 grammi per litro (g/l), non può conseguire la patente di guida di categoria B prima del compimento del diciannovesimo anno di età. Il conducente di età inferiore a diciotto anni, per il quale sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 grammi per litro (g/l), non può conseguire la patente di guida di categoria B prima del compimento del ventunesimo anno di età. Il conducente di età inferiore a diciotto anni, per il quale sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 grammi per litro (g/l), non può conseguire la patente di guida di categoria B prima del compimento del ventunesimo anno di età.

(8) CODICE DELLA STRADA Art. 186-186bis – Guida sotto l'influenza dell'alcool

(9) **CODICE DELLA STRADA Art. 187 - Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti**

1. Chiunque guida in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000 e l'arresto da sei mesi ad un anno. All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a due anni. Se il veicolo appartiene a persona estranea al reato, la durata della sospensione della patente è raddoppiata. Per i conducenti di cui al comma 1 dell'articolo 186-bis, le sanzioni di cui al primo e al secondo periodo del presente comma sono aumentate da un terzo alla metà. Si applicano le disposizioni del comma 4 dell'articolo 186-bis. La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI, quando il reato è commesso da uno dei conducenti di cui alla lettera d) del citato comma 1 dell'articolo 186-bis, ovvero in caso di recidiva nel triennio. Con la sentenza di condanna ovvero di applicazione della pena a richiesta delle parti, anche se e' stata applicata la sospensione condizionale della pena, e' sempre disposta la confisca del veicolo con il quale e' stato commesso il reato, salvo che il veicolo stesso appartenga a persona estranea al reato.

Ai fini del sequestro si applicano le disposizioni di cui all'articolo 224-ter.

1-bis. Se il conducente in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope provoca un incidente stradale, le pene di cui al comma 1 sono raddoppiate ed e, fatto salvo quanto previsto dal settimo e dall'ottavo periodo del comma 1, la patente di guida e' sempre revocata ai sensi del capo H, sezione H, del titolo VI. È fatta salva in ogni caso l'applicazione dell'articolo 222.

1-ter - Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica. Si applicano le disposizioni dell' articolo 186, comma 2-quater.

1-quater. L'ammenda prevista dal comma 1 è aumentata da un terzo alla metà quando il reato è commesso dopo le ore 22 e prima delle ore 7. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 186, commi 2-septies e 2-octies.

2. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 3, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

2-bis. Quando gli accertamenti di cui al comma 2 forniscono esito positivo ovvero quando si ha altrimenti ragionevole motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi sotto l'effetto conseguente all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, i conducenti, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono essere sottoposti ad accertamenti clinico-tossicologici e strumentali ovvero analitici su campioni di mucosa del cavo orale prelevati a cura di personale sanitario ausiliario delle forze di polizia. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con i Ministri dell'interno, della giustizia e della salute, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga e il Consiglio superiore di sanità, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono stabilite le modalità, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, di effettuazione degli accertamenti di cui al periodo precedente e le caratteristiche degli strumenti da impiegare negli accertamenti medesimi. Ove necessario a garantire la neutralità finanziaria di cui al precedente periodo, il medesimo decreto puo' prevedere che gli accertamenti di cui al presente comma siano effettuati, anziché su campioni di mucosa del cavo orale, su campioni di fluido del cavo orale.

3. Nei casi previsti dal comma 2-bis, qualora non sia possibile effettuare il prelievo a cura del personale sanitario ausiliario delle forze di polizia ovvero qualora il conducente rifiuti di sottoporsi a tale prelievo, gli agenti di polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, fatti salvi gli ulteriori obblighi previsti dalla legge, accompagnano il conducente presso strutture sanitarie fisse o mobili afferenti ai suddetti organi di polizia stradale ovvero presso le strutture sanitarie e pubbliche o presso quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate, per il prelievo di campioni di liquidi biologici ai fini dell'effettuazione degli esami necessari ad accertare la presenza di sostanze stupefacenti o psicotrope. Le medesime disposizioni si applicano in caso di incidenti, compatibilmente con le attività di rilevamento e di soccorso.

4. Le strutture sanitarie di cui al comma 3, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, effettuano altresì gli accertamenti sui conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, ai fini indicati dal comma 3; essi possono contestualmente riguardare anche il tasso alcolemico previsto nell'articolo 186.

5. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di legge. [I fondi necessari per l'espletamento degli accertamenti conseguenti ad incidenti stradali sono reperiti nell'ambito dei fondi destinati al Piano nazionale della sicurezza stradale di cui all'articolo 32 della legge 17 maggio 1999, n. 144.] Copia del referto sanitario positivo deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo di Polizia che ha proceduto agli accertamenti, al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza.

5-bis. Qualora l'esito degli accertamenti di cui ai commi 3, 4 e 5 non sia immediatamente disponibile e gli accertamenti di cui al comma 2 abbiano dato esito positivo, se ricorrono fondati motivi per ritenere che il conducente si trovi in stato di alterazione psico-fisica dopo l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, gli organi di polizia stradale possono disporre il ritiro della patente di guida fino all'esito degli accertamenti e, comunque, per un periodo non superiore a dieci giorni. Si applicano le disposizioni dell' articolo 216 in quanto compatibili. La patente ritirata e' depositata presso l'ufficio o il comando da cui dipende l'organo accertatore.

6. Il prefetto, sulla base dell'esito degli accertamenti analitici di cui al comma 2-bis, ovvero della certificazione rilasciata dai centri di cui al comma 3, ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119 e dispone la sospensione, in via cautelare, della patente fino all'esito dell'esame di revisione che deve avvenire nel termine e con le modalità indicate dal regolamento.

7. Chiunque guida in condizioni di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ove il fatto non costituisca più grave reato, è punito con le sanzioni dell'articolo 186, comma 2. Si applicano le disposizioni del comma 2, ultimo periodo, dell'articolo 186.

8. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 2, 2-bis, 3 o 4, il conducente e' soggetto alle sanzioni di cui all'articolo 186, comma 7. Con l'ordinanza con la quale e' disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119.p

8-bis. Al di fuori dei casi previsti dal comma 1-bis de presente articolo, la pena detentiva e pecuniaria può essere sostituita, anche con il decreto penale di condanna, se non vi è opposizione da parte dell'imputato, con quella del lavoro di pubblica utilità cui all'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, secondo le modalità ivi previste e consistente nella prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività da svolgere, in via prioritaria, nel campo della sicurezza e dell'educazione stradale presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, nonché' nella partecipazione ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo del soggetto tossicodipendente come definito ai sensi degli articoli 121 e 122 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. Con il decreto penale o con la sentenza il giudice in carica l'ufficio locale di esecuzione penale ovvero gli organi di cui all'articolo 59 del decreto legislativo n. 274 del 2000 di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità'. In deroga a quanto previsto dall'articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata e della conversione della pena pecuniaria ragguagliando 250 euro ad un giorno di lavoro di pubblica utilità. In caso di svolgimento positivo del lavoro di pubblica utilità, il giudice fissa una nuova udienza e dichiara estinto il reato, dispone la riduzione alla meta' della sanzione della sospensione della patente e revoca la confisca del veicolo sequestrato.

La decisione e' ricorribile in cassazione. Il ricorso non sospende l'esecuzione a meno che il giudice che ha emesso la decisione disponga diversamente. In caso di violazione degli obblighi connessi allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, il giudice che procede o il giudice dell'esecuzione, a richiesta del pubblico ministero o di ufficio, con le formalità di cui all'articolo 666 del codice di procedura penale, tenuto conto dei motivi, della entità e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena sostitutiva con ripristino di quella sostituita e della sanzione amministrativa della sospensione della patente e della confisca. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di una volta.

(10) CODICE DELLA STRADA art. 189 – Comportamento in caso di incidente

1. L'utente della strada, in caso di incidente comunque ricollegabile al suo comportamento, ha l'obbligo di fermarsi e di prestare l'assistenza occorrente a coloro che, eventualmente, abbiano subito danno alla persona.
2. Le persone coinvolte in un incidente devono porre in atto ogni misura idonea a salvaguardare la sicurezza della circolazione e, compatibilmente con tale esigenza adoperarsi affinché non venga modificato lo stato dei luoghi e disperse le tracce utili per l'accertamento delle responsabilità.
3. Ove dall'incidente siano derivati danni alle sole cose, i conducenti e ogni altro utente della strada coinvolto devono inoltre, ove possibile, evitare intralcio alla circolazione, secondo le disposizioni dell'art. 161. Gli agenti in servizio di polizia stradale, in tali casi, dispongono l'immediata rimozione di ogni intralcio alla circolazione, salva soltanto l'esecuzione, con assoluta urgenza, degli eventuali rilievi necessari per appurare le modalità dell'incidente.
4. In ogni caso i conducenti devono, altresì, fornire le proprie generalità, nonché le altre informazioni utili, anche ai fini risarcitori, alle persone danneggiate o, se queste non sono presenti, comunicare loro nei modi possibili gli elementi sopraindicati.
5. Chiunque, nelle condizioni di cui al comma 1, non ottempera all'obbligo di fermarsi in caso di incidente, con danno alle sole cose, è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 303 a Euro 1.210. In tale caso, se dal fatto deriva un grave danno ai veicoli coinvolti tale da determinare l'applicazione della revisione di cui all'articolo 80, comma 7, si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da quindici giorni a due mesi, ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI.
6. Chiunque, nelle condizioni di cui comma 1, in caso di incidente con danno alle persone, non ottempera all'obbligo di fermarsi, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a tre anni, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI. Nei casi di cui al presente comma sono applicabili le misure previste dagli articoli 281, 282, 283 e 284 del codice di procedura penale, anche al di fuori dei limiti previsti dall'articolo 280 del medesimo codice, ed è possibile procedere all'arresto, ai sensi dell'articolo 381 del codice di procedura penale, anche al di fuori dei limiti di pena ivi previsti.
7. Chiunque, nelle condizioni di cui al comma 1, non ottempera all'obbligo di prestare l'assistenza occorrente alle persone ferite, è punito con la reclusione un anno a tre anni. Si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo non inferiore ad un anno e sei mesi e non superiore a cinque anni, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI.
8. Il conducente che si fermi e, occorrendo, presti assistenza a coloro che hanno subito danni alla persona, mettendosi immediatamente a disposizione degli organi di polizia giudiziaria, quando dall'incidente derivi il delitto di lesioni personali colpose, non è soggetto all'arresto stabilito per il caso di flagranza di reato.
- 8-bis. Nei confronti del conducente che, entro le ventiquattro ore successive al fatto di cui al comma 6, si mette a disposizione degli organi di polizia giudiziaria, non si applicano le disposizioni di cui al terzo periodo del comma 6.
9. Chiunque non ottempera alle disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 4 è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 87 ad Euro 345.
- 9-bis. L'utente della strada, in caso di incidente comunque ricollegabile al suo comportamento, da cui derivi danno a uno o più animali d'affezione, da reddito o protetti, ha l'obbligo di fermarsi e di porre in atto ogni misura idonea ad assicurare un tempestivo intervento di soccorso agli animali che abbiano subito il danno. Chiunque non ottempera agli obblighi di cui al periodo precedente è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 431 a € 1.734. Le persone coinvolte in un incidente con danno a uno o più animali d'affezione, da reddito o protetti devono porre in atto ogni misura idonea ad assicurare un tempestivo intervento di soccorso. Chiunque non ottempera all'obbligo di cui al periodo precedente è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 87 a Euro 345.

(11) Presentato ai sensi dell'art. 17-bis del D. Lgs. 31 dicembre 1992 n. 546.

1. Per le controversie di valore non superiore a cinquantamila euro, il ricorso produce anche gli effetti di un reclamo e può contenere una proposta di mediazione con rideterminazione dell'ammontare della pretesa. Il valore di cui al periodo precedente è determinato secondo le disposizioni di cui all'articolo 12, comma 2. Le controversie di valore indeterminabile non sono reclamabili, ad eccezione di quelle di cui all'articolo 2, comma 2, primo periodo.
1-bis. Sono esclusi dalla mediazione i tributi costituenti risorse proprie tradizionali di cui all'articolo 2, paragrafo 1, lettera a), della decisione 2014/335/UE, Euratom del Consiglio, del 26 maggio 2014.
2. Il ricorso non è procedibile fino alla scadenza del termine di novanta giorni dalla data di notifica, entro il quale deve essere conclusa la procedura di cui al presente articolo. Si applica la sospensione dei termini processuali nel periodo feriale.

3. Il termine per la costituzione in giudizio del ricorrente decorre dalla scadenza del termine di cui al comma 2. Se la Commissione rileva che la costituzione è avvenuta in data anteriore rinvia la trattazione della causa per consentire l'esame del reclamo.
4. Le Agenzie delle entrate, delle dogane e dei monopoli di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, provvedono all'esame del reclamo e della proposta di mediazione mediante apposite strutture diverse ed autonome da quelle che curano l'istruttoria degli atti reclamabili. Per gli altri enti impositori la disposizione di cui al periodo precedente si applica compatibilmente con la propria struttura organizzativa.
5. L'organo destinatario, se non intende accogliere il reclamo o l'eventuale proposta di mediazione, formula d'ufficio una propria proposta avuto riguardo all'eventuale incertezza delle questioni controverse, al grado di sostenibilità della pretesa e al principio di economicità dell'azione amministrativa. L'esito del procedimento rileva anche per i contributi previdenziali e assistenziali la cui base imponibile è riconducibile a quella delle imposte sui redditi.
6. Nelle controversie aventi ad oggetto un atto impositivo o di riscossione, la mediazione si perfeziona con il versamento, entro il termine di venti giorni dalla data di sottoscrizione dell'accordo tra le parti, delle somme dovute ovvero della prima rata. Per il versamento delle somme dovute si applicano le disposizioni, anche sanzionatorie, previste per l'accertamento con adesione dall'articolo 8 del decreto legislativo 19 giugno 1997, n. 218. Nelle controversie aventi per oggetto la restituzione di somme la mediazione si perfeziona con la sottoscrizione di un accordo nel quale sono indicate le somme dovute con i termini e le modalità di pagamento. L'accordo costituisce titolo per il pagamento delle somme dovute al contribuente.
7. Le sanzioni amministrative si applicano nella misura del trentacinque per cento del minimo previsto dalla legge. Sulle somme dovute a titolo di contributi previdenziali e assistenziali non si applicano sanzioni e interessi.
8. La riscossione e il pagamento delle somme dovute in base all'atto oggetto di reclamo sono sospesi fino alla scadenza del termine di cui al comma 2, fermo restando che in caso di mancato perfezionamento della mediazione sono dovuti gli interessi previsti dalle singole leggi d'imposta.
9. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano, in quanto compatibili, anche agli agenti della riscossione ed ai soggetti iscritti nell'albo di cui all'articolo 53 del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446.
10. Il presente articolo non si applica alle controversie di cui all'articolo 47-bis.

(12) Codice di Procedura Civile Art. 95 - Spese del processo di esecuzione

Le spese sostenute dal creditore procedente e da quelli intervenuti che partecipano utilmente alla distribuzione sono a carico di chi ha subito l'esecuzione, fermo il privilegio stabilito dal codice civile.

(13) CODICE DI PROCEDURA PENALE Art. 374 – Presentazione spontanea

1. Chi ha notizia che nei suoi confronti sono svolte indagini, ha facoltà di presentarsi al pubblico ministero e di rilasciare dichiarazioni.
2. Quando il fatto per cui si procede è contestato a chi si presenta spontaneamente e questi è ammesso a esporre le sue discolpe, l'atto così compiuto equivale per ogni effetto all'interrogatorio. In tale ipotesi, si applicano le disposizioni previste dagli articoli 64, 65 e 364.
3. La presentazione spontanea non pregiudica l'applicazione di misure cautelari.

(14) CODICE DI PROCEDURA PENALE Art. 375 – Invito a presentarsi

1. Il pubblico ministero invita la persona sottoposta alle indagini a presentarsi quando deve procedere ad atti che ne richiedono la presenza.
2. L'invito a presentarsi contiene:
 - a) le generalità o le altre indicazioni personali che valgono a identificare la persona sottoposta alle indagini;
 - b) il giorno, l'ora e il luogo della presentazione nonché l'autorità davanti alla quale la persona deve presentarsi;
 - c) il tipo di atto per il quale l'invito è predisposto;
 - d) l'avvertimento che il pubblico ministero potrà disporre a norma dell'articolo 132 l'accompagnamento coattivo in caso di mancata presentazione senza che sia stato addotto legittimo impedimento.
3. Quando la persona è chiamata a rendere l'interrogatorio l'invito contiene altresì la somaria enunciazione del fatto quale risulta dalle indagini fino a quel momento compiute [369, 369-bis]. L'invito può inoltre contenere, ai fini di quanto previsto dall'articolo 453, comma 1, l'indicazione degli elementi e delle fonti di prova e l'avvertimento che potrà essere presentata richiesta di giudizio immediato.

4. L'invito a presentarsi è notificato almeno tre giorni prima di quello fissato per la comparizione, salvo che, per ragioni di urgenza, il pubblico ministero ritenga di abbreviare il termine, purché sia lasciato il tempo necessario per comparire.

(15) CODICE DI PROCEDURA PENALE Art. 376 - Accompagnamento coattivo per procedere a interrogatorio o a confronto

1. Quando si tratta di procedere ad atti di interrogatorio o confronto, l'accompagnamento coattivo è disposto dal pubblico ministero su autorizzazione del giudice.

(16) Articoli 186 n. 6 e 187 n. 5 del CODICE DELLA STRADA

Art. 186 - Guida sotto l'influenza dell'alcool

1. È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche. Per l'irrogazione della pena è competente il tribunale.

2. Chiunque guida in stato di ebbrezza è punito, ove il fatto non costituisca più grave reato: a) con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da euro 544 a euro 2.174, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 e non superiore a 0,8 grammi per litro (g/l). All'accertamento della violazione consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da tre a sei mesi;

b) con l'ammenda da euro 800 a euro 3.200 e l'arresto fino a sei mesi, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,8 e non superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da sei mesi ad un anno;

c) con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000, l'arresto da sei mesi ad un anno, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l). All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a due anni. Se il veicolo appartiene a persona estranea al reato, la durata della sospensione della patente di guida è raddoppiata.

La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI, in caso di recidiva nel biennio. Con la sentenza di condanna ovvero di applicazione della pena su richiesta delle parti, anche se è stata applicata la sospensione condizionale della pena, è sempre disposta la confisca del veicolo con il quale è stato commesso il reato, salvo che il veicolo stesso appartenga a persona estranea al reato. Ai fini del sequestro si applicano le disposizioni di cui all'articolo 224-ter. 2-bis. Se il conducente in stato di ebbrezza provoca un incidente stradale, le sanzioni di cui al comma 2 del presente articolo e al comma 3 dell'articolo 186-bis sono raddoppiate ed è disposto il fermo amministrativo del veicolo per centottanta giorni, salvo che il veicolo appartenga a persona estranea all'illecito. Qualora per il conducente che provochi un incidente stradale sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro (g/l), fatto salvo quanto previsto dal quinto e sesto periodo della lettera c) del comma 2 del presente articolo, la patente di guida è sempre revocata ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI. È fatta salva in ogni caso l'applicazione dell'articolo 222.

2-ter. Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica.

2-quater. Le disposizioni relative alle sanzioni accessorie di cui ai commi 2 e 2-bis si applicano anche in caso di applicazione della pena su richiesta delle parti.

2-quinquies. Salvo che non sia disposto il sequestro ai sensi del comma 2, il veicolo, qualora non possa essere guidato da altra persona idonea, può essere fatto trasportare fino al luogo indicato dall'interessato o fino alla più vicina autorimessa e lasciato in consegna al proprietario o al gestore di essa con le normali garanzie per la custodia. Le spese per il recupero ed il trasporto sono interamente a carico del trasgressore.

2-sexies. L'ammenda prevista dal comma 2 è aumentata da un terzo alla metà quando il reato è commesso dopo le ore 22 e prima delle ore 7.

2-septies. Le circostanze attenuanti concorrenti con l'aggravante di cui al comma 2-sexies non possono essere ritenute equivalenti o prevalenti rispetto a questa. Le diminuzioni di pena si operano sulla quantità della stessa risultante dall'aumento conseguente alla predetta aggravante.

2-octies. Una quota pari al venti per cento dell'ammenda irrogata con la sentenza di condanna che ha ritenuto sussistente l'aggravante di cui al comma 2-sexies è destinata ad alimentare il Fondo contro l'incidentalità notturna di cui all'articolo 6-bis del decreto-legge 3 agosto 2007, n. 117, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 ottobre 2007, n. 160, e successive modificazioni.

3. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 4, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

4. Quando gli accertamenti qualitativi di cui al comma 3 hanno dato esito positivo, in ogni caso d'incidente ovvero quando si abbia altrimenti motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcool, gli organi di Polizia stradale di cui all' articolo 12 , commi 1 e 2, anche accompagnandolo presso il più vicino ufficio o comando, hanno la facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento.

5. Per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, l'accertamento del tasso alcolemico viene effettuato, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, da parte delle strutture sanitarie di base o di quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di legge. Copia della certificazione di cui al periodo precedente deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo di polizia che ha proceduto agli accertamenti, al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti di competenza. Si applicano le disposizioni del comma 5-bis dell'articolo 187.

6. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 o 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 grammi per litro (g/l), l'interessato è considerato in stato di ebbrezza ai fini dell'applicazione delle sanzioni di cui al comma 2.

7. Salvo che il fatto costituisca più grave reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 3, 4 o 5, il conducente è punito con le pene di cui al comma 2, lettera c). La condanna per il reato di cui al periodo che precede comporta la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo da sei mesi a due anni e della confisca del veicolo con le stesse modalità e procedure previste dal comma 2, lettera c), salvo che il veicolo appartenga a persona estranea alla violazione. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica secondo le disposizioni del comma 8. Se il fatto è commesso da soggetto già condannato nei due anni precedenti per il medesimo reato, è sempre disposta la sanzione amministrativa accessoria della revoca della patente di guida ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI.

8. Con l'ordinanza con la quale viene disposta la sospensione della patente ai sensi dei commi 2 e 2-bis, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119, comma 4, che deve avvenire nel termine di sessanta giorni. Qualora il conducente non vi si sottoponga entro il termine fissato, il prefetto può disporre, in via cautelare, la sospensione della patente di guida fino all'esito della visita medica.

9. Qualora dall'accertamento di cui ai commi 4 e 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 grammi per litro, ferma restando l'applicazione delle sanzioni di cui ai commi 2 e 2-bis, il prefetto, in via cautelare, dispone la sospensione della patente fino all'esito della visita medica di cui al comma 8.

9-bis. Al di fuori dei casi previsti dal comma 2-bis del presente articolo, la pena detentiva e pecuniaria può essere sostituita, anche con il decreto penale di condanna, se non vi è opposizione da parte dell'imputato, con quella del lavoro di pubblica utilità di cui all'articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, secondo le modalità ivi previste e consistente nella prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività da svolgere, in via prioritaria, nel campo della sicurezza e dell'educazione stradale presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, o presso i centri specializzati di lotta alle dipendenze. Con il decreto penale o con la sentenza il giudice incarica l'ufficio locale di esecuzione penale ovvero gli organi di cui all'articolo 59 del decreto legislativo n. 274 del 2000 di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità. In deroga a quanto previsto dall'articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata e della conversione della pena pecuniaria ragguagliando 250 euro ad un giorno di lavoro di pubblica utilità. In caso di svolgimento positivo del lavoro di pubblica utilità, il giudice fissa una nuova udienza e dichiara estinto il reato, dispone la riduzione alla metà della sanzione della sospensione della patente e revoca la confisca del veicolo sequestrato. La decisione è ricorribile in cassazione. Il ricorso non sospende l'esecuzione a meno che il giudice che ha emesso la decisione disponga diversamente. In caso di violazione degli obblighi connessi allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, il giudice che procede o il giudice dell'esecuzione, a richiesta del pubblico ministero o di ufficio, con le formalità di cui all' articolo 666 del codice di procedura penale , tenuto conto dei motivi, della entità e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena sostitutiva con ripristino di quella sostituita e della sanzione amministrativa della sospensione della patente e della confisca. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di una volta.

Art. 187 – Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti

1. Chiunque guida in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope è punito con l'ammenda da euro 1.500 a euro 6.000 e l'arresto da sei mesi ad un anno. All'accertamento del reato consegue in ogni caso la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a due anni. Se il veicolo appartiene a persona estranea al reato, la durata della sospensione della patente è raddoppiata. Per i conducenti di cui al comma 1 dell'articolo 186-bis, le sanzioni di cui al primo e al secondo periodo del presente comma sono aumentate da un terzo alla metà. Si applicano le disposizioni del comma 4 dell'articolo 186-bis. La patente di guida è sempre revocata, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI, quando il reato è commesso da uno dei conducenti di cui alla lettera d) del citato comma 1 dell'articolo 186-bis, ovvero in caso di recidiva nel triennio. Con la sentenza di condanna ovvero di applicazione della pena a richiesta delle parti, anche se è stata applicata la sospensione condizionale della pena, è sempre disposta la confisca del veicolo con il quale è stato commesso il reato, salvo che il veicolo stesso appartenga a persona estranea al reato.

Ai fini del sequestro si applicano le disposizioni di cui all'articolo 224-ter.

1-bis. Se il conducente in stato di alterazione psico-fisica dopo aver assunto sostanze stupefacenti o psicotrope provoca un incidente stradale, le pene di cui al comma 1 sono raddoppiate ed è, fatto salvo quanto previsto dal settimo e dall'ottavo periodo del comma 1, la patente di guida è sempre revocata ai sensi del capo H, sezione H, del titolo VI. È fatta salva in ogni caso l'applicazione dell'articolo 222.

1-ter - Competente a giudicare dei reati di cui al presente articolo è il tribunale in composizione monocratica. Si applicano le disposizioni dell'articolo 186, comma 2-quater.

1-quater. L'ammenda prevista dal comma 1 è aumentata da un terzo alla metà quando il reato è commesso dopo le ore 22 e prima delle ore 7. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 186, commi 2-septies e 2-octies.

2. Al fine di acquisire elementi utili per motivare l'obbligo di sottoposizione agli accertamenti di cui al comma 3, gli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, secondo le direttive fornite dal Ministero dell'interno, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono sottoporre i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove, anche attraverso apparecchi portatili.

2-bis. Quando gli accertamenti di cui al comma 2 forniscono esito positivo ovvero quando si ha altrimenti ragionevole motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi sotto l'effetto conseguente all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, i conducenti, nel rispetto della riservatezza personale e senza pregiudizio per l'integrità fisica, possono essere sottoposti ad accertamenti clinico-tossicologici e strumentali ovvero analitici su campioni di mucosa del cavo orale prelevati a cura di personale sanitario ausiliario delle forze di polizia. Con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con i Ministri dell'interno, della giustizia e della salute, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche antidroga e il Consiglio superiore di sanità, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, sono stabilite le modalità, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, di effettuazione degli accertamenti di cui al periodo precedente e le caratteristiche degli strumenti da impiegare negli accertamenti medesimi. Ove necessario a garantire la neutralità finanziaria di cui al precedente periodo, il medesimo decreto può prevedere che gli accertamenti di cui al presente comma siano effettuati, anziché su campioni di mucosa del cavo orale, su campioni di fluido del cavo orale.

3. Nei casi previsti dal comma 2-bis, qualora non sia possibile effettuare il prelievo a cura del personale sanitario ausiliario delle forze di polizia ovvero qualora il conducente rifiuti di sottoporsi a tale prelievo, gli agenti di polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, fatti salvi gli ulteriori obblighi previsti dalla legge, accompagnano il conducente presso strutture sanitarie fisse o mobili afferenti ai suddetti organi di polizia stradale ovvero presso le strutture sanitarie e pubbliche o presso quelle accreditate o comunque a tali fini equiparate, per il prelievo di campioni di liquidi biologici ai fini dell'effettuazione degli esami necessari ad accertare la presenza di sostanze stupefacenti o psicotrope. Le medesime disposizioni si applicano in caso di incidenti, compatibilmente con le attività di rilevamento e di soccorso.

4. Le strutture sanitarie di cui al comma 3, su richiesta degli organi di Polizia stradale di cui all'articolo 12, commi 1 e 2, effettuano altresì gli accertamenti sui conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche, ai fini indicati dal comma 3; essi possono contestualmente riguardare anche il tasso alcolemico previsto nell'articolo 186.

5. Le strutture sanitarie rilasciano agli organi di Polizia stradale la relativa certificazione, estesa alla prognosi delle lesioni accertate, assicurando il rispetto della riservatezza dei dati in base alle vigenti disposizioni di legge. [I fondi necessari per l'espletamento degli accertamenti conseguenti ad incidenti stradali sono reperiti nell'ambito dei fondi destinati al Piano nazionale della sicurezza stradale di cui all'articolo 32 della legge 17 maggio 1999, n. 144.] Copia del referto sanitario positivo deve essere tempestivamente trasmessa, a cura dell'organo di Polizia che ha proceduto agli accertamenti, al prefetto del luogo della commessa violazione per gli eventuali provvedimenti

di competenza.

5-bis. Qualora l'esito degli accertamenti di cui ai commi 3, 4 e 5 non sia immediatamente disponibile e gli accertamenti di cui al comma 2 abbiano dato esito positivo, se ricorrono fondati motivi per ritenere che il conducente si trovi in stato di alterazione psico-fisica dopo l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, gli organi di polizia stradale possono disporre il ritiro della patente di guida fino all'esito degli accertamenti e, comunque, per un periodo non superiore a dieci giorni. Si applicano le disposizioni dell'articolo 216 in quanto compatibili. La patente ritirata è depositata presso l'ufficio o il comando da cui dipende l'organo accertatore.

6. Il prefetto, sulla base dell'esito degli accertamenti analitici di cui al comma 2-bis, ovvero della certificazione rilasciata dai centri di cui al comma 3, ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119 e dispone la sospensione, in via cautelare, della patente fino all'esito dell'esame di revisione che deve avvenire nel termine e con le modalità indicate dal regolamento.

7. Chiunque guida in condizioni di alterazione fisica e psichica correlata con l'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, ove il fatto non costituisca più grave reato, è punito con le sanzioni dell'articolo 186, comma 2. Si applicano le disposizioni del comma 2, ultimo periodo, dell'articolo 186.

8. Salvo che il fatto costituisca reato, in caso di rifiuto dell'accertamento di cui ai commi 2, 2-bis, 3 o 4, il conducente è soggetto alle sanzioni di cui all'articolo 186, comma 7. Con l'ordinanza con la quale è disposta la sospensione della patente, il prefetto ordina che il conducente si sottoponga a visita medica ai sensi dell'articolo 119.

8-bis. Al di fuori dei casi previsti dal comma 1-bis del presente articolo, la pena detentiva e pecuniaria può essere sostituita, anche con il decreto penale di condanna, se non vi è opposizione da parte dell'imputato, con quella del lavoro di pubblica utilità cui all'articolo 54 del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, secondo le modalità ivi previste e consistente nella prestazione di un'attività non retribuita a favore della collettività da svolgere, in via prioritaria, nel campo della sicurezza e dell'educazione stradale presso lo Stato, le regioni, le province, i comuni o presso enti o organizzazioni di assistenza sociale e di volontariato, nonché nella partecipazione ad un programma terapeutico e socio-riabilitativo del soggetto tossicodipendente come definito ai sensi degli articoli 121 e 122 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. Con il decreto penale o con la sentenza il giudice in carica l'ufficio locale di esecuzione penale ovvero gli organi di cui all'articolo 59 del decreto legislativo n. 274 del 2000 di verificare l'effettivo svolgimento del lavoro di pubblica utilità'. In deroga a quanto previsto dall'articolo 54 del decreto legislativo n. 274 del 2000, il lavoro di pubblica utilità ha una durata corrispondente a quella della sanzione detentiva irrogata e della conversione della pena pecuniaria ragguagliando 250 euro ad un giorno di lavoro di pubblica utilità. In caso di svolgimento positivo del lavoro di pubblica utilità, il giudice fissa una nuova udienza e dichiara estinto il reato, dispone la riduzione alla metà della sanzione della sospensione della patente e revoca la confisca del veicolo sequestrato.

La decisione è ricorribile in cassazione. Il ricorso non sospende l'esecuzione a meno che il giudice che ha emesso la decisione disponga diversamente. In caso di violazione degli obblighi connessi allo svolgimento del lavoro di pubblica utilità, il giudice che procede o il giudice dell'esecuzione, a richiesta del pubblico ministero o di ufficio, con le formalità di cui all'articolo 666 del codice di procedura penale, tenuto conto dei motivi, della entità e delle circostanze della violazione, dispone la revoca della pena sostitutiva con ripristino di quella sostituita e della sanzione amministrativa della sospensione della patente e della confisca. Il lavoro di pubblica utilità può sostituire la pena per non più di una volta.

(17) CODICE DELLA STRADA Art. 189 – Comportamento in caso di incidente

1. L'utente della strada, in caso di incidente comunque ricollegabile al suo comportamento, ha l'obbligo di fermarsi e di prestare l'assistenza occorrente a coloro che, eventualmente, abbiano subito danno alla persona.

2. Le persone coinvolte in un incidente devono porre in atto ogni misura idonea a salvaguardare la sicurezza della circolazione e, compatibilmente con tale esigenza adoperarsi affinché non venga modificato lo stato dei luoghi e disperse le tracce utili per l'accertamento delle responsabilità.

3. Ove dall'incidente siano derivati danni alle sole cose, i conducenti e ogni altro utente della strada coinvolto devono inoltre, ove possibile, evitare intralcio alla circolazione, secondo le disposizioni dell'art. 161. Gli agenti in servizio di polizia stradale, in tali casi, dispongono l'immediata rimozione di ogni intralcio alla circolazione, salva soltanto l'esecuzione, con assoluta urgenza, degli eventuali rilievi necessari per appurare le modalità dell'incidente.

4. In ogni caso i conducenti devono, altresì, fornire le proprie generalità, nonché le altre informazioni utili, anche ai fini risarcitori, alle persone danneggiate o, se queste non sono presenti, comunicare loro nei modi possibili gli elementi sopraindicati.

5. Chiunque, nelle condizioni di cui al comma 1, non ottempera all'obbligo di fermarsi in caso di incidente, con danno alle sole cose, è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 303 a Euro 1.210. In tale caso, se dal fatto deriva un grave danno ai veicoli coinvolti tale da determinare l'applicazione della revisione di cui all'articolo 80, comma 7, si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da quindici giorni a due mesi, ai sensi del capo I, sezione II, del titolo VI.

6. Chiunque, nelle condizioni di cui comma 1, in caso di incidente con danno alle persone, non ottempera all'obbligo di fermarsi, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida da uno a tre anni, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI. Nei casi di cui al presente comma sono applicabili le misure previste dagli articoli 281, 282, 283 e 284 del codice di procedura penale, anche al di fuori dei limiti previsti dall'articolo 280 del medesimo codice, ed è possibile procedere all'arresto, ai sensi dell'articolo 381 del codice di procedura penale, anche al di fuori dei limiti di pena ivi previsti.

7. Chiunque, nelle condizioni di cui al comma 1, non ottempera all'obbligo di prestare l'assistenza occorrente alle persone ferite, è punito con la reclusione un anno a tre anni. Si applica la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente di guida per un periodo non inferiore ad un anno e sei mesi e non superiore a cinque anni, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI.

8. Il conducente che si fermi e, occorrendo, presti assistenza a coloro che hanno subito danni alla persona, mettendosi immediatamente a disposizione degli organi di polizia giudiziaria, quando dall'incidente derivi il delitto di lesioni personali colpose, non è soggetto all'arresto stabilito per il caso di flagranza di reato.

8-bis. Nei confronti del conducente che, entro le ventiquattro ore successive al fatto di cui al comma 6, si mette a disposizione degli organi di polizia giudiziaria, non si applicano le disposizioni di cui al terzo periodo del comma 6.

9. Chiunque non ottempera alle disposizioni di cui ai commi 2, 3 e 4 è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 87 ad Euro 345.

9-bis. L'utente della strada, in caso di incidente comunque ricollegabile al suo comportamento, da cui derivi danno a uno o più animali d'affezione, da reddito o protetti, ha l'obbligo di fermarsi e di porre in atto ogni misura idonea ad assicurare un tempestivo intervento di soccorso agli animali che abbiano subito il danno. Chiunque non ottempera agli obblighi di cui al periodo precedente è punito con la sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 431 a € 1.734. Le persone coinvolte in un incidente con danno a uno o più animali d'affezione, da reddito o protetti devono porre in atto ogni misura idonea ad assicurare un tempestivo intervento di soccorso. Chiunque non ottempera all'obbligo di cui al periodo precedente è soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 87 a Euro 345

(18) CODICE CIVILE Articolo 2952 – Prescrizione in materia di assicurazione.

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

(19) Come previsto dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010.

Vittoria Assicurazioni S.p.A.
Società per Azioni | Sede Via Ignazio
Gardella 2 | 20149 Milano | Italia | Capitale
Sociale Euro 67.378.924 interamente
versato | Codice Fiscale e N. di iscrizione del
Registro Imprese di Milano 01329510158
R.E.A. N. 54871 | Iscritta all'albo Imprese di
Assicurazione e Riassicurazione Sez. I
N.1.00014 | Società facente parte del Gruppo
Vittoria Assicurazioni iscritto all'albo dei
Gruppi Assicurativi N.008 | Soggetta
all'attività di direzione e coordinamento
della Capogruppo Yafa S.p.A.



1921



Vittoria
Assicurazioni

Chi protegge se stesso, protegge gli altri