

Assicurazione Danni

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

Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Gruppo Vittoria Assicurazioni

Polizza "Vittoria con te - Salute e Benessere 03.23



Il presente documento è stato redatto in data 10/03/2023 ed è l'ultima versione disponibile

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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della copertura assicurativa.

Vittoria Assicurazioni S.p.A., con sede in Via Ignazio Gardella 2 - 20149 Milano - Italia, Codice Fiscale e numero d'iscrizione 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., tel. +3902482191; sito internet: www.vittoriaassicurazioni.com; e-mail: info@vittoriaassicurazioni.it; pec: vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio del 31/12/2021 il patrimonio netto dell'impresa ammonta a € 736.518.040, il capitale sociale a € 67.378.924 e le riserve patrimoniali a € 567.088.307.

Sul sito internet della Società www.vittoriaassicurazioni.com nella Sezione Investor Relations al seguente link (<https://www.vittoriaassicurazioni.com/pages/DettServ.aspx?idArea=10&idCat=112&idDet=491>) è reperibile la relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) nella quale sono riportati: il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) pari a € 607.311.413 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 1.170.859.480, il requisito patrimoniale minimo (MCR) pari a € 273.290.136 i cui mezzi propri ammissibili alla copertura ammontano a € 955.716.715 e l'indice di solvibilità (Solvency Ratio) pari a 192,8%.

La legislazione applicabile alla copertura assicurativa, in base all'art. 180 del D.Lgs. 209/2005, è quella italiana.



Che cosa è assicurato?

SEZIONE INFORTUNI

MORTE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte dell'assicurato, la Società corrisponde la somma assicurata agli eredi legittimi. Se il decesso avviene all'estero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma. La Società corrisponde la somma assicurata anche se l'assicurato scoppia 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.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente, la Società corrisponde all'assicurato un indennizzo calcolato in percentuale sulla somma assicurata. La percentuale è determinata in funzione del grado di invalidità accertato e della tabella di liquidazione scelta dal contraente.

Il grado di invalidità è accertato in base ai criteri della tabella di valutazione INAIL o ANIA, scelta dal contraente ed indicata in polizza. Nella "Tabella di liquidazione" sono riportati, in corrispondenza di ciascun valore percentuale di invalidità accertata, il valore percentuale di invalidità indennizzabile. L'indennizzo è calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale di invalidità indennizzabile.

FORME DI COPERTURA

Il contraente può scegliere tra le seguenti forme di copertura in caso di infortunio:

- "Nucleo": sono assicurati il contraente e le persone con lui conviventi (nucleo familiare). La somma assicurata indicata in polizza rappresenta l'importo massimo della prestazione assicurativa per l'insieme dei componenti il nucleo familiare. L'importo massimo per ciascun componente del nucleo è determinato al momento del sinistro, e si ottiene dividendo la somma indicata in polizza e il numero di componenti il nucleo al momento del sinistro.
- "Persone": sono assicurate le persone nominativamente indicate in polizza, ciascuna con la propria

somma assicurata.

TIPI DI COPERTURA

Con la forma "Nucleo" sono possibili tre tipi di copertura, a scelta del contraente:

- "Famiglia": i componenti del nucleo sono coperti per gli infortuni subiti nello svolgimento di attività della vita privata; il contraente è coperto anche per le attività professionali.
- "Vita privata": tutti i componenti del nucleo sono coperti solo per gli infortuni subiti nello svolgimento di attività della vita privata;
- "Circolazione": tutti i componenti del nucleo sono coperti solo per gli infortuni subiti in qualità di:
 - 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.

Con la forma "Persone" sono possibili quattro tipi di copertura, a scelta del contraente, per ciascuno degli assicurati indicati in polizza:

- "H24- Rischi professionali ed extra professionali": sono coperti gli infortuni subiti dall'assicurato nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie dichiarate e di ogni altra attività che non ha carattere professionale
- "Solo rischi professionali": sono coperti gli infortuni subiti dall'assicurato nello svolgimento delle attività professionali dichiarate;
- "Solo rischi extra professionali": sono coperti gli infortuni subiti dall'assicurato nello svolgimento delle attività che non hanno carattere professionale;
- "Circolazione": sono coperti gli infortuni subiti dall'assicurato in qualità di:
 - conducente di ciclomotori;
 - trasportato o conducenti 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.

Compatibilmente con la forma ed il tipo di copertura scelto, l'assicurazione comprende anche gli infortuni derivanti da:

- colpa grave dell'assicurato;
- 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;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni o inondazioni;
- 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;
- 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;

	<ul style="list-style-type: none"> - 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); - 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, riferite a: <ul style="list-style-type: none"> - 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; <p>L'estensione alle rotture sottocutanee dei tendini non opera per la forma di copertura "Nucleo" e non opera per il tipo di copertura "Circolazione"</p> <p>L'assicurazione comprende anche gli 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - enti/società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; - aeroclubs. <p>E' escluso il personale aeronavigante.</p>
<p style="text-align: center;">SEZIONE MALATTIA</p>	<p>DIARIA DA RICOVERO</p> <p>In caso di ricovero dell'assicurato per infortunio, malattia o parto, viene corrisposta un'indennità giornaliera, il cui importo è indicato in polizza. In caso di parto, se è necessario il ricovero del neonato per l'eliminazione o correzione di sue malformazioni, si corrisponde l'indennità giornaliera.</p> <p>La garanzia comprende il caso di degenza dell'assicurato in regime di day hospital, resa necessaria da infortunio o malattia.</p> <p>A titolo di rimborso spese per il rilascio della cartella clinica, si corrisponde all'assicurato un'indennità forfettaria di € 15 per ciascun ricovero.</p> <p>Sono compresi i ricoveri per infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>RIMBORSO SPESE SANITARIE "CLASSIC"</p> <p>In caso di infortunio o malattia dell'assicurato, si rimborsano le spese per le seguenti prestazioni sanitarie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricovero, anche in day hospital, o intervento chirurgico, anche ambulatoriale: <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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 Società corrisponde all'assicurato un'indennità di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - € 100 per ogni pernottamento; - € 60 per ogni giorno di ricovero in regime di day hospital. <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico: <ul style="list-style-type: none"> - 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.

- Cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o infortunio.
- Chirurgia plastica ricostruttiva resa necessaria da neoplasia maligna o da infortunio.
- Trasporto in ambulanza in istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno al proprio domicilio.
- Parto e aborto terapeutico.
- Cure ai figli neonati o 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.
- Trapianti di organi: spese 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 inoltre le 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.

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.

RIMBORSO SPESE SANITARIE "ELITE"

In caso di infortunio o malattia dell'assicurato, si rimborsano le spese per le seguenti prestazioni sanitarie:

- Ricovero, anche in day hospital, o intervento chirurgico, anche ambulatoriale:
 - 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.

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 Società corrisponde all'assicurato un'indennità di:

- € 200 per ogni pernottamento;
- € 100 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.

- Prestazioni sanitarie precedenti o successive ad un ricovero o ad un intervento:
 - 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.
- Cure e protesi dentarie rese necessarie in conseguenza di neoplasia maligna o infortunio;
- Chirurgia plastica ricostruttiva da infortunio
- Trasporto in ambulanza, aereo o elicottero in istituto di cura, da un istituto di cura all'altro e per il ritorno al proprio domicilio.
- Parto e aborto terapeutico
- 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.
- Trapianti di organi: spese 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.
- Vitto e pernottamento in istituto di cura di un familiare accompagnatore: in caso di ricovero dell'assicurato, si rimborsano le spese per il vitto e il pernottamento di un familiare nell'istituto di cura. In caso di ricovero all'estero, si rimborsano 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.

- Assistenza domiciliare per malattie terminali:
 - spese per assistenza domiciliare continuativa, medica od infermieristica, fornita da idonee strutture sanitarie
- oppure, in alternativa, a scelta dell'assicurato
- spese per assistenza infermieristica professionale a domicilio.
 - Assistenza infermieristica privata presso il domicilio: spese sostenute dall'assicurato durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero, presso il domicilio dell'assicurato, per assistenza infermieristica professionale privata.
 - Diagnostica, chemioterapia e radioterapia in assenza di ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:
 - spese 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;
 - spese 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).
 - Tossicodipendenza, alcolismo, a.i.d.s., malattie mentali: per l'assicurato che nel corso del contratto diventasse tossicodipendente, alcolista, contragga l'a.i.d.s. o manifesti malattie mentali e disturbi psichici in genere (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. 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 Società 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 Società rimborsa le spese sostenute durante il 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.
 - Medicina preventiva: a partire dalla terza annualità assicurativa, la Società rimborsa agli assicurati con almeno 30 anni di età, le spese relative ad un "check up" medico da eseguirsi presso le strutture sanitarie convenzionate.

La Società rimborsa inoltre le 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.

INDENNITA' FORFETTARIA PER INTERVENTI CHIRURGICI

In caso di ricovero dell'assicurato per intervento chirurgico reso necessario da malattia od infortunio, la Società corrisponde un indennizzo di importo predeterminato, a seconda del tipo di intervento. Gli interventi chirurgici sono raggruppati in sette classi, a ciascuna delle quali corrisponde un indennizzo.

In caso di parto, anche fisiologico, la Società corrisponde l'indennizzo spettante in caso di intervento chirurgico reso necessario per l'eliminazione o correzione di malformazioni del neonato, entro i primi 90 giorni di vita.

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.

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. La percentuale è determinata in funzione del grado di invalidità accertato e della tabella di liquidazione prefissata. Il grado di invalidità è accertato facendo convenzionale riferimento ai criteri INAIL. Nella "Tabella di liquidazione" sono riportati, in corrispondenza di ciascun valore percentuale di invalidità accertata, il valore percentuale di invalidità indennizzabile. L'indennizzo è calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale di invalidità indennizzabile.

Il contraente, in base alla scelta indicata in polizza, riceve l'indennizzo:

- in un'unica soluzione (100% dell'indennizzo), oppure
- il 10% dell'indennizzo più una rendita vitalizia, mediante l'emissione da parte della Società di una

polizza vita in suo favore, il cui premio lordo è pari alla restante parte (90%) dell'indennizzo che gli spetta. L'importo delle rate della rendita è determinato in base all'età dell'assicurato, con applicazione delle tariffe vita in vigore al momento dell'emissione della polizza vita.

ASSISTENZA PERSONA

A seguito di malattia o infortunio dell'assicurato, sono garantite le seguenti prestazioni, con costo a carico della Società:

- ambulanza per il trasporto in istituto di cura: se l'assicurato 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;
- anticipo spese mediche: se l'assicurato 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. L'assicurato deve rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. La prestazione è operante per sinistri avvenuti ad oltre 50 km dal comune di residenza;
- assistenza infermieristica presso l'istituto di cura: se 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
- baby sitter per minori (in Italia): se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 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 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;
- collaboratrice familiare (in Italia): se l'assicurato è stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 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;
- consigli medici telefonici generici e specialistici: se l'assicurato 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. 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.
- interprete a disposizione: se l'assicurato 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.
- invio di un fisioterapista (in Italia): se l'assicurato 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;
- invio di un infermiere (in Italia): se l'assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero deve essere assistito da un infermiere, la struttura organizzativa reperisce ed invia, compatibilmente con le disponibilità locali, un infermiere presso il domicilio dell'assicurato;
- 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.
- 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.

SEZIONE ASSISTENZA

- 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. 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 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 è deceduto fuori dal suo comune di residenza, la struttura organizzativa provvede ad organizzare il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia
- rientro degli altri assicurati: in caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni previste nella prestazione "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;
- viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia): se l'assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a 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. Se l'assicurato necessita di assistenza personale, la struttura organizzativa ricercherà e prenoterà un albergo per il familiare.
- fornitura di attrezzature medico-chirurgiche (in Italia): se 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;

- consegna medicinali (in Italia): se 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 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;
- 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, la struttura organizzativa organizza il rientro sino al suo domicilio utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo.
- trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato: se l'assicurato 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);
- 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;
- trasferimento in un centro ospedaliero specializzato: se l'assicurato 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;
- organizzazione dei contatti tra i medici e la famiglia nel corso del ricovero;
- trasporto in ambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso: se l'assicurato, dopo il ricovero di primo soccorso, necessita di un trasporto in autoambulanza fino al suo domicilio, la struttura organizzativa la invierà direttamente;
- 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 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.

ASSISTENZA MICRO-MOBILITA'

Sono garantite all'assicurato le seguenti prestazioni per sinistri accaduti durante la circolazione e impiego di bicicletta, monopattino elettrico, hoverboard, segway, monowheel:

- Soccorso (prestazione operante solo per bicicletta e segway)

Se la bicicletta o il segway, a sp'eguito di sinistro, sono in condizioni tali da non poter essere utilizzati:

- la struttura organizzativa invia all'assicurato un mezzo di soccorso per trasportare la bicicletta o il segway 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:

- l'assicurato può provvedere in autonomia, previa autorizzazione da parte delle Struttura Organizzativa, alla spedizione della bicicletta o del segway 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.

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

- In caso di utilizzo di bicicletta e di segway: se l'assicurato, a seguito di sinistro e all'attivazione della prestazione indicata al punto "soccorso", ha 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).
- In caso di utilizzo di monopattino elettrico, hoverboard, monowheel: se l'assicurato, a seguito di sinistro, ha 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).

In ogni caso, non sono previsti percorsi di taxi diversi da quelli indicati e/o frazionamento della somma assicurata 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.

- 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. 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.

- 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, 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 irreperibili 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 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.

- Informazioni sanitarie

La Struttura Organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'assicurato, tramite la propria équipe medica fornisce informazioni relativamente a:

- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni utili alla terapia prescritta;
- ubicazione dei vari uffici ASL/ATS e degli Istituti di Cura;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti.
- 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.

- 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 più idoneo alle sue condizioni.

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 precedente punto "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato". Il relativo costo è a carico della Società.

- Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Se l'assicurato, in conseguenza della prestazione "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato", viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvede al suo rientro con il mezzo più idoneo alle sue condizioni. 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 ha 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 6 (sei) settimane successive al sinistro. La Società ne assume le spese.

- 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 ha 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 6 (sei) settimane successive al sinistro.

La Società ne assume le spese.

- Fornitura di attrezzature medico chirurgiche

Se, a seguito di infortunio dovuto a sinistro, che ha 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 6 (sei) settimane successive al sinistro, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

	<ul style="list-style-type: none"> - stampelle; - sedia a rotelle; - letto ortopedico, <p>la Struttura Organizzativa 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baby-sitter per minori <p>La Struttura Organizzativa, nelle 6 (sei) settimane successive al sinistro, invia o 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaboratrice familiare <p>La Struttura Organizzativa, nelle (sei) settimane successive al sinistro, invia o 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 cinque giorni ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche. la società tiene a proprio carico le relative spese.</p>
<p style="text-align: center;">SEZIONE TUTELA LEGALE</p>	<p>TUTELA INFORTUNI</p> <p>La garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'assicurato quando è vittima di infortunio per:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>La garanzia tutela i diritti dell'assicurato anche in caso di invalidità permanente da malattia, se presente in polizza la garanzia della Sezione Malattia "Invalidità permanente da malattia".</p> <p>Rientrano in garanzia le spese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 ; - 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. <p>È sempre operante il servizio di consulenza telefonica nell'ambito delle materie attinenti alle coperture previste in polizza, tramite numero verde 800.666.000.</p> <p>TUTELA ELITE PLUS</p> <p>La garanzia riguarda la tutela dei diritti dell'assicurato nell'ambito della sua vita privata.</p> <p>L'assicurato è tutelato se:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <p>Le suddette prestazioni operano anche per gli eventi che coinvolgono l'assicurato nella veste di ciclomotorista, ciclista, pedone o trasportato su qualunque mezzo</p> <ol style="list-style-type: none"> c) deve sostenere controversie di diritto civile di natura contrattuale, per le quali il valore in lite sia superiore a € 250; d) deve sostenere controversie relative a richieste di risarcimento di danni extracontrattuali avanzate da terzi, in conseguenza di un suo presunto comportamento illecito.

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 ;
- 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.

È sempre operante il servizio di consulenza telefonica nell'ambito delle materie attinenti alle coperture previste in polizza, tramite numero verde 800.666.000.

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. La garanzia è immediatamente operante anche in seguito a imputazione per guida in stato di ebbrezza, 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 con accertamento di un tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l, guida sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o psicotrope , oppure nei casi di fuga e/o omissione di soccorso, 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, carrozzieri e concessionari di veicoli stradali.

Le predette prestazioni 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 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;

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ; - per il contributo unificato (tassazione per le spese degli atti giudiziari), se non rimborsato dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima. <p>È sempre operante il servizio di consulenza telefonica nell'ambito delle materie attinenti alle coperture previste in polizza, tramite numero verde 800.666.000.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

AVVERTENZA: per ciascuna delle sezioni sopra descritte l'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente (e previste in copertura assicurativa).

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

SCONTO DI POLIENNALITÀ	Il premio del presente contratto tiene conto della riduzione per poliennalità.
SEZIONE MALATTIA	<p>Opzioni attivabili in presenza della garanzia "Rimborso spese sanitarie Classic".</p> <p>MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE</p> <p>Per le garanzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Rimborso spese sanitarie Classic" - "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici", <p>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).</p> <p>Opzioni attivabili in presenza della garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite".</p> <p>FRANCHIGIA DI 900 EURO</p> <p>Per le prestazioni erogate all'assicurato da medici chirurghi convenzionati con la Società, il rimborso delle spese previste dalla garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite" viene effettuato applicando una franchigia di € 900. L'indennità sostitutiva del rimborso viene corrisposta a partire dall'ottavo giorno di ricovero.</p> <p>FRANCHIGIA DI 1.800 EURO</p> <p>Per le prestazioni erogate all'assicurato da medici chirurghi convenzionati con la Società, il rimborso delle spese previste dalla garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite" viene effettuato applicando una franchigia di € 1.800. L'indennità sostitutiva del rimborso viene corrisposta a partire dall'ottavo giorno di ricovero.</p> <p>MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE</p> <p>Per le garanzie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Rimborso spese sanitarie Elite" - "Accertamenti diagnostici e trattamenti di fisiochinesiterapia" - "Visite specialistiche", <p>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).</p> <p>SOLO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI</p> <p>La garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite" copre le spese solo in caso di intervento chirurgico compreso in un apposito elenco allegato alla polizza (elenco grandi interventi chirurgici). Tutti i trapianti d'organo si intendono "grandi interventi chirurgici".</p> <p>Opzione attivabile in presenza della garanzia "Invalidità permanente da malattia".</p> <p>FRANCHIGIA 65%</p> <p>Se il grado accertato di invalidità permanente è inferiore o pari al 65%, nessun indennizzo spetta all'assicurato.</p> <p>Se il grado accertato di invalidità permanente è superiore al 65%, verrà corrisposto il 100% della somma assicurata.</p>

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

SEZIONE INFORTUNI	<p>Se scelta la forma di copertura "Nucleo" o se il tipo di copertura è "Circolazione", il contraente può aggiungere le seguenti garanzie:</p> <p>DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO</p> <p>In caso di infortunio che richiede un ricovero in istituto di cura, la Società paga per ogni pernottamento l'indennità indicata in polizza.</p> <p>DIARIA PER FRATTURA OSSEA</p> <p>In caso di infortunio che determina una frattura ossea, la Società paga l'indennità indicata in polizza per</p>
--------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ciascun giorno di prognosi iniziale risultante dal verbale di pronto soccorso, dalla cartella clinica o da equivalente certificazione medica specialistica.

RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

In caso di infortunio la società rimborsa, per uno o più sinistri verificatisi nella stessa annualità assicurativa, le spese per:

- prestazioni sanitarie durante il ricovero con o senza intervento chirurgico o relative all'intervento chirurgico senza ricovero;
- prestazioni sanitarie successive al ricovero, all'intervento chirurgico o all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico;
- 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;
- primo acquisto di protesi ortopediche anche sostitutive di parte anatomica, rese necessarie da infortunio, nonché le spese sostenute per l'acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- cure ed applicazioni, inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari per ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici al volto provocati dall'infortunio.

TUTELA MINORI

Se uno stesso evento provoca la morte contemporanea 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%.

INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITA'

Se l'infortunio comporta come conseguenza diretta ed esclusiva un'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.

ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI

In caso di sinistro che ha 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.

PERDITA ANNO SCOLASTICO

In caso di infortunio che comporta l'impossibilità a frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, la Società pagherà un'indennità per le spese di recupero dell'anno scolastico.

ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA

Se l'infortunio 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.

Se scelta la forma di copertura "Persone", il contraente può aggiungere le seguenti garanzie:

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:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- 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; se però l'assicurato non trasmette tale certificato, viene considerata data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato medico inviato.

DIARIA DA RICOVERO O DAY HOSPITAL/DAY SURGERY PER INFORTUNIO

In caso di infortunio 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.

DIARIA DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO

Per ogni giorno di convalescenza successivo al ricovero o day hospital/day surgery in istituto di cura, la Società pagherà l'indennità indicata in polizza.

DIARIA PER FRATTURA OSSEA

In caso di infortunio che determina una frattura ossea, la Società pagherà, 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.

RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

In caso di infortunio la Società rimborsa, per uno o più sinistri verificatisi nella stessa annualità assicurativa, le spese effettivamente sostenute per:

- prestazioni sanitarie durante il ricovero con o senza intervento chirurgico o relative all'intervento chirurgico senza ricovero;
- prestazioni sanitarie successive al ricovero, all'intervento chirurgico o all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico;
- 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;

- primo acquisto di protesi ortopediche anche sostitutive di parte anatomica, rese necessarie da infortunio, nonché le spese sostenute per l'acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche;
- cure ed applicazioni, inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari per ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici al volto provocati dall'infortunio.

ERNIE ADDOMINALI NON DETERMINATE DA INFORTUNIO

Le garanzie vengono estese alle ernie addominali non determinate da infortunio.

INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRANDI INVALIDITA'

Se l'infortunio comporta come conseguenza diretta ed esclusiva un'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.

ESTENSIONE ALLE LESIONI DEI LEGAMENTI DELLE ARTICOLAZIONI

In caso di infortunio che ha procurato una lesione dei legamenti delle articolazioni di 2° o 3° grado (circo stanza 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.

DANNI ESTETICI

In caso di infortunio che ha per conseguenze sfregi o deturpazioni al viso e/o al corpo di carattere estetico (comprese bruciate e scottature), la Società rimborsa le spese sostenute per cure, applicazioni ed interventi chirurgici effettuati allo scopo di eliminare o ridurre il danno estetico entro due anni dalla data dell'infortunio.

INDENNITA' AGGIUNTIVA PER RAPINA E TENTATIVO DI SEQUESTRO

A seguito di morte causata da rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, la Società raddoppia l'indennizzo spettante agli eredi.

Questa garanzia non si estende agli "infortuni aeronautici".

TUTELA MINORI

Se uno stesso evento provoca la morte contemporanea 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%.

La presente garanzia non si estende agli "infortuni aeronautici".

RISCHI SPORTIVI

Le seguenti garanzie:

- "Morte da infortunio";
- "Invalidità permanente";
- "Diaria da ricovero o day hospital/day surgery per infortunio";
- "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).

MEDICO TIROCINANTE, BORSISTA

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 comportato morte o invalidità permanente.

Le somme assicurate per le garanzie "Morte da infortunio" e "Invalidità permanente da infortunio" si intendono prestate anche in caso di malattia professionale.

PERDITA ANNO SCOLASTICO

In caso di infortunio che comporta 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.

ADEGUAMENTO ABITAZIONE E AUTOVETTURA

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente di grado superiore al 65%, la Società paga le spese sostenute per adattare la casa e l'autovettura dell'assicurato per garantirne la visitabilità ed accessibilità.

Alla garanzia "Diaria da Ricovero" si possono aggiungere le seguenti garanzie:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

La Società rimborsa le spese sostenute dall'assicurato per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il ricovero.

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'indennità giornaliera a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'istituto di cura e fino a quello della guarigione clinica;
- 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'indennità giornaliera verrà corrisposta per tutto il periodo durante il quale si è resa necessaria la gessatura e fino alla rimozione della stessa;
- 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'indennità 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.

GESSATURA ESTESA

L'assicurazione si intende estesa anche ai casi di immobilità fisica, 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.

MAGGIORAZIONE DELLA DIARIA PER RICOVERO

Limitatamente al periodo di ricovero, la Società corrisponderà:

- il doppio dell'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero che comporta un grande intervento chirurgico (intervento classificato come tale sulla base di un apposito elenco allegato alla polizza) o che avvenga in reparto di rianimazione o di terapia intensiva;
- l'indennità giornaliera aumentata del 50% a partire dal ventunesimo giorno, in caso di ricovero che si protragga per oltre 20 giorni consecutivi;
- 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.

RETTA ACCOMPAGNATORE

In caso di ricovero dell'assicurato per infortunio o malattia, la Società rimborsa le spese per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura dell'accompagnatore.

RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

In caso di ricovero con almeno due pernottamenti, reso necessario da malattia o infortunio, la Società

SEZIONE MALATTIA

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.

SUPPORTO AL CAREGIVER (attivabile se presente anche la garanzia "Diaria da convalescenza")

Nei seguenti casi:

- ricovero dell'assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio o malattia;
- convalescenza per malattia o infortunio dell'assicurato, successiva ad un intervento chirurgico in day hospital;
- convalescenza per infortunio dell'assicurato che rende necessaria una gessatura,

la Società rimborsa il costo sostenuto dall'assicurato per avere una consulenza, da una Società specializzata, su come organizzare l'assistenza della persona anziana da lui normalmente accudita (e che non può più accudire, essendo l'assicurato infortunato, malato o convalescente).

La consulenza riguarda 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.

Se l'assicurato si rivolge alla Società specializzata Villagecare srl, non dovrà anticipare denaro per ottenere la consulenza. Provvederà la Società a pagare la prestazione direttamente a Villagecare. In alternativa, rivolgendosi ad altra Società specializzata, l'assicurato sosterrà la spesa e sarà rimborsato dall'assicurazione.

Alla garanzia "Rimborso spese mediche Classic" si possono aggiungere le seguenti garanzie:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA "CLASSIC"

La Società rimborsa le spese sostenute dall'assicurato per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il ricovero.

MAGGIORAZIONE PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

in caso di intervento chirurgico compreso in un apposito elenco allegato alla polizza (grandi interventi chirurgici), la somma assicurata per la garanzia "Rimborso spese sanitarie Classic" è aumentata del 50%.

Tutti i trapianti d'organo si intendono "grandi interventi chirurgici".

DIARIA DA CONVALESCENZA "CLASSIC"

in caso di convalescenza dell'assicurato successiva ad un ricovero o intervento chirurgico in regime di day hospital, la Società corrisponderà:

- una indennità forfetaria di € 500, se il ricovero ha comportato una degenza continuativa pari o inferiore a 10 giorni;
- una indennità giornaliera di € 100, 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.

RETTA ACCOMPAGNATORE "CLASSIC"


In caso di ricovero dell'assicurato per infortunio o malattia, la Società rimborsa le spese per il vitto ed il pernottamento in istituto di cura dell'accompagnatore.

VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società 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;

	<ul style="list-style-type: none"> - 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). <p>Alla garanzia "Rimborso spese mediche Elite" si possono aggiungere le seguenti garanzie:</p> <p>ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI DI FISIОCHINESITERAPIA</p> <p>La Società rimborsa le spese - non rientranti in altre garanzie - sostenute dall'assicurato per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - trattamenti di fisiochinesiterapia resi necessari a seguito di infortunio; - accertamenti diagnostici resi necessari da malattia o infortunio. <p>Se la fisiochinesiterapia e gli accertamenti diagnostici sono praticati in strutture pubbliche o in strutture convenzionate con le asl, la Società rimborsa i relativi ticket.</p> <p>DIARIA DA CONVALESCENZA "ELITE"</p> <p>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.</p> <p>VISITE SPECIALISTICHE (attivabile se presente la garanzia "Assistenza diagnostica e trattamenti di fisiochinesiterapia"). La Società rimborsa anche le spese sostenute dall'assicurato per onorari di visite specialistiche, escluse quelle pediatriche, odontoiatriche e ortodontiche. Se la visita specialistica è praticata in strutture pubbliche o in strutture convenzionate con le asl, la Società rimborsa i relativi ticket.</p> <p>Alla garanzia "Indennità forfettaria per interventi chirurgici" si possono aggiungere le seguenti garanzie:</p> <p>INDENNITÀ DA RICOVERO NON COMPORTANTE INTERVENTO CHIRURGICO</p> <p>In caso di ricovero per infortunio o malattia, senza intervento chirurgico, la Società corrisponderà all'assicurato un importo giornaliero di € 100.</p> <p>TABELLA INDENNIZZI PRIVILEGIATA</p> <p>Vengono maggiorati gli importi di indennizzo forfetario previsti per la garanzia "Indennità forfettaria per interventi chirurgici".</p>
<p style="text-align: center;">SEZIONE ASSISTENZA</p>	<p>SECONDA OPINIONE MEDICA</p> <p>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.</p>

 Che cosa NON è assicurato?	
<p>RISCHI ESCLUSI SEZIONE INFORTUNI</p>	<p>Per la garanzia "Inabilità temporanea", non sono assicurati i lavoratori alle dipendenze di terzi, le casalinghe, gli studenti, i pensionati e i benestanti.</p>
<p>RISCHI ESCLUSI SEZIONE MALATTIA</p>	<p>Non vi sono indicazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>RISCHI ESCLUSI SEZIONE ASSISTENZA</p>	<p>Per la garanzia "Assistenza micromobilità" non sono assicurati i veicoli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diversi da bicicletta, segway e altri dispositivi a motore elettrico; - aventi caratteristiche meccaniche e prestazionali non conformi rispetto a quelle previste dalle disposizioni in vigore
<p>RISCHI ESCLUSI SEZIONE TUTELA LEGALE</p>	<p>Non vi sono indicazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>



Ci sono limiti di copertura?

SEZIONE INFORTUNI

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 ufficiali, 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 diverse da judo, karatè e kendo, lotta nelle forme diverse da lotta libera e greco romana, 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 kajak 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 dall'oggetto dell'assicurazione.

Con riferimento alle attività svolte nel servizio militare di leva in tempo di pace, l'assicurazione non

Sono previste
le seguenti
Esclusioni

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 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.

SEZIONE MALATTIA

La garanzia base "Diaria da ricovero" e le garanzie opzionali ad essa collegate escludono:

- 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;
- 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, 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 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).

La garanzia base "Rimborso spese sanitarie Classic" e le garanzie opzionali ad essa collegate escludono:

- 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;
- 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, 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.

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.

La garanzia base "Rimborso spese sanitarie Elite" e le garanzie opzionali ad essa collegate escludono:

- 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;
- 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 , 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 opera 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 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;
 - k) 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;
 - l) eventi causati da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, 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.

Inoltre, l'assicurazione non comprende:

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

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".

Per la garanzia "Accertamenti 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.

La garanzia base "Indennità forfetaria per interventi chirurgici" e le garanzie opzionali ad essa collegate escludono:

- 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 nei successivi punti;
- 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 , 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. esclusione non valida per il neonato coperto con la prestazione "cure al neonato";
- 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) 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;
- j) 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;
- 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 prestate non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'assicurato.

Per la garanzia "Indennità in caso di ricovero non comportante intervento chirurgico" è escluso il ricovero in regime diurno (day hospital).

La garanzia base "Invalidità permanente da malattia" e le garanzie opzionali ad essa collegate escludono:

- 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;
- 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.

SEZIONE ASSISTENZA

L'assicurazione non opera 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.

Per la garanzia "Assistenza persona", inoltre, l'assicurazione non opera:

- 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" 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.

La prestazione "Recapito di medicinali urgenti" non comprende i costi dei prodotti medicinali e la 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.

La prestazione "Rientro salma" non comprende le spese relative alla cerimonia funebre e all'eventuale recupero della salma.

La prestazione "Consegna medicinali" non comprende i costi dei medicinali.

Per la garanzia "Assistenza micro-mobilità", inoltre, l'assicurazione non opera:

- 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.

La prestazione "Soccorso" non comprende 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.

SEZIONE TUTELA LEGALE

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 il sinistro 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;
- 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;
- l'assicurato è imputato del reato di fuga o di omissione di soccorso;

Se il sinistro deriva da evento subito dall'assicurato mentre si trovava alla guida e navigazione di un natante, le predette esclusioni saranno applicate per analogia.

Sono escluse le seguenti spese:

- le spese, anche preventivate, non concordate con DAS
- 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 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, fatti salvi casi 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;
- 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).

Sono previsti i seguenti limiti di copertura

SEZIONE INFORTUNI

Franchigie

Garanzia o Prestazione	Franchigie (per sinistro salvo diversa indicazione)
Invalidità permanente	In base alla tabella di liquidazione indicata in polizza, la percentuale di invalidità liquidata, in alcuni casi, è inferiore alla percentuale di invalidità 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 di invalidità 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 di invalidità accertata è inferiore o uguale a 65%
Inabilità temporanea	Sui primi 50 euro di SOMMA ASSICURATA si applica una FRANCHIGIA di 7 giorni
Diaria da ricovero o day hospital/day surgery per infortunio	2 giorni per day hospital/day surgery
Rischi sportivi	In base alla tabella di liquidazione di cui all'allegato 3, 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 di invalidità 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 "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%.

SEZIONE INFORTUNI

Limiti di indennizzo

Garanzia o Prestazione	Limiti di indennizzo (per anno solare, salvo diversa indicazione)
Tipo di copertura: "Famiglia" "Vita privata" "Circolazione" In caso di morte o invalidita' permanente provocate da sinistro derivante da circolazione	Le somme assicurate per morte e invalidità permanente sono ridotte del 50% se l'assicurato, al momento del sinistro, non 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
Forma di copertura "NUCLEO" 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"
Forma di copertura "NUCLEO" Invalidita permanente Ernia traumatica non operabile	invalidità permanente riconosciuta fino ad un massimo del 10%
Forma di copertura "PERSONE" 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"
Forma di copertura "PERSONE" Invalidita permanente Ernia da infortunio non operabile	invalidità permanente riconosciuta fino ad un massimo del 10%

<p>Forma di copertura "PERSONE"</p> <p>Invalidita permanente</p> <p>Ernia addominale non determinata da infortunio</p>	<p>massimo indennizzo 30 giorni, se presente in polizza la garanzia "inabilita' temporanea"</p> <p>indennizzo forfettario di € 1.500, se non presente in polizza la garanzia "Inabilita' temporanea"</p>
<p>Forma di copertura "NUCLEO"</p> <p>Diaria per frattura ossea</p>	<p>corrisposta al massimo per 30 giorni, ridotti a 20 giorni nel caso di frattura delle costole.</p> <p>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</p>
<p>Rimborso spese di cura per infortunio</p> <p>Rette di degenza</p>	<p>limite giornaliero: 2% della somma assicurata</p>
<p>Rimborso delle spese di cura per infortunio</p> <p>Prestazioni sanitarie successive all'infortunio che non abbia determinato ricovero o intervento chirurgico</p>	<p>20% del somma assicurata.</p>
<p>Rimborso spese di cura per infortunio</p> <p>trasporto in ambulanza</p>	<p>10% della somma assicurata, con il limite di €550</p>
<p>Forma di copertura "NUCLEO"</p> <p>Rimborso spese di cura per infortunio</p> <p>noleggio di carrozzelle ortopediche</p>	<p>massimo 1 anno</p>
<p>Rimborso spese di cura per infortunio</p> <p>cure e applicazioni</p>	<p>20% della somma assicurata, massimo €1.100</p>
<p>Cartella clinica</p>	<p>indennità forfettaria di € 50 per sinistro</p>
<p>Forma di copertura "PERSONE"</p> <p>Rimborso delle spese di cura per infortunio:</p> <p>in caso di ricovero in ospedale pubblico con almeno 2 pernottamenti per il quale l'assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa</p>	<p>indennità di € 50 al giorno per massimo 60 giorni, (cumulabile con indennità da ricovero se quest'ultima prevista nella polizza).</p>
<p>Indennità aggiuntiva per grandi invalidità</p>	<p>€ 25.000 per ciascuna delle tre annualità</p>
<p>Estensione alle lesioni dei legamenti delle articolazioni</p>	<p>indennizzo pari 50% di quello della garanzia "diaria per frattura ossea" per un periodo massimo di 20 giorni</p>
<p>Perdita anno scolastico</p>	<p>€ 2.000</p>
<p>Adeguamento abitazione e autovettura</p>	<p>- € 10.000 per evento e per anno solare per l'adattamento della casa</p> <p>- € 5.000 per evento e per anno solare per l'adattamento dell'autovettura</p>

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	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Forma di copertura "PERSONE"</p> <p>Diaria per frattura ossea</p>	<p>corrisposta al massimo per 90 giorni.</p> <p>è ridotta a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 60 giorni per fratture a bacino, cranio, anca, colonna vertebrale; - 20 giorni per la frattura alle costole. <p>se al termine dei giorni di prognosi iniziale è necessario un ulteriore periodo, per ciascun giorno viene corrisposta la metà dell'indennità assicurata.</p> <p>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</p>
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

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.

Per gli infortuni aeronautici 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.

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.

**Sono previsti i
seguenti limiti
di copertura**

SEZIONE MALATTIA

Franchigie

Per la garanzia "Diaria da ricovero", 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.

Per la garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite", 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 la garanzia opzionale "Franchigia di 900 euro":

- il rimborso delle spese per prestazioni erogate all'assicurato da medici chirurghi convenzionati con la Società sarà effettuato applicando una franchigia di € 900;
- 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 la garanzia opzionale "Franchigia di 1.800 euro":

- il rimborso delle spese per prestazioni erogate all'assicurato da medici chirurghi convenzionati con la Società sarà effettuato applicando una franchigia di € 1.800;
- 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.

Per la garanzia "Invalidità permanente da malattia", in base alla tabella di liquidazione:

- se il grado di invalidità permanente accertato è inferiore al 25%, non viene corrisposto nessun indennizzo;
- se il grado di invalidità permanente accertato è compreso tra 25% e 74%, si applica una franchigia variabile (secondo quanto indicato nella tabella di liquidazione).

Scoperti

Per la garanzia "Diaria da ricovero", la garanzia opzionale "Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero" prevede uno scoperto del 20%, con il minimo di € 100 per ogni sinistro.

Le voci di spesa per le quali è richiesto il rimborso del solo ticket saranno invece rimborsate senza applicazione di scoperto.

Per la garanzia base "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 con l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo di € 50 per ogni sinistro.

Per la garanzia base "Rimborso spese sanitarie Elite", in caso di prestazioni erogate all'assicurato da:

- struttura sanitaria e medici non convenzionati con la Società;
- struttura sanitaria convenzionata e medici non convenzionati con la Società,

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 opzionale "Visite specialistiche", si applica sempre uno scoperto del 20%, con il minimo di € 100 per ogni visita.

Limiti di indennizzo

Per la garanzia "Diaria da ricovero" e le garanzie opzionali ad essa abbinata sono previsti i seguenti limiti

Garanzia o Prestazione	Limiti di indennizzo (per anno solare, salvo diversa indicazione)
Diaria da ricovero Ricovero	- massimo 365 giorni; - parto naturale: massimo 5 giorni; - cure al neonato: ricovero effettuato nei primi 90 giorni di vita
Diaria da ricovero Day hospital	- 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
Assistenza infermieristica ospedaliera	massimo 30 giorni per assicurato
Diaria da convalescenza Convalescenza successiva ad un ricovero	massimo 150 giorni per anno assicurativo e con limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero
Diaria da convalescenza" Convalescenza non successiva ad un ricovero, causata da infortunio e con gessatura	massimo 90 giorni

Diaria da convalescenza Osteosintesi	massimo 30 giorni
Gessatura estesa	Massimo 20 giorni per frattura costole e 60 giorni per frattura bacino, anca, cranio colonna vertebrale
Retta accompagnatore	Massimo 60 giorni per assicurato
Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero	massimo € 1.500 per l'insieme degli assicurati
Supporto al caregiver	- limite € 60 per prestazioni non erogate dalla Società specializzata Villagecare srl; - massimo 2 sinistri

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) indicati in un apposito elenco allegato alla polizza, le spese per l'equipe operatoria sono rimborsate entro i limiti indicati nell'allegato.

In caso di interventi chirurgici concomitanti (ovvero con la medesima via di accesso chirurgica):

- se tutti gli interventi chirurgici sono compresi nell'elenco, 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'elenco, 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 al punto "Scoperti".

Nella seguente tabella sono riportati gli altri limiti di indennizzo per la garanzia "Rimborso spese sanitarie Classic" e le garanzie opzionali ad essa associate.

Garanzia o prestazione	Limiti di indennizzo (per anno solare, salvo diversa indicazione)
Rimborso spese sanitarie Classic	Rimborso spese sanitarie Classic
Rette di degenza	Rette di degenza
Rimborso spese sanitarie Classic	dialisi: max 15 applicazioni
Rimborso spese sanitarie Classic	ricovero: max 50 pernottamenti in day hospital: max 50 giorni
Rimborso spese sanitarie Classic	max € 2.500 per assicurato
Rimborso spese sanitarie Classic	max € 3.000 per sinistro
Rimborso spese sanitarie Classic	max € 1.500
Trasporto dell'assicurato con ambulanza	

Rimborso spese sanitarie Classic Parto	- 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 convalescenza 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

Per la garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite" e le garanzie opzionali ad essa abbinate sono previsti i seguenti limiti

Garanzia o prestazione	Limiti di indennizzo (per anno solare, salvo diversa indicazione)
Rimborso spese sanitarie Elite	max € 5.000 per sinistro, per le spese relative all'equipe operatoria per i seguenti interventi: adenoidectomia, tonsillectomia, appendicectomia, ernie addominali, emorroidectomia, safenectomia radicale.
Prestazioni sanitarie per intervento chirurgico, con o senza ricovero, quando erogate all'assicurato da strutture sanitarie e/o medici non convenzionati	Le spese relative alla struttura sanitaria sono rimborsate integralmente. 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>Rimborso spese sanitarie Elite</p> <p>Prestazioni sanitarie per ricovero senza intervento chirurgico, quando erogate all'assicurato da strutture sanitarie e/o medici non convenzionati</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - max € 250 euro al giorno per altri ricoveri <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>Rimborso spese sanitarie Elite</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>Rimborso spese sanitarie Elite</p> <p>Indennità sostitutiva del rimborso (spese a totale carico del ssn)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - € 200 per ogni pernottamento di ricovero (con massimo 100 pernottamenti per anno) - € 100 per ogni giorno di ricovero in regime di day hospital (con massimo 100 giorni per anno)
<p>Rimborso spese sanitarie Elite</p> <p>Cure e protesi dentarie</p>	<p>max € 7.000 per sinistro</p>
<p>Rimborso spese sanitarie Elite</p> <p>Trasporto dell'assicurato con ambulanza, aereo, elicottero</p>	<p>max € 3.500</p>
<p>Rimborso spese sanitarie Elite</p> <p>Parto non cesareo e aborto terapeutico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - max € 5.000 per sinistro - € 1.000 di rimborso forfetario in caso di parto in casa - max € 500 euro per spese nei 90 precedenti e nei 120 giorni successivi al ricovero
<p>Rimborso spese sanitarie Elite</p> <p>Parto cesareo</p>	<p>€ 10.000 per sinistro</p>

Rimborso spese sanitarie Elite Vitto e pernottamento in istituto di cura per un accompagnatore	<ul style="list-style-type: none"> - max 60 giorni per ricovero - 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.
Rimborso spese sanitarie Elite Assistenza domiciliare per malattie terminali	<ul style="list-style-type: none"> - 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
Rimborso spese sanitarie Elite assistenza infermieristica privata	<ul style="list-style-type: none"> - fino a 90 giorni dopo il ricovero - max € 3.500 (€ 5.000 in caso di trapianto d'organo)
Rimborso spese sanitarie Elite Diagnostica, chemioterapia e radioterapia	<ul style="list-style-type: none"> - 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
Rimborso spese sanitarie Elite Tossicodipendenza, alcolismo, aids, malattie mentali	<ul style="list-style-type: none"> - max € 200 al giorno, max 100 giorni, in caso di ricovero per tossicodipendenza, alcolismo e malattie mentali. - max 1 ricovero
Accertamenti diagnostici e trattamenti di fisiochinesiterapia	max € 3.000
Diaria da convalescenza Elite	€ 150 euro al giorno, max 150 giorni per anno e con il limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero
Visite specialistiche	max € 3.000

I limiti sopra indicati non si applicano nei seguenti casi:

- garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite", prestazione "Trapianti di organi";
- garanzia opzionale "Solo grandi interventi chirurgici".

Per la garanzia base "Indennità forfettaria per interventi chirurgici", 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 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 Società 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 Società per uno o più sinistri avvenuti nel corso di un anno solare.

Per la garanzia base "Indennità forfettaria per interventi chirurgici" sono inoltre previsti i seguenti limiti

Garanzia o prestazione	Limiti di indennizzo (per anno solare, salvo diversa indicazione)
Indennità forfettaria per interventi chirurgici Intervento chirurgico eseguito avvalendosi del servizio sanitario nazionale	Indennizzo corrisposto in misura pari al 50%
Indennità forfettaria per interventi chirurgici Interventi effettuati a causa della stessa patologia e dello stesso organo e/o tessuto	Indennizzo corrisposto un'unica volta nell'anno assicurativo a cui il sinistro è attribuibile
Indennità forfettaria per interventi chirurgici" Anticipo indennizzi (deposito richiesto dall'istituto di cura)	max € 10.400
Indennità forfettaria per interventi chirurgici Cure al neonato	indennizzo in caso di intervento chirurgico effettuato nei primi 90 giorni di vita, reso necessario per l'eliminazione o correzione di malformazioni del neonato
Indennità in caso di ricovero non comportante intervento chirurgico"	€ 100 al giorno per un massimo di 180 giorni

Per la garanzia base "Invalidità permanente da malattia", se un sinistro, indennizzabile a termini di polizza, colpisce contemporaneamente più assicurati tra quelli indicati in polizza, l'esborso a carico della Società non potrà superare la somma complessiva di € 2.500.000. In caso di superamento, gli indennizzi liquidabili ai singoli assicurati verranno proporzionalmente ridotti.

SEZIONE ASSISTENZA

Limiti di indennizzo

Garanzia	Prestazione	Limi di indennizzo (per anno solare, se non diversamento indicato)
Assistenza Persona	Ambulanza per il trasporto in Istituto di Cura	max € 200 per sinistro
Assistenza Persona	Anticipo spese mediche	max € 2.600 per sinistro
Assistenza Persona	Assistenza infermieristica presso l'Istituto di Cura	max € 500
Assistenza Persona	Baby sitter per minori (in Italia)	max € 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro
Assistenza Persona	Collaboratrice familiare (in Italia)	max € 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro
Assistenza Persona	Interprete a disposizione	max € 150
Assistenza Persona	Invio di un fisioterapista (in Italia)	max € 300
Assistenza Persona	Invio di un infermiere (in Italia)	max € 500

Assistenza Persona	Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente (in Italia)	max € 500 per sinistro
Assistenza Persona	Rientro salma	max € 2.600 per sinistro
Assistenza Persona	Rientro degli altri Assicurati	max € 500 per sinistro
Assistenza Persona	Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)	max € 100 per notte, per un massimo di 3 notti per sinistro
Assistenza Persona	Fornitura di attrezzature medico-chirurgiche (in Italia)	max € 500
Assistenza Persona	Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato	max € 26.000 per sinistro
Assistenza Persona	Trasporto in ambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso	300 km di percorso complessivo (ospedale - casa e ritorno) per sinistro
Assistenza Persona	Un accompagnatore e/o un mezzo di trasporto	max € 500
Assistenza Micromobilità	soccorso	costo di max km 100 (tragitto dal luogo del sinistro) per mezzo di soccorso oppure max € 200,00 per spedizione bicicletta o del segway, per sinistro
Assistenza Micromobilità	servizio taxi	1. € 50 per sinistro € 25 per sinistro
Assistenza Micromobilità	rientro/proseguimento del viaggio	€ 250 per sinistro
Assistenza Micromobilità	consulenza medica telefonica	costo consulenza medica telefonica
Assistenza Micromobilità	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 Micromobilità	trasporto in autoambulanza in Italia dopo ricovero di primo soccorso	costo trasporto per max km 300 (a/r) per sinistro
Assistenza Micromobilità	invio di medicinali urgenti	costo invio medicinali
Assistenza Micromobilità	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 Micromobilità	informazioni sanitarie	costo informazioni sanitarie
Assistenza Micromobilità	assistenza infermieristica presso l'istituto di cura	€ 500 per anno solare
Assistenza Micromobilità	trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato	costo trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato
Assistenza Micromobilità	traduzione della cartella clinica	costo traduzione della cartella clinica
Assistenza Micromobilità	rientro dal centro ospedaliero attrezzato	costo rientro dal centro ospedaliero attrezzato
Assistenza Micromobilità	invio di un infermiere a domicilio	€ 500 per anno solare (entro 6 settimane dal sinistro)

Assistenza Micromobilità	invio di un fisioterapista	€ 300 per anno solare (entro 6 settimane dal sinistro)
Assistenza Micromobilità	fornitura di attrezzature medico chirurgiche	€ 500 per sinistro e per anno solare (entro 6 settimane dal sinistro)
Assistenza Micromobilità	baby-sitter per minori	€ 100 al giorno, max 5 giorni per sinistro (entro 6 settimane dal sinistro)
Assistenza Micromobilità	collaboratrice familiare	€ 100 al giorno, max 5 giorni per sinistro (entro 6 settimane dal sinistro)
Seconda opinione medica		max € 500 per sinistro

Le prestazioni di assistenza 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.

SEZIONE TUTELA LEGALE

Limiti di indennizzo

Garanzia	Prestazione	Limi 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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro ?

Sezione Infortuni

In caso di sinistro, 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 "Nucleo" 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 per 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.

Sezione Malattia

Per la garanzia base "Diaria da ricovero" e le garanzie opzionali ad essa abbinate, 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.

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.

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 consuntiva 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.

In ogni caso, la centrale operativa o la Società' 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 la garanzia base "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 Società' entro 5 giorni da quando ne abbia avuto la possibilità.

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 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 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.

Per la garanzia base "Rimborso spese sanitarie Elite" e le garanzie opzionali ad essa abbinata, in caso di sinistro:

a) se l'assicurato intende rivolgersi a strutture sanitarie e medici convenzionati con la centrale operativa, 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, o presso l'Agenzia) e fornendo 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 per le eventuali prestazioni di medici non convenzionati con la centrale operativa.

b) se l'assicurato non si rivolge a strutture sanitarie e medici convenzionati con la centrale operativa, 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, 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 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.

Per la garanzia base "Indennità forfetaria per interventi chirurgici" e le garanzie opzionali ad essa abbinate, 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'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.

Per la garanzia base "Invalidità permanente da malattia" e le garanzie opzionali ad essa abbinate, 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.

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.

Sezione Assistenza

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 a Mapre Assistenza al seguente indirizzo mail: assistenza@mapfre.com;
- un fax al numero: +39 015 255 96 04;
- un telegramma all'indirizzo Mapfre Assistenza 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.

Sezione Tutela Legale

L'Assicurato deve tempestivamente denunciare il sinistro, trasmettendo tutti gli atti e documenti occorrenti, regolarizzandoli a proprie spese secondo le norme fiscali di bollo e di registro:

- in via preferenziale a DAS attraverso una delle seguenti modalità: denuncia telefonica al nr. verde 800.666.000 o denuncia scritta per posta elettronica a sinistri@das.it o per posta ordinaria a DAS SpA, via E. Fermi 9/b - 37135 Verona;
- subordinatamente alla Società.

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.

Assistenza diretta/in convenzione

Per la garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite" e le garanzie opzionali ad essa abbinate, sono previsti interventi di assistenza diretta/in convenzione prestati da "Mapfre Assistenza Italia" - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BL).

Per le garanzie di Assistenza, sono previsti interventi di assistenza diretta/in convenzione prestati da "Mapfre Assistenza Italia" - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BL).

Per le garanzie di Tutela Legale, sono previsti interventi di assistenza diretta/in convenzione prestati da "DAS - Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.", Via E. Fermi 9/b - Verona.

Per le altre garanzie non sono previsti interventi di assistenza diretta/in convenzione.

	<p>Gestione da parte di altre imprese Per la garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite" e le garanzie opzionali ad essa abbinate, la gestione dei sinistri è affidata a "Mapfre Asistencia Italia" – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BL). Per le garanzie di Assistenza, la gestione dei sinistri è affidata a "Mapfre Asistencia Italia" – Strada Trossi, 66 – 13871 Verrone (BL). Per le garanzie di Tutela Legale, la gestione dei sinistri è affidata a "DAS – Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A.", Via E. Fermi 9/b – Verona. Per le altre garanzie non è prevista gestione dei sinistri da parte di altre Imprese.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dalla copertura assicurativa si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono indicazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Pagamento del sinistro Sezione Infortuni Il pagamento dell'indennizzo è eseguito 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: - 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.</p> <p>Sezione Malattia Per la garanzia "Diaria da ricovero" e le garanzie opzionali ad essa abbinate, 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.</p> <p>Il pagamento dell'indennizzo è eseguito, in euro, presso la sede della Società o dell'Agenzia alla quale è assegnato la polizza, entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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. Per la garanzia opzionale "Supporto al caregiver", in caso di procedura rimborsuale, la liquidazione del sinistro viene effettuata inviando apposito atto di transazione e quietanza - entro 30 giorni dal ricevimento da parte della Società della documentazione richiesta - salvo che siano emersi motivi di inoperatività della garanzia. Per la garanzia "Rimborso spese mediche Classic" e le garanzie opzionali ad essa abbinate, 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.</p> <p>Il pagamento dell'indennizzo è eseguito, in euro, presso la sede della Società o dell'Agenzia alla quale è assegnato la polizza, entro 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto, corredato degli eventuali documenti specificati nell'atto stesso.</p> <p>La Società effettua il pagamento del rimborso delle spese indipendentemente dal fatto che siano</p>

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. Per la garanzia "Rimborso spese mediche Elite" e le garanzie opzionali ad essa abbinata, 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. Per la garanzia "Indennità forfetaria per interventi chirurgici" e le garanzie opzionali ad essa abbinata, 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 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.

Per la garanzia "Invalidità permanente da malattia", 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 Società 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 Società;
- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, la società 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 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 Società 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 Società, 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 Società, 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.

Sezione tutela legale

Nell'erogazione delle prestazioni, ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia e valutate le spese sostenute dall'assicurato, DAS entro 30 giorni:

- paga l'indennizzo;

- comunica i motivi per cui l'indennizzo non può essere pagato.



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>Modalità pagamento Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni. Il presente contratto non prevede il ricorso a tecniche di vendita multilevel marketing e specifici mezzi di pagamento dei premi da parte dei componenti della rete.</p> <p>Frazionamento 3% di aumento per il frazionamento semestrale; 4% di aumento per il frazionamento quadrimestrale; 5% di aumento per il frazionamento trimestrale.</p> <p>Mensilizzazione Nessun aumento del premio.</p> <p>Indicizzazione Per la Sezione Infortuni, il contraente può scegliere l'indicizzazione. In tal caso, le somme assicurate ed il premio delle garanzie sono soggetti ad adeguamento in base all'indice dei "Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'ISTAT. Per la Sezione Malattia: <ul style="list-style-type: none"> - garanzia "Diaria da ricovero" e garanzie opzionali: il contraente può scegliere l'indicizzazione. In tal caso, le somme assicurate ed il premio delle garanzie sono soggetti a adeguamento in base all'indice dei "Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'ISTAT; - garanzia "Rimborso spese sanitarie Classic" e garanzie opzionali: l'indicizzazione è sempre presente. La somma assicurata e del premio sono adeguati in base all'indice "Servizi Sanitari e Spese per la Salute" pubblicato dall'ISTAT; - garanzia "Rimborso spese sanitarie Elite" e garanzie opzionali: l'indicizzazione è sempre presente. La somma assicurata e del premio sono adeguati in base all'indice "Servizi Sanitari e Spese per la Salute" pubblicato dall'ISTAT; - garanzia "Indennità forfetaria per interventi chirurgici" e garanzie opzionali: il contraente può scegliere l'indicizzazione. In tal caso, le somme assicurate ed il premio delle garanzie sono soggetti ad adeguamento in base all'indice dei "Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'ISTAT; - garanzia "Invalidità permanente da malattia": il contraente può scegliere l'indicizzazione. In tal caso, la somma assicurata ed il premio sono soggetti a adeguamento in base all'indice dei "Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati" pubblicato dall'ISTAT. </p> <p>Per le sezioni Assistenza e Tutela legale non è prevista indicizzazione.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>In caso di recesso, da parte della Società o del contraente, 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.</p> <p>In caso di recesso del contraente su polizza stipulata mediante tecniche di comunicazione a distanza, la Società trattiene la quota parte di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto e rimborsa la parte restante.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

<p>Durata</p>	<p>La polizza ha durata non inferiore ad 1 anno, e giunta alla scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle parti è prorogata per la durata di 1 anno per ciascuna proroga.</p> <p>Sezione Infortuni La garanzia opzionale "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.</p> <p>Sezione Malattia Le garanzie iniziano: <ul style="list-style-type: none"> a) dal momento in cui ha effetto la polizza, per gli infortuni e per l'aborto post traumatico; b) dal 180° giorno successivo per le conseguenze di malattie diagnosticate, o sottoposte ad accertamenti, </p>
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>o curate anteriormente alla stipulazione della polizza, purché dichiarate dall'assicurato nel questionario sanitario e non esplicitamente escluse dalla Società mediante specifica appendice contrattuale;</p> <p>c) dal 300° giorno successivo per il parto e per le patologie varicose manifestatesi dopo la stipulazione della polizza;</p> <p>d) 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;</p> <p>e) dal 30° giorno successivo per le altre malattie, non ricomprese nei casi b) e d).</p> <p>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.</p> <p>Per la garanzia "Invalidità permanente da malattia" non si applicano periodi di carenza.</p> <p>Per la sezione Tutela legale, la copertura riguarda i sinistri che insorgono dopo 90 giorni dalla stipulazione della polizza, nel caso di controversie di diritto civile di natura contrattuale.</p> <p>Sezione Tutela Legale</p> <p>L'assicurazione copre i sinistri che insorgono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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 della polizza, negli altri casi; <p>Il sinistro insorge nel momento in cui l'assicurato, la controparte o un terzo iniziano a violare norme di legge o contrattuali.</p>
Sospensione	<p>Il presente contratto non prevede casi specifici di sospensione delle garanzie. Valgono in ogni caso le disposizioni di cui all'art. 1901 del Codice Civile.</p>



Come posso disdire la polizza ?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, ove il contratto sia stipulato da un consumatore, così come definito dal Codice del Consumo, il Contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Via Ignazio Gardella, 2 - 20149 Milano.</p>
Risoluzione	<p>Il Contraente può risolvere il contratto esercitando disdetta entro 30 gg dalla scadenza. Inoltre, può risolvere il contratto in caso di modifica del frazionamento da parte della Società.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Sezione Infortuni

È rivolto a persone fino a 80 anni di età, che vogliono tutelare sé stessi e/o i propri familiari dal rischio di infortuni nell'ambito della vita privata, della vita professionale e della circolazione stradale.

È adatto a persone con qualsiasi profilo occupazionale, non 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.

Sezione Malattia

È rivolto a persone che vogliono tutelare sé stessi e/o i propri familiari dal rischio malattia.

È adatto a persone con qualsiasi profilo occupazionale, non affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

Sezione Assistenza

È rivolto a persone di età fino a 75 anni, che vogliono tutelare sé stessi e/o i propri familiari dal rischio di aver bisogno di tempestiva assistenza in caso di infortunio o malattia.

È adatto a persone con qualsiasi profilo occupazionale, non affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

Sezione Tutela legale

È rivolto a persone fisiche che vogliono tutelare sé stessi e/o i propri familiari dal rischio di aver bisogno di assistenza stragiudiziale o giudiziale (contenzioso) per tutelare i propri diritti nell'ambito della vita privata o della circolazione.

E' adatto a persone con qualsiasi profilo occupazionale.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari, con riferimento all'intero flusso commissionale relativo al prodotto è pari al 24,49%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, devono essere inoltrati per iscritto alla Vittoria Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami, Via Ignazio Gardella 2 - 20149 Milano (fax 02/40.93.84.13 - email servizioreclami@vittoriaassicurazioni.it).</p> <p>Il Servizio Reclami, quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni.</p> <p>Il Servizio Reclami, quale funzione aziendale incaricata, provvederà a fornire riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni. Il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire all'Impresa, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
All'IVASS	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it.</i></p> <p>Possono inoltre essere presentati direttamente all'IVASS, in quanto di competenza esclusiva, i reclami concernenti: l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle Assicurazioni - e delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi; le liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali il reclamante chiede l'attivazione della procedura FIN-NET.</p> <p>In particolare, i reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; individuazione del/i soggetto/i di cui si lamenta l'operato; breve descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo già presentato direttamente all'impresa corredato dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile a descrivere compiutamente le circostanze del reclamo.</p> <p>Non rientrano nella competenza dell'IVASS:</p> <ol style="list-style-type: none">i reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità e alla quantificazione delle prestazioni assicurative, che devono essere indirizzati direttamente all'impresa: in caso di ricezione l'IVASS provvederà ad inoltrarli all'impresa di assicurazione entro 90 giorni dal ricevimento, dandone contestuale notizia ai reclamanti;i reclami per i quali sia già stata adita l'Autorità Giudiziaria: l'IVASS provvederà ad informare i reclamanti che gli stessi esulano dalla propria competenza;i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Testo Unico dell'intermediazione finanziaria e delle relative norme di attuazione disciplinanti la sollecitazione all'investimento di prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, nonché il comportamento dei soggetti abilitati e delle imprese di assicurazione, relativamente alla vendita diretta, nella sottoscrizione e nel collocamento dei prodotti finanziari emessi da imprese di assicurazione, i quali vanno inviati alla CONSOB - Via G.B. Martini 3 - 00198 Roma;i reclami concernenti l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del Decreto Legislativo 5 dicembre 2005, n. 252 e delle relative norme di attuazione disciplinanti la trasparenza e le modalità di offerta al pubblico delle forme pensionistiche complementari, i quali vanno inviati alla COVIP - Piazza Augusto Imperatore, 27 - 00186 Roma - Italia. <p>In caso di ricezione dei reclami di cui alle lettere c) e d), l'IVASS provvederà ad inoltrarli senza ritardo alle competenti Autorità, dandone contestuale notizia ai reclamanti.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali

Mediazione	La mediazione obbligatoria è un istituto che si avvale dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) e finalizzata ad assistere due o più soggetti sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010 n.28. La richiesta di mediazione nei confronti di Vittoria Assicurazioni S.p.A. deve essere depositata presso un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98). Le materie in cui la mediazione risulta obbligatoria sono quelle in tema di "condominio, diritti reali, divisioni, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazioni, comodato, affitto di aziende, risarcimento di danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione a mezzo stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari". Nelle materie in cui esiste l'obbligatorietà della mediazione le parti dovranno necessariamente farsi assistere da un avvocato. La procedura è facoltativa per le controversie in materia di risarcimento dei danni da circolazione di veicoli o natanti.
Negoziazione assistita	E' una modalità alternativa di soluzione delle controversie regolata dalla Legge 10 novembre 2014 n. 162, in vigore dal 9 febbraio 2015, che ha introdotto l'obbligo di tentare la conciliazione amichevole prima di iniziare una causa con cui si intende chiedere un pagamento - a qualsiasi titolo - di somme inferiori a 50.000 euro, fatta eccezione per le materie per le quali è prevista la mediazione obbligatoria - vedasi punto precedente - nonché per tutte le cause, indipendentemente dal valore, per ottenere il risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli e natanti. La parte, prima di iniziare una causa, dovrà a pena di improcedibilità tentare quindi la negoziazione assistita, avvalendosi obbligatoriamente dell'assistenza di un avvocato iscritto all'albo.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato La presente copertura assicurativa non prevede la possibilità di ricorrere ad Arbitrato per la risoluzione di controversie tra le Parti. Tuttavia, la copertura assicurativa, al solo fine della determinazione del danno, prevede che le Parti possano nominare propri periti i quali, in caso di disaccordo, devono nominare un terzo perito. In tal caso il Contraente è tenuto a sostenere le spese del proprio Perito, mentre le spese del terzo Perito sono ripartite a metà. In ogni caso è sempre possibile per il Contraente rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per eventuali richieste di informazioni in merito al rapporto assicurativo, diverse dai reclami, è possibile: <ul style="list-style-type: none">● contattare il numero verde 800.016611;● inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica info@vittoriaassicurazioni.it

PER QUESTA COPERTURA ASSICURATIVA L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE LA COPERTURA ASSICURATIVA MEDESIMA.