

Contratto di assicurazione diaria da ricovero

Diaria da ricovero

Fascicolo Informativo

Modello : FI-0017-217-0001-O16-27042018

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- Nota Informativa comprensiva del Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Allianz S.p.A. - Sede Legale Largo Ugo Inneri 1, 34123 Trieste - Tel. +39 040 7781.111 - Fax +39 040 7781.311
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, P.IVA, Reg. Imprese Trieste n.05032630963 - Capitale Sociale euro 403.000.000 i.v.
Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz - Albo Gruppi Assicurativi
n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco - Codice 01

Allianz 

Servizio Clienti



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

a Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni Generali

- **Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice**
Allianz S.p.A., Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE - Monaco (Germania)
- **Sede legale**
Largo Ugo Irneri, 1 - 34123 Trieste (Italia)
- **Recapito Telefonico:** 800.68.68.68; **Sito Internet:** www.allianz.it;
Indirizzo di posta elettronica: allianz.spa@pec.allianz.it.

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni patrimoniali sull'Impresa sono reperibili all'interno della Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria, disponibile sul sito internet: www.allianz.it.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet: www.allianz.it.

b Informazioni sul contratto

Rinnovo del contratto

AVVERTENZA: ad eccezione delle ipotesi in cui sia stata inserita in polizza apposita clausola derogatoria, il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la copertura assicurativa cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 1.2a o 1.2b "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed Esclusioni

Coperture assicurative

Il presente contratto offre prestazioni di indennità giornaliera in caso di ricovero a seguito di malattia, infortunio o parto. E' inoltre prevista la prestazione di una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

- **GARANZIE RICOVERO:** 2.1 "Indennità giornaliera per ricovero", 2.4 "Altre prestazioni comprese nella garanzia base", 2.5 "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero", 2.6 "Indennità giornaliera per ingessatura" e 2.7 "Accompagnatore" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO.
- **ASSISTENZA:** 4.1 "Garanzie prestate" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

Limitazioni ed Esclusioni

AVVERTENZA: il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni, nonché ipotesi di sospensione della copertura assicurativa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

- **CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE:** 1.1 "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" e 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" presenti nella Sezione CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE;
- **GARANZIE RICOVERO:** 2.2 "Esclusioni" e 2.3 "Persone non assicurabili", presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO e 3.5 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presente nella Sezione OPERATIVITA';
- **ASSISTENZA:** 4.3 "Validità territoriale", 4.4 "Esclusioni comuni a tutte le garanzie Assistenza", 4.5 "Disposizioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie Assistenza" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

Nota Informativa

AVVERTENZA: nel contratto le garanzie vengono prestate entro il limite delle somme assicurate; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia agli Articoli di seguito indicati:

- **GARANZIE RICOVERO:** 2.1 "Indennità giornaliera per ricovero", 2.5 "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero", 2.6 "Indennità giornaliera per ingessatura" e 2.7 "Accompagnatore" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO e 3.3 "Assicurazione con franchigia" presente nella Sezione OPERATIVITA';
- **ASSISTENZA:** 4.1 "Garanzie prestate" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

- **Franchigia presente in polizza di 3 giorni**
 - Diaria giornaliera = 100 euro
 - Ricovero di 5 giorni
 - Indennizzo pari a 2 giorni = 200 euro

4. Periodi di carenza contrattuale

AVVERTENZA: nel contratto sono previsti termini di aspettativa della decorrenza della copertura assicurativa. Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 3.2 "Termini di aspettativa" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

5. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c.

Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Questionario sanitario

AVVERTENZA: si rammenta la necessità di verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario e che le stesse rispondano al vero.

6. Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, nonché eventuali variazioni della professione svolta, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato.

Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli 1.3 "Modifiche dell'assicurazione", 1.6 "Aggravamento del rischio" e 1.7 "Diminuzione del rischio" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, 2.3 "Persone non assicurabili" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO e 3.5 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presente nella Sezione OPERATIVITA'.

Esemplificazione

- **Aggravamento**
STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO
La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni indicate in polizza come "non assicurabili" (ad esempio l'alcolismo o la tossicodipendenza) comporta aggravamento di rischio.
- **Diminuzione**
VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DICHIARATA
Una modifica in corso di contratto dell'attività professionale svolta, che da attività "pericolosa" diventa attività "non pericolosa" (esempio, da "Circense" ad "Impiegato") comporta diminuzione di rischio.

7. Premi

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione dell'Impresa al verificarsi del sinistro.

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio può essere prevista l'applicazione di un'addizionale nella misura del:

- 3% per frazionamento semestrale;
- 4% per frazionamento quadrimestrale;
- 5% per frazionamento trimestrale.

Nota Informativa

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

AVVERTENZA: l'intermediario può discrezionalmente applicare sconti commerciali rispetto al premio di tariffa, pur sempre entro limiti e vincoli predeterminati dall'Impresa.

8. Adeguamento del Premio

Ad ogni scadenza annuale il premio, le somme assicurate ed i limiti di indennizzo sono adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice ISTAT, come disciplinato nella Condizione Particolare "I - Indicizzazione".

Si precisa inoltre che il premio, ad esclusione di quello relativo alla garanzia ASSISTENZA, viene adeguato ad ogni scadenza annuale in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, come disciplinato nell'Articolo 3.4 "Ridefinizione del premio per età", presente nella Sezione OPERATIVITA'.

9. Diritto di Disdetta e di Recesso

AVVERTENZA: nel contratto la regolamentazione del diritto di disdetta e di recesso varia a seconda della scelta effettuata dal Contraente/Assicurato in ordine alla durata del contratto stesso. Qui di seguito si riportano le differenti ipotesi di durata annuale o poliennale del contratto.

CONTRATTO DI DURATA ANNUALE

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto, nei termini e con le modalità disciplinate all'Articolo 1.2a "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

CONTRATTO DI DURATA POLIENNALE

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto. **Al solo Assicurato** è riconosciuto il diritto di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità.

I termini e le modalità di esercizio di tali diritti sono disciplinate all'Articolo 1.2b "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

10. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

L'Impresa propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

12. Regime Fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il 2,5% sul premio imponibile di tutte le prestazioni, ad eccezione della prestazione ASSISTENZA, per la quale è il 10%.

C Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri - pagamento dell'indennizzo

AVVERTENZA: il presente contratto prevede obblighi relativi a individuazione del momento di insorgenza del sinistro, modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché le ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli 5.1 "Obblighi" e 5.2 "Pagamento dell'indennizzo" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

Nota Informativa

AVVERTENZA: relativamente alla Garanzia Assistenza, la denuncia del sinistro deve essere effettuata direttamente presso la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l., con le modalità e nei termini di cui all'Articolo 5.4 "Obblighi" presente nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta ed e-mail) a **Allianz S.p.A. - Pronto Allianz - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano - Indirizzo e-mail: reclami@allianz.it o tramite il link presente sul sito internet della Compagnia www.allianz.it/reclami.**

Al reclamo, che verrà riportato in apposito registro elettronico, sarà dato riscontro nel termine massimo di 45 giorni dal ricevimento.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

Qualora il Contraente/Assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo stabilito dal Regolatore, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.206 - PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per i Consumatori - RECLAMI - Guida".

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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 ad Allianz S.p.A. 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.

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante **sistemi alternativi di risoluzione delle controversie**, quali:

- **Mediazione** (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- **Negoziazione assistita** (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al reclamante.

15. Arbitrato

In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

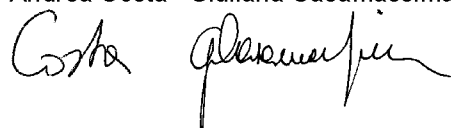
Il luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nota Informativa

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Allianz S.p.A.

Andrea Costa Giuliana Casamassima



Nota Informativa

GLOSSARIO

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento ISVAP nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione.

Day Hospital/Day Surgery: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A. .

Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Lesione capsulo-legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Remunerazione diretta: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione indiretta: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito - sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

AVVERTENZA: Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle presenti Condizioni di assicurazione.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO

- GARANZIE BASE
- GARANZIE AGGIUNTIVE

3. OPERATIVITA'

4. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

5. IN CASO DI SINISTRO

- DIARIA DA RICOVERO
- ASSISTENZA

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze, che influiscano sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.5 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 1.6 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1898 codice civile in materia di aggravamento del rischio, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, **fatto salvo quanto disposto dall'articolo "Persone non assicurabili".**

Art. 1.7 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

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

Condizioni di assicurazione

(Valido solo in caso di applicazione di uno sconto commerciale a cura dell'intermediario con opzione recupero sconto)

Art. 1.10 - Recupero sconto commerciale

Il Premio del presente contratto ha beneficiato dello sconto commerciale, indicato nella Scheda di Polizza, per iniziativa dell'intermediario col quale è stato stipulato il contratto stesso.

Detto sconto verrà ridotto nella misura indicata nella Scheda di Polizza alla scadenza di ogni annualità, sino al suo eventuale azzeramento.

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA DIARIA DA RICOVERO

GARANZIE BASE

Art. 2.1 - Indennità giornaliera per ricovero

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, a seguito di Malattia, Infortunio o parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Art. 2.2 - Esclusioni

L'assicurazione non vale per le degenze dovute a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla decorrenza del contratto e sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione;
- b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c) conseguenze di abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per quelli previsti alla specifica voce nel successivo articolo "Altre prestazioni comprese nella garanzia base";
- f) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o neoplasia maligna, effettuato una sola volta dopo l'intervento chirurgico demolitivo;
- g) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
- h) interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica;
- i) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da malattia neoplastica o da Infortunio;
- j) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- k) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
- l) necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o per terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura sanitaria;
- n) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- o) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- p) infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
- q) infortuni causati da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche; la copertura assicurativa vale tuttavia per gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e **semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario.** E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- r) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- s) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;

Condizioni di assicurazione

- t) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta che indiretta;
- u) necessità di praticare check-up clinici.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art.1898 codice civile.

Art. 2.4 - Altre prestazioni comprese nella garanzia base

Art. 2.4.1 - Day Hospital / Day Surgery

L'Assicurazione vale anche per i ricoveri avvenuti in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital / Day Surgery) conseguenti a Malattia o Infortunio.

Art. 2.4.2 - Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Tale maggiorazione non viene riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al Ricovero che, se spettante, viene liquidata come disciplinato all'articolo "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero".

Art. 2.4.3 - Imprudenza o negligenza

Le garanzie di cui agli articoli "Indennità giornaliera per ricovero", "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero" e "Indennità giornaliera per ingessatura", se operanti per l'Assicurato, sono prestate anche in caso di Infortunio sofferto in conseguenza di imprudenza o negligenza, anche grave, dell'Assicurato.

Art. 2.4.4 - Difetti o malformazioni

L'Assicurazione vale anche per i ricoveri resi necessari da interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, **purché non noti in quel momento all'Assicurato o al Contraente.**

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.5 - Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza post Ricovero, una Indennità giornaliera d'importo pari a quello dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per lo stesso numero di giorni indennizzati per il Ricovero, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Dalla garanzia si intende **escluso** il parto naturale.

Art. 2.6 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato un'Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Se l'Infortunio o la Malattia ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.7 - Accompagnatore

In caso di Ricovero con pernottamento, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato, contestualmente e in aggiunta a quanto dovuto allo stesso, un importo giornaliero pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di pernottamento dell'eventuale accompagnatore, nella stessa Struttura sanitaria presso la quale si trova ricoverato l'Assicurato, con il **limite massimo di 30 giorni per anno assicurativo**.

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 3.2 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio;
- del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia;
- del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, **purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché dichiarati all'Impresa e non esplicitamente esclusi**;
- dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.

Art. 3.3 - Assicurazione con franchigia

Qualora venga scelta dall'Assicurato la formula con Franchigia, l'Indennità giornaliera spettante di cui all'articolo "Indennità giornaliera per ricovero", viene riconosciuta previa applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda di Polizza, da conteggiarsi a partire dal giorno di ingresso nella Struttura sanitaria.

Art. 3.4 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda di Polizza - con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - **viene rideterminato ad ogni scadenza annua**, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, sulla base dei coefficienti riportati nella "Tabella Coefficienti per età".

Art. 3.5 - Cambiamento delle attività professionali assicurate

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza che si verifichi nel corso del contratto.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:

- non implica aggravamento di rischio, l'Assicurazione per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;
- **implica aggravamento di rischio tale che l'Impresa avrebbe consentito l'Assicurazione limitando la garanzia prestata, essa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dal contratto, ai sensi dell'art.1898 codice civile.**

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa del cambiamento nel corso del contratto dell'Attività professionale dichiarata, in caso di Ricovero che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- **nessun Indennizzo viene corrisposto se il Ricovero è determinato da Infortunio e la diversa attività rientra tra le seguenti:**
 - Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
 - Attività circense
 - Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
 - Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva
 - Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
 - Fantino / Driver (trotto)
 - Guardia del corpo / Buttafuori
 - Guida alpina
 - Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo
 - Istruttore di corsi di sopravvivenza

Condizioni di assicurazione

- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista
- Speleologo
- Sportivi professionisti / semiprofessionisti.

Art. 3.6 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art.1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio o della Malattia.

4. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

Art. 4.1 - Garanzie prestate

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

AVVERTENZE: Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

Nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa (per i dettagli si rinvia alla sezione "In caso di Sinistro - Assistenza").

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante.** In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale.

Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione' prevista al precedente paragrafo, risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (inglese, francese, tedesco, spagnolo) richiesta dai medici del Centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. **Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

Condizioni di assicurazione

Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, **su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati. Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di Malattia o Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessita di una visita medica, la Centrale Operativa provvede a inviargli un proprio medico convenzionato.

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino tenendo a proprio carico i relativi costi.

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunicherà ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa si assumerà i relativi costi **fino ad un massimo di otto ore lavorative per evento.**

Condizioni di assicurazione

Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessita di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irrimediabili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa, mentre **resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi.**

Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di euro 1.000,00 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.**

Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o Malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1^a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**

Nel caso in cui il Ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.**

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- ambulanza
- treno (se necessario in vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.**

Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un parente o di altra persona designata dall'Assicurato, residente in Italia, un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1^a classe) per recarsi sul posto tenendone a carico i relativi costi. In alternativa, la Centrale Operativa provvederà a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.** In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

Ascolto e supporto psicologico

Quando l'Assicurato a seguito di un Ricovero per una grave patologia medica, o in caso di parto naturale, è colto da sindrome depressiva, la Centrale Operativa provvede a metterlo in contatto con uno psicologo convenzionato nel più breve tempo possibile per un primo supporto telefonico da parte di uno specialista.

Condizioni di assicurazione

Nel caso in cui lo specialista ritenga necessario che l'Assicurato si sottoponga ad un ciclo di terapia psicologica, la Centrale Operativa provvede ad organizzare una visita presso il proprio psicologo convenzionato tenendo a proprio carico il costo della terapia **fino ad un massimo di euro 200,00**.

Art. 4.2 - Raddoppio massimali

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta.

Art. 4.3 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della polizza, al momento della richiesta di attivazione di assistenza risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.

L'elenco di tali paesi è disponibile anche sul sito www.allianz-global-assistance.it/corporate/Prodotti/avvertenze/.

Art. 4.4 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie Assistenza

E' escluso dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;
- p) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione 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;
- q) quarantene.

Sono, inoltre, escluse le prestazioni in dipendenza di:

- r) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- s) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- t) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- u) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;

Condizioni di assicurazione

- v) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- w) espianto/trapianto di organi.

Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Art. 4.5 - Disposizioni e limitazioni comuni a tutte le garanzie Assistenza

- a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
- d) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- e) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- f) il diritto alle prestazioni di assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;
- g) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso;
- h) le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- a) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- b) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:

- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Il servizio fornito dalla Centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

5. IN CASO DI SINISTRO

DIARIA DA RICOVERO

Art. 5.1 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta entro 15 giorni da quello in cui è avvenuto il Ricovero, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo.

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

L'Assicurato deve altresì:

- fornire copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alle degenze conseguenti alla Malattia e/o all'Infortunio denunciati;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i suoi eredi legittimi devono dare immediato avviso all'Impresa..**

Art. 5.2 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

Anche per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Condizioni di assicurazione

Art. 5.3 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ASSISTENZA

Art. 5.4 - Obblighi

Qualora il **Contraente o l'Assicurato** debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax +39 02 70 630 091

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, **dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:**

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP Service Italia S.c.a r.l.
Casella Postale 302
Via Cordusio 4
20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

B1 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

Condizioni di assicurazione

B2 - Clausola Broker con riparto di coassicurazione

Premesso che l'Assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate nella Scheda di Polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopracitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

I - Indicizzazione

Premesso che con l'espressione:

- "indice" si intende l'indice mensile nazionale dei "prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT;
- "indice di riferimento annuale" si intende l'indice relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade l'annualità di Premio;

alla scadenza di ogni annualità di Premio, il Premio stesso, le somme assicurate ed i limiti di Indennizzo (non espressi in percentuale) previsti nella Scheda di Polizza vengono adeguati in conformità al rapporto tra l'indice di riferimento annuale e quello immediatamente precedente.

Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti indicati nella Scheda di Polizza.

In ogni caso non è soggetta ad adeguamento la garanzia Assistenza.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, che provvederà a comunicare tempestivamente, ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato in Polizza, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza deve intendersi la Ditta Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

- che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- che le Indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o la Polizza a margine indicati;
- l'/gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito consenso a quanto sopra convenutosi.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

T - Polizza di durata inferiore a un anno

A parziale deroga dell'articolo "Indennità giornaliera per ricovero" la garanzia si intende prestata a seguito di Malattia o Infortunio dell'Assicurato.

Ad integrazione dell'articolo "Esclusioni" è **escluso dall'Assicurazione** il parto, nonché le malattie che siano espressione o conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza, anche se non conosciuti o non ancora manifestatisi.

A deroga dell'articolo "Termini di aspettativa", in caso di Infortunio e/o Malattia le garanzie hanno effetto dalle ore 24 del giorno di perfezionamento del contratto.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

FUO - Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio

Si prende atto fra le parti che dalle garanzie prestate **sono esclusi** gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque espletato, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni subite dall'Assicurato a motivo dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza.

Condizioni di assicurazione

L - Limitazione dei ricoveri da infortunio

Si conviene fra le parti che **la garanzia non è operante per i ricoveri da infortuni derivanti dall'Attività professionale esercitata.**

N - Esclusione dei ricoveri da infortunio

Si conviene fra le parti che **la garanzia non è operante per i ricoveri determinati da infortuni derivanti da qualsiasi causa.**

Condizioni di assicurazione

TABELLA COEFFICIENTI PER ETA'

Età	Coefficienti	Età	Coefficienti	Età	Coefficienti
1	0,320	26	0,700	51	1,470
2	0,320	27	0,730	52	1,530
3	0,320	28	0,740	53	1,570
4	0,320	29	0,770	54	1,630
5	0,320	30	0,790	55	1,670
6	0,330	31	0,820	56	1,730
7	0,340	32	0,850	57	1,780
8	0,340	33	0,870	58	1,840
9	0,350	34	0,900	59	1,910
10	0,360	35	0,920	60	1,980
11	0,380	36	0,960	61	2,070
12	0,390	37	0,980	62	2,120
13	0,400	38	1,010	63	2,190
14	0,420	39	1,040	64	2,300
15	0,430	40	1,060	65	2,350
16	0,460	41	1,110	66	2,430
17	0,480	42	1,130	67	2,500
18	0,500	43	1,170	68	2,560
19	0,520	44	1,210	69	2,620
20	0,540	45	1,240	70	2,710
21	0,570	46	1,280	71	2,770
22	0,600	47	1,320	72	2,830
23	0,640	48	1,360	73	2,970
24	0,650	49	1,400	74	3,180
25	0,680	50	1,440	75	3,290