

Polizza Infortuni per partecipanti a corsi formativi



Documento informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Società: Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: "Cattolica&Salute OGNI GIORNO FORMAZIONE"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative ai prodotti sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

L'assicurazione vale per infortuni subiti dalle persone assicurate durante la partecipazione a corsi formativi.



Che cosa è assicurato?

Infortunio:

- ✓ Morte per infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di decesso per infortunio, della somma assicurata ai beneficiari o eredi.
- ✓ Morte presunta per infortunio: prevede l'indennizzo della somma assicurata ai beneficiari o eredi, dopo la presentazione dell'istanza di morte presunta.
- ✓ Invalità permanente per infortunio: prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalità permanente totale o parziale.
- ✓ Diaria da ricovero per infortunio: prevede, in caso di ricovero per infortunio in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza.
- ✓ Diaria da immobilizzo: prevede, in caso di frattura radiologicamente accertata da presidio ospedaliero di Pronto Soccorso e applicazione di un apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno, un'indennità fino alla rimozione dell'apparecchio.
- ✓ Rimborso spese di cura per infortunio: prevede il rimborso delle spese non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fino alla concorrenza della somma assicurata.

Assistenza:

Prevede una Struttura Organizzativa contattabile dall'Assicurato in qualsiasi momento per richiedere l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- ✓ Protezione carte di credito: mettersi in contatto con gli istituti emittenti per avviare le procedure di blocco carte;
- ✓ Invio messaggi urgenti: inviare messaggi urgenti da parte dell'Assicurato a persone residenti in Italia;
- ✓ Consulenza medica telefonica: usufruire del servizio di assistenza medica telefonica;
- ✓ Ricerca di centri specialistici e diagnostici: individuare il centro diagnostico più vicino;
- ✓ Segnalazione di un medico specialista: individuare lo specialista disponibile più vicino;
- ✓ Viaggio di un familiare e spese di soggiorno: in caso di ricovero per malattia o infortunio, richiedere per un familiare un biglietto A/R ferroviario o aereo;
- ✓ Accompagnamento di minori: in caso di viaggio con minori, nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito a malattia o infortunio, richiedere per un familiare un biglietto A/R ferroviario o aereo;
- ✓ Invio medico generico: richiedere un medico a domicilio;
- ✓ Trasporto in ambulanza dopo ricovero di primo soccorso;
- ✓ Fornitura attrezzature medico chirurgiche: richiedere attrezzatura medica in comodato d'uso.



Che cosa non è assicurato?

Infortuni causati da:

- ✗ Guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore;
- ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- ✗ Azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- ✗ Manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ✗ Ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- ✗ Ricoveri dovuti a interruzioni volontarie di gravidanza;
- ✗ Day hospital con finalità diagnostiche;
- ✗ Prestazioni e terapie aventi finalità estetica, salvo casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva per malattia o infortunio;
- ✗ Ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie;
- ✗ Azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia e i sintomi epilettoidi, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer;
- ✗ Gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- ✗ Trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- ✗ Conseguenze dovute a trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate da accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- ✗ Conseguenze di guerre, movimenti metallurgici o eruzioni vulcaniche;
- ✗ Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- ✗ Specifiche attività sportive:
 - ✗ Sport professionistico;
 - ✗ Sport pericolosi;
 - ✗ Arti marziali e rugby;
 - ✗ Sport con autoveicoli e motoveicoli su pista;
 - ✗ Sport con natanti a motore o motonautici salvo competizioni di regolarità pura;
 - ✗ Sport con aeromobili (volo da diporto o sportivo);
 - ✗ Alpinismo; speleologia, immersioni subacquee (ammesse solo in specifiche casistiche)
- ✗ Guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene.



Ci sono limiti alla copertura?

- ! L'assicurazione prevede franchigie e scoperti diversi a seconda delle garanzie acquistate.
- ! Gli Assicurati possono avere fino a 75 anni di età.
- ! L'indennizzo corrisposto è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.
- ! Sono esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra ad eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero.
- ! Nel caso che il Contraente abbia in corso con altre società controllate da Cattolica Assicurazioni una polizza di RC che estenda la garanzia anche alle persone assicurate con la presente polizza, qualsiasi indennizzo pagato andrà computato a detrazione del risarcimento che essa dovesse corrispondere, per le stesse persone, in base alla predetta polizza di RC.

! Infortuni:

Morte per infortunio:

- ! L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio.

Invalità permanente per infortunio:

- ! In caso di invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.
- ! In caso di invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.

Diaria da ricovero per infortunio:

- ! La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo;
- ! La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla dimissione del ricovero;
- ! In caso di day hospital, senza interruzione e non inferiore a tre giorni, verrà corrisposto il 30% dell'indennità prevista.

Diaria da immobilizzo:

- ! La durata massima dei giorni indennizzabili è di trenta giorni per evento e per anno assicurativo;
- ! Per la polizza "Ogni giorno Animazione", limitatamente ai partecipanti alle attività SCOUT sono escluse dalla copertura le fratture agli arti superiori; inoltre l'indennizzo è riconosciuto con l'applicazione di una franchigia di sette giorni;
- ! I presidi di contenimento delle fratture nasali non sono equiparati all'immobilizzazione con gesso o altro materiale;
- ! Per la frattura alla costola verrà corrisposta l'indennità prevista dalla scheda tecnica di polizza per una durata forfetaria di quindici giorni, per le altre fratture (bacino, femore, colonna vertebrale) la durata forfetaria è pari a quaranta giorni.

Rimborso spese di cura per infortunio:

Nel caso di ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale verranno rimborsate le spese per:

- ! accertamenti diagnostici effettuati nei novanta giorni precedenti;
- ! trattamenti fisioterapici con il limite del 30% della somma assicurata;
- ! Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, la Società corrisponderà una diaria sostitutiva di cinquanta euro per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.
- ! Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:
- ! per le prestazioni descritte in polizza il rimborso verrà riconosciuto con l'applicazione dello scoperto, sulla spesa documentata, pari alla percentuale e con il minimo importo indicati nella scheda tecnica di polizza per ogni sinistro;
- ! Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- ! La garanzia rimborso spese di cura sarà operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata per le seguenti prestazioni: laserterapia, magnetoterapia, T.A.C., risonanza magnetica e artroscopia.

! Assistenza:

- ! Tutte le prestazioni di assistenza non possono essere fornite più di tre volte per periodo di copertura assicurativa.
- ! Le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- ! La garanzia non opera per i sinistri provocati o dipendenti da:
 - ! Guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di 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, epidemie/pandemie;
 - ! Dolo dell'Assicurato;
 - ! 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;
 - ! Attività professionali che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;
 - ! La prestazione "Viaggio di un familiare e spese di soggiorno" prevede: che l'Assicurato venga ricoverato per un periodo superiore a otto giorni, che il familiare sia residente in Italia e un costo massimo per la Società di trecento euro;
 - ! L' "Accompagnamento di minori" prevede un costo massimo di trecento euro e che il minore abbia meno di quindici anni;
 - ! Per l'invio di un medico generico, la Società copre le spese fino ad un massimo di centocinquanta euro;
 - ! In caso di trasporto in ambulanza, la Società sosterrà a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere trecento km di percorso complessivo (a/r);
 - ! L'attrezzatura medica verrà fornita a seguito di ricovero in un istituto di cura superiore a cinque giorni e fino ad un massimo di duecentocinquanta euro per Sinistro e per anno;



Dove sono coperto dall'assicurazione?

- v L'assicurazione ha validità per fatti verificatisi in tutti i paesi del mondo. Le prestazioni di Assistenza di "Invio di un medico generico", "Trasporto in ambulanza dopo ricovero di primo soccorso" e "Fornitura di attrezzatura" sono operanti solo in Italia, le altre sono operanti in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto;
- Devi comunicare per iscritto ed a mezzo di raccomandata A/R all' Agenzia le variazioni del numero e delle generalità delle persone assicurate - le variazioni avranno efficacia a decorrere dalla data del ricevimento della raccomandata da parte della Società, sempreché gli eventuali nuovi soggetti a cui è estesa la copertura assicurativa siano assicurabili a norma di polizza;
- A fronte della ricezione della comunicazione della variazione, l'Agenzia emetterà formale appendice, fermo l'obbligo del contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 giorni dalla comunicazione della variazione;
- L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla società i mutamenti che producono una diminuzione o aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto.



Quando e come devo pagare?

- Sei tenuto a versare il premio o le rate del premio alle scadenze pattuite;
- Puoi pagare mediante denaro contante (entro i limiti consentiti dalla legge), assegni bancari, postali o circolari (muniti della clausola di non trasferibilità), bonifici bancari;
- Se il contratto ha durata annuale è possibile il frazionamento del premio con rateazione semestrale con conseguente aumento del 2% del premio imponibile.



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La durata del contratto viene indicata in polizza;
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento;
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.



Come posso disdire il contratto?

- In caso di "tacito rinnovo" il contratto può essere disdetto mediante lettera raccomandata A/R da inviarsi almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale indicata in polizza; diversamente, il contratto si intende prorogato per la durata di un anno e così successivamente;
- Nel caso "Senza tacito rinnovo" il contratto cessa automaticamente alla data indicata nella Scheda di polizza.
- In caso di sinistro, nell'ipotesi in cui l'Assicurato rivesta la qualifica di consumatore, ossia si tratti di una persona fisica ed il contratto assicurativo sia stipulato al di fuori dell'ambito di un'attività lavorativa, professionale o imprenditoriale, è prevista la facoltà per entrambe le Parti di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo, con preavviso di 30 giorni, mediante lettera raccomandata.

Polizza Infortuni cumulativa

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

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: "Cattolica&Salute Ogni Giorno - Formazione "



Data di aggiornamento: 11/2022 - Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi 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 del contratto.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A., Lungadige Gangrande; n.16; cap 37126; Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 2.189,378 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685,044 milioni di euro - il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.497,343 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.278,148 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 536,901 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.597,164 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.065,471 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,03 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.

Ad integrazione delle informazioni contenute nel Dip Danni, si precisa che la copertura è valida:

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) folgorazione;
- e) l'assideramento o congelamento;
- f) i colpi di sole o di calore;
- g) le lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie;
- h) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili od a punture di insetti, aracnidi, esclusa la malaria;
- i) gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato;
- j) gli infortuni causati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- k) gli infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da ebbrezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene.

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni sono previste le seguenti garanzie:

Infortunio

Morte per infortunio

- Cumulo dell'indennità: l'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente da infortunio. È prevista la corresponsione ai beneficiari della differenza tra l'indennizzo pagato per Invalidità permanente e la somma assicurata per il caso morte, in caso di successivo decesso dell'Assicurato;
- In caso di decesso indipendente dall'infortunio prima che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato pagato, verrà corrisposto l'indennizzo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima del decesso.

Invalidità permanente per infortunio

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente:

- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente totale, viene corrisposta l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente parziale, l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità accertato con riferimento alla Tabella ANIA o INAIL.
- Sono previsti criteri specifici e particolari di indennizzabilità in caso di invalidità preesistente e invalidità permanente parziale non presente nelle succitate tabelle, nonché un valore massimo di indennizzo in caso di lesioni plurime.

Rimborso spese di cura per infortunio

- In presenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per:
 - accertamenti diagnostici effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero, day hospital o intervento;
 - onorari del chirurgo, dell'équipe operatoria e materiali di intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami, richiesti durante l'intervento;
 - esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali effettuati nei giorni successivi al ricovero/intervento;
 - tickets per le prestazioni richieste.
- In assenza di ricovero, Day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale sono comprese le spese per accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali effettuati nei giorni successivi all'infortunio.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Modifica Franchigia

È prevista una variazione del premio dell'Invalidità permanente per Infortunio in caso di applicazione della franchigia assoluta del 5% o del 10%.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Oltre a quanto indicato nel DIP Danni restano esclusi i rischi connessi alla partecipazione a corsi di formazione sportiva, corsi di formazione con attività pesanti (ad es. attività con lavoro manuale, uso di mezzi meccanici...) e le attività di tirocinio post corso di formazione al di fuori della sede abituale dei corsi.



Ci sono limiti di copertura?

In caso di sopravvenienza di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, AIDS, sieropositività da HIV, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali, il contratto continua ad essere operante ma non saranno più assicurate le persone affette dalle suddette patologie a partire dal giorno della loro insorgenza.

Per la garanzia Infortunio sono presenti le seguenti limitazioni:

Invalidità permanente per infortunio

- È prevista la franchigia assoluta del 3%.

Rimborso spese di cura

- È previsto uno scoperto del 20% con il minimo di € 75.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o suoi familiari/eredi devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società stessa. Per la garanzia di "Invalidità permanente per malattia" la denuncia deve avvenire entro 3 giorni da quando sia motivo di ritenere che la malattia possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che hanno determinato il sinistro, con una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico e dai successivi certificati medici che documentino il decorso delle lesioni, rinnovati alle scadenze previste se trattasi di "Inabilità temporanea da infortunio".
	Assistenza diretta / in convenzione: Non presente.
	Gestione da parte di altre imprese: per le prestazioni dei servizi di assistenza, la gestione dei sinistri è effettuata da IMA Assistance. L'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa al num.verde 800.572.572 oppure al num. 02.24.12.85.70 (preceduto dal prefisso per l'Italia in caso si trovi all'estero). Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare una e-mail al seguente indirizzo: das@imaitalia.it o un fax al seguente numero: 02.24.12.82.45.
	Prescrizione Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	In aggiunta a quanto indicato nel DIP Danni, si precisa che gli effetti relativi ad eventuali dichiarazioni inesatte e reticenti conseguiranno alla scoperta di patologie preesistenti che, se conosciute, non avrebbero consentito la stipulazione dell'assicurazione, tra cui: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., Parkinson, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali.
Obblighi dell'impresa	La Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di risoluzione automatica del contratto, viene restituita al contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto; - Per le persone non più assicurabili a seguito dell'insorgere di una delle patologie non in copertura, viene restituita al contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto; - In caso di recesso a seguito della denuncia di sinistro, la Società rimborserà restituita al contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	Non prevista.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto alle persone che desiderano tutelarsi dagli infortuni che possono insorgere durante la partecipazione a corsi di formazione o a corsi in generale organizzati dal contraente.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Infortuni	25,0 %
-----------	--------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p style="text-align: center;"><i>Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Servizio Reclami Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 Email: reclami@cattolicaassicurazioni.it</i></p> <p>indicando i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente; - numero della polizza e nominativo del Contraente; - numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento; - indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. <p>La Società gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</p>
All'IVASS	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 .
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p><i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i></p> <p>Il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazioni delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art.4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto. Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.</p>
Negoziazione assistita	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.</i>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>In caso di controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo a seguito di infortunio o malattia, possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Ogni parte designa un proprio consulente, mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e scelto tra i consulenti medici legali o, in caso di disaccordo, viene designato dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui si riunisce il collegio.</p> <p>L'incarico viene dato per iscritto al collegio medico, insieme a tutta la documentazione disponibile. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONDE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

**OGNI
GIORNO** **CORSI FORMATIVI**

CATTOLICA & SALUTE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. CS OG CORFOR 2 - ED. 11/2022
devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi
Precontrattuali:**

- **DIP Danni MOD. CS OG CORFOR DIP - ED. 11/2022**
- **DIP aggiuntivo Danni MOD. CS OG CORFOR DIP AGG - ED. 11/2022**



DEFINIZIONI

Assicurazione o Contratto

Il contratto di assicurazione.

Assicurato

La persona il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Assistenza

La prestazione, in denaro o in natura, fornita dalla Società, tramite la propria Struttura Organizzativa, all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro.

Beneficiario

La persona fisica o giuridica designata dal Contraente a favore della quale deve essere eseguita la prestazione garantita dall'Assicurazione in caso di morte dell'Assicurato.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il Premio.

Danno estetico

Una deturpazione fisica obiettivamente constatabile.

Day hospital

Degenza diurna in una struttura pubblica o privata, autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che redige la cartella clinica ed eroga trattamenti terapeutici o chirurgici non eseguibili in ambulatorio.

Durata

Periodo di validità della Polizza, determinato concordemente tra le Parti al momento della stipula del contratto stesso ed indicato sulla scheda tecnica di Polizza.

Franchigia

La parte di danno indennizzabile a termini di polizza, espressa in misura fissa, che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Frattura scheletrica

Soluzione di continuo di una struttura ossea per sollecitazioni traumatiche eccedenti il suo limite di resistenza, che sia strumentalmente accertata mediante idonea indagine radiografica: raggi standard e/o RMN (Risonanza Magnetica Nucleare) e/o TAC (Tomografia Assiale Computerizzata). L'accertamento diagnostico strumentale deve essere, inoltre, corredato da un referto medico di Pronto Soccorso ospedaliero o di un medico ortopedico. **Non sono da considerare fratture le lesioni a strutture cartilaginee nonché le infrazioni.**

Immobilizzazione

L'applicazione di mezzi di contenzione costituiti da fasce gessate od altri mezzi immobilizzanti, fissi, rigidi ed applicati in Istituti di Cura da personale medico specializzato, allo scopo di favorire il processo di guarigione.

Indennizzo

Somma in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente e/o una delle altre prestazioni garantite dalla polizza.

Insorgenza

L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Invalidità permanente per infortunio

La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione svolta.

Intervento chirurgico

Insieme degli atti operatori, aventi diretta finalità terapeutica, effettuati da personale medico anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici, ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione. Non sono considerati interventi chirurgici:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica e di controllo;
- le iniezioni.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga degenza finalizzata alla riabilitazione in seguito ad un ricovero e/o intervento, per la cura di malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Italia

Il territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

IVASS (ex ISVAP)

Istituto con compiti di vigilanza sulle imprese di assicurazione e riassicurazione, sugli agenti e mediatori operanti nel settore delle assicurazioni private.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattie coesistenti

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

Malattie concorrenti

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

Mondo

Tutti i Paesi del mondo.

Parti

Il Contraente e la Società.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

La somma in denaro dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per la copertura assicurativa prestata.

Prestazione

Servizi prestati all'Assicurato dalla Struttura Organizzativa.

Ricovero/Degenza

La permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

La percentuale del danno liquidabile a termini di polizza che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.

Sforzo

Evento straordinario e improvviso in cui, per evincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di una energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Sinistro

Evento dannoso, per cui è prestata l'assicurazione e al cui verificarsi viene corrisposto l'Indennizzo o erogata la prestazione.

Società

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A., brevemente denominata anche Cattolica Assicurazioni S.p.A.

Sport professionistico

Attività sportiva svolta da atleti a favore di una società sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline che hanno riconosciuto il professionismo e regolamentate dal CONI in base alla legge n° 91 del 1981 (e successive eventuali modifiche) e/o attività sportiva che comporti remunerazione diretta (compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti di uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una società o di un ente sportivo). Si precisa che non è considerato sport professionistico quello con 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 e/o con premi monetari in base alla classifica di una gara/competizione).

Struttura Organizzativa

La struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici, operatori in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Trattamenti riabilitativi

L'insieme dei trattamenti terapeutici manuali o strumentali, prescritti dal medico curante, volti al recupero delle funzionalità ed eseguiti da personale autorizzato e riconosciuto dall'ordinamento vigente come appartenente alle professioni sanitarie.

Ubriachezza

Si considera in stato di ubriachezza l'Assicurato al quale venga riscontrato un tasso alcolemico superiore al limite di legge.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 Oggetto del contratto

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per gli infortuni, indennizzabili ai sensi di Contratto, che gli Assicurati elencati in Polizza possano subire durante la partecipazione a corsi di formazione o a corsi in generale organizzati dalla Contraente di polizza.

Restano esclusi dalla garanzia i rischi connessi alla partecipazione a corsi di formazione sportiva, corsi di formazione con attività pesanti (ad esempio indicativo ma non esaustivo le attività che implicano lavoro prevalentemente manuale, con uso di mezzi meccanici o elettrici da taglio o smeriglio in genere) e le attività di tirocinio post corso di formazione svolte al di fuori della sede abituale dei corsi stessi.

L'Assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie indicate nella scheda tecnica di polizza.

Art. 2 Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio ed indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Art. 3 Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) annegamento;
- d) folgorazione;
- e) assideramento o congelamento;
- f) colpi di sole o di calore;
- g) le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti e le ernie;**
- h) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, **esclusa la malaria;**
- i) infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'articolo 1900 del codice civile);
- j) infortuni causati da tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'articolo 1912 del codice civile);
- k) infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **eccetto quelli provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene.**

Art. 4 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 5 Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1912 del codice civile, **sono esclusi i danni verificatisi in occasione di atti di guerra, guerra civile, insurrezione, occupazione militare, invasione e simili** con l'eccezione degli infortuni avvenuti all'estero per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trovava all'estero.** Si precisa che non sono considerati "atti di guerra od insurrezione" le azioni di organizzazioni terroristiche e/o politiche anche se inquisite per insurrezione armata contro i poteri costituiti o simili imputazioni. Si precisa che se il sinistro non è relativo ad atti di guerra verrà comunque considerato in copertura anche se verificatosi in un paese considerato a rischio guerra.

Art. 6 Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) **guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;**
- b) **operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;**
- c) **azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;**

- d) manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- e) i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- f) i ricoveri conseguenti a interruzioni volontarie di gravidanza;
- g) day hospital con finalità diagnostiche;
- h) le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- i) i ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere;
- j) gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;
- k) azioni o comportamenti direttamente correlati a: sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o gli stati paranoici, sindromi bipolari, epilessia, sintomi epilettoidi, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer;
- l) gli infortuni subiti in stato di intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza;
- m) trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;
- n) conseguenze dirette o indirette della trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- o) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- p) le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- q) l'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:
- qualsiasi sport professionistico;
 - pratica di sport pericolosi, come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), free solo, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), pratica dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, kite surf, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), body building/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche. L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non esaustivo di altri sport esclusi non elencati che dovessero rivestire carattere di alta pericolosità.

Sono inoltre esclusi:

- arti marziali, rugby;
- sport con autoveicoli o motoveicoli anche se su pista;
- sport con natanti a motore o motonautici a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura;
- sport con aeromobili, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili);
- l'alpinismo, la speleologia e le immersioni subacquee; si intendono invece comprese tali attività se svolte con le modalità di seguito elencate:
 - l'alpinismo con scalate di rocce ed accesso ai ghiacciai fino al 5° grado della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche) **purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing;**
 - la speleologia non a carattere professionale **purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;**
 - le immersioni subacquee con uso di autorespiratore (comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose) **a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale. La copertura opera a condizione che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure nell'ambito dello svolgimento di corsi di abilitazione con presenza di istruttore.**

Art. 7 Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;

- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbia come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto da lui dovuto**. Se il Contraente non paga i premi successivi, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento**, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1091 del codice civile.

Art. 8 Premio minimo annuo

Il premio complessivo annuo non potrà essere inferiore a 100,00 euro.

Art. 9 Decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato sul contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento effettivo.

Art. 10 Proroga del contratto

Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

Se il Contraente lo richiede e viene, pertanto, indicato "SI" alla voce tacito rinnovo nella scheda di polizza, **in mancanza di disdetta esercitata dalle parti mediante raccomandata inviata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno**.

La Società ha la possibilità di modificare le condizioni di premio al momento del rinnovo del contratto. Le indicazioni circa il nuovo ammontare del premio vengono fornite presso l'Agenzia alla quale è assegnato il contratto almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto stesso.

Il Contraente, dopo aver preso visione delle nuove condizioni di premio, può accettarle ed in tal caso il contratto si rinnova.

Se il Contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove condizioni di premio entro la scadenza annuale, il contratto si intenderà disdetto e quindi risolto a detta scadenza.

Se il Contraente accetta le nuove condizioni, **dovrà pagare il nuovo premio entro 15 (quindici) giorni dalla scadenza annuale del contratto, e il pagamento costituisce in ogni caso dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni di premio di polizza. Qualora detto pagamento fosse eseguito dopo 15 (quindici) giorni dalla scadenza contrattuale la garanzia resterà sospesa dalle ore 24 (ventiquattro) del 15° giorno fino alle ore 24 (ventiquattro) del giorno del pagamento del premio.**

Art. 11 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, A.I.D.S., sieropositività da H.I.V., schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici, sindromi bipolari, Parkinson, Alzheimer e altre sindromi organiche-cerebrali. Qualora tali patologie insorgano in corso di contratto, trattandosi di un aggravamento del rischio in relazione al quale la Società non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, il contratto continuerà ad essere operante, ma non saranno più assicurate le persone affette dalle suddette patologie a partire dal giorno della loro insorgenza. Per questi soggetti la Società rimborserà la quota parte di premio (al netto delle imposte) relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 12 Limiti di età

Gli assicurati possono avere fino a 75 (settantacinque) anni di età.

Nel caso in cui uno o più Assicurati compiano l'età massima assicurabile in corso di contratto la polizza conserverà efficacia fino alla sua naturale scadenza. Nell'ipotesi di tacito rinnovo il contratto **conserverà efficacia unicamente per gli assicurati che non hanno superato il limite di età, salvo deroga espressamente indicata in polizza.**

Art. 13 Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D.lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo. Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 (quindici) giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Qualora il Contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D.lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, la Società ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al Contraente con lettera raccomandata e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

La Società rimborsa al Contraente, entro 15 (quindici) giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 14 Raccolta dati degli assicurati

Il Contraente, al fine di consentire alla Compagnia di ottemperare alle disposizioni del Regolamento ISVAP n. 27 del 14 ottobre 2008 ed eventuali successive modifiche, **si impegna a fornire in sede di emissione del Contratto i seguenti dati per ciascun assicurato:**

- nome;
- cognome;
- codice fiscale.

Art. 15 Variazione di persone

Si conviene che le variazioni del numero e delle generalità delle persone assicurate, verificatesi nel corso del periodo di validità della polizza **devono essere comunicate per iscritto ed a mezzo raccomandata a.r. all'Agenzia cui è assegnato il Contratto. Le variazioni avranno efficacia a decorrere dalla data del ricevimento della raccomandata da parte della Società, sempreché gli eventuali nuovi soggetti a cui è estesa la copertura assicurativa siano assicurabili a norma di polizza.**

A fronte della ricezione della comunicazione della variazione sopra indicata l'Agenzia emetterà formale appendice, **fermo l'obbligo del Contraente di corrispondere l'eventuale maggior premio entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione della variazione con l'applicazione, in difetto, dell'articolo 1901 del codice civile.**

Art. 16 Limite massimo di esborso per evento che colpisca più persone

Nel caso di infortunio che colpisca, in conseguenza di un unico evento, più persone assicurate **l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà essere superiore a quanto indicato in scheda tecnica di Polizza alla voce "Limite catastrofale".** Qualora le indennità liquidabili ai sensi del contratto eccedessero complessivamente tale importo, **le stesse verranno ridotte proporzionalmente.**

Art. 17 Esonero denuncia di altre assicurazioni

L'eventuale coesistenza di altre polizze stipulate personalmente dai singoli Assicurati con altre Compagnie per la copertura degli stessi rischi, anche nel caso in cui gli interessati non ne abbiano dato notizia alla Società, non pregiudica la garanzia prestata con il presente contratto e, pertanto, il pagamento della relativa indennità verrà effettuato in ogni caso nella misura dovuta.

Art. 18 Esonero dall'obbligo di denuncia di mutilazioni o difetti preesistenti

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. Nel caso di infortunio sofferto da persona affetta da difetti fisici o mutilazioni, l'indennità per invalidità permanente sarà liquidata **per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio**, fermo il disposto dell'Art. 2 "Criteri generali di indennizzabilità".

Art. 19 Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 20 Rinvio alle norme di legge

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

Art. 20.1 Misure restrittive - Sanctions Clause

La Compagnia non è obbligata a garantire una copertura assicurativa né tenuta a liquidare un sinistro o ad erogare una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, la liquidazione del sinistro o l'erogazione della prestazione espone la Compagnia a sanzioni, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, oppure a sanzioni finanziarie o commerciali, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

Art. 21 Oneri fiscali

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

Art. 22 Mancato rinnovo a scadenza

Il contratto s'intende estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta, se nella polizza alla voce "Tacito Rinnovo" viene riportato il testo "NO".

GARANZIE

MORTE PER INFORTUNIO

Art. 23 Morte

La Società in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio, corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi in parti uguali.

Art. 24 Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società liquida il capitale garantito **dopo 6 (sei) mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta** come previsto dagli articoli 60 e 62 del codice civile. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che **l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.**

Art. 25 Cumulo dell'indennità

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Art. 26 Invalidità permanente per infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente dell'Assicurato per infortunio totale o parziale.

Art. 27 Calcolo dell'indennizzo

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente per infortunio **al netto dell'eventuale franchigia indicata in scheda tecnica di Polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla **somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento alla Tabella di accertamento dell'invalidità permanente per infortunio (Tabella ANIA o Tabella INAIL)** scelta e indicata nella scheda di polizza.

Art. 28 Franchigia sull'invalidità permanente per infortunio

La franchigia è pari a quanto indicato nella scheda tecnica di Polizza.

Pertanto si conviene che sulla somma assicurata indicata nella scheda tecnica di Polizza **non si fa luogo all'indennizzo per invalidità permanente per infortunio quando questa sia di grado non superiore alla franchigia scelta. Se l'invalidità supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.**

Art. 29 Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato le percentuali della tabella contenuta nell'Art. 34 "Tabella di accertamento dell'invalidità permanente per infortunio - Tabella ANIA" o della tabella contenuta nell'Art. 35 "Tabella di accertamento dell'invalidità permanente per infortunio - Tabella INAIL", **sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.**

Art. 30 Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista dalla tabella contenuta nell'Art. 34 "Tabella di accertamento dell'invalidità permanente per infortunio - Tabella ANIA" o dalla tabella contenuta nell'Art. 35 "Tabella di accertamento dell'invalidità permanente per infortunio - Tabella INAIL", **si fa riferimento ai seguenti criteri:**

- **se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;**

- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 31 Massimo indennizzo per lesioni plurime

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, **fino a raggiungere al massimo il valore del 100%**.

Art. 32 Cumulo dell'indennità

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente per infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari **la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore**, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 33 Decesso indipendente dall'infortunio

Se l'Assicurato muore **per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente per infortunio, già concordato o determinato dalla Società, sia stato pagato**, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche **acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato**. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

Art. 34 Tabella di accertamento dell'invalidità permanente per infortunio - Tabella ANIA

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente **al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla "Tabella ANIA - Invalidità permanente per infortunio" di seguito riportata, convenzionalmente chiamata Tabella ANIA.

Tabella ANIA - Invalidità permanente per infortunio

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
perdita anatomica di un rene	15%	
perdita anatomica della milza senza compromissione significativa della crasi ematica	8%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	

perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	Destro	Sinistro
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
dodicesima dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deformante	5%	
Anchilosi:	Destro	Sinistro
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%	8%
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%	
Paralisi completa:	Destro	Sinistro
del nervo ulnare	20%	17%
del nervo radiale	35%	30%
dello sciatico popliteo esterno	15%	
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:	Destro	Sinistro
sopra la metà della coscia	70%	
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%	
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%	
Amputazione o perdita funzionale di:	Destro	Sinistro
un piede	40%	
ambidue i piedi	100%	
un alluce	5%	
un altro dito del piede	1%	
una falange dell'alluce	2,5%	
ernie addominali da sforzo non operabili max	10%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

Art. 35 Tabella di accertamento dell'invalidità permanente - Tabella INAIL

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata di invalidità permanente al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata più le eventuali maggiorazioni contrattualmente previste;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, che deve essere accertata con riferimento alla "Tabella di valutazione del grado percentuale di invalidità permanente -- Tabella INAIL" di seguito riportata, convenzionalmente chiamata Tabella INAIL.

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE - TABELLA INAIL
(Allegato 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124 escluse successive modifiche ed integrazioni)

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva:

Visus perduto	Visus residuo	Percentuale per occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Percentuale per occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0/10	35%	65%

NOTE:

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio;
- la valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale;
- nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione;
- la perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16%;
- in caso di afachia monolaterale con:
 - visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%;
 - visus corretto di 7/10 18%;
 - visus corretto di 6/10 21%;
 - visus corretto di 5/10 24%;
 - visus corretto di 4/10 28%;
 - visus corretto di 3/10 32%;
 - visus corretto inferiore a 3/10 35%;
- in caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la percentuale riportata nella tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
- Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
- Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
- con possibilità di applicazione di protesi efficaci	11%	

- senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Perdita di un testicolo		0%
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchoriosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
- per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
- per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio		12%
Perdita totale dell'anulare		8%
Perdita totale del mignolo		12%
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio		5%
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3%
Perdita della falange ungueale del mignolo		5%
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio		8%
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6%
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a. in semipronazione:	30%	25%
b. in pronazione	35%	30%
c. in supinazione	45%	40%
d. quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchoriosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a. in semipronazione:	40%	35%
b. in pronazione	45%	40%
c. in supinazione	55%	50%
d. quando l'anchoriosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchoriosi completa dell'articolazione radiocarpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a. in semipronazione:	22%	18%
b. in pronazione	25%	22%
c. in supinazione	35%	30%

Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

Art. 36 Anticipo indennizzo

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente per infortunio sia stimata dalla Società pari o superiore al 25%, la Società riconosce, su richiesta dell'Assicurato, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo.

Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della invalidità permanente per infortunio accertata in via definitiva **doesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di anticipo indennizzo, la Società ha diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.**

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

Art. 37 Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (**il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno**) pari a quanto indicato nella scheda tecnica di Polizza. **La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 (novanta) giorni per evento e di 180 (centottanta) giorni per anno assicurativo.**

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato **entro 30 (trenta) giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.**

In caso di day hospital per un periodo **non inferiore a 3 (tre) giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 30% dell'indennità prevista nella scheda tecnica di Polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto senza interruzione**, fatta eccezione per le festività. La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su **presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato.** Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

DIARIA DA IMMOBILIZZO

Art. 38 Diaria da immobilizzo

Se l'infortunio comporta una frattura **radiologicamente accertata da un presidio ospedaliero di Pronto Soccorso** e prevede l'applicazione di un apparecchio gessato o tutore immobilizzante esterno non amovibile autonomamente dall'Assicurato, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità pari a quella prevista nella scheda tecnica di Polizza fino alla rimozione della gessatura o del tutore immobilizzante esterno **e comunque per un periodo massimo di 30 (trenta) giorni per evento e per anno assicurativo.**

Viene riconosciuta la diaria da immobilizzo, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato **ma sempre con ricorso al presidio ospedaliero del Pronto Soccorso**, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola **purché radiologicamente accertate. Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.** Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista nella scheda tecnica di Polizza per una **durata forfetaria di 15 (quindici) giorni**, per le altre fratture di questo comma la **durata forfetaria è pari a 40 (quaranta) giorni.**

RIMBORSO SPESE DI CURA

Art. 39 Rimborso spese di cura

In caso di infortunio indennizzabile, la Società **assicura fino alla concorrenza della somma assicurata indicata nella scheda tecnica di polizza e per la parte di spese che non risultino a carico del Servizio Sanitario Nazionale** il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a) Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei 90 (novanta) giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**
Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, **la Società corrisponde una diaria sostitutiva di euro 50,00 (cinquanta) per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 30 (trenta) giorni per anno assicurativo.**

b) Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale:

- gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi con esclusione della massoterapia, le cure termali **(escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi all'infortunio.**

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con **l'applicazione dello scoperto, sulla spesa documentata, pari alla percentuale e con il minimo importo indicati nella scheda tecnica di Polizza** per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato elencato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

Per le seguenti prestazioni la garanzia rimborso spese di cura è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:

- laserterapia;
- magnetoterapia;
- T.A.C.;
- risonanza magnetica;
- artroscopia.

La Società restituisce i documenti originali ricevuti per la liquidazione del sinistro, **previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.** Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto **dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.**

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

ASSISTENZA

Art. 40 Oggetto della garanzia

La Società assicura le prestazioni dei servizi di assistenza indicate negli articoli seguenti **purché sia richiama nella scheda di polizza la garanzia "Assistenza"**.

Tutte le prestazioni possono essere fornite per ciascun Assicurato **fino ad un massimo di tre volte per tipo nel corso di validità della polizza**.

Art. 41 Istruzioni per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi in Italia e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde:

800.572.572 in funzione 24 ore su 24

Oppure al numero:

02.24.12.85.70 preceduto dal prefisso per l'Italia in caso si trovi all'estero

Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un'e-mail al seguente indirizzo:

das@imaitalia.it

o un fax al seguente numero telefonico:

02.24.12.82.45

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- Nome e cognome;
- Numero di polizza;
- Servizio richiesto;
- Indirizzo del luogo in cui si trova;
- Recapito telefonico al quale la Struttura Organizzativa potrà richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Art. 42 Erogazione delle prestazioni

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Tutte le prestazioni assistenza non possono essere fornite più di 3 (tre) volte per periodo di copertura assicurativa. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, l'impresa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione. **La Struttura Organizzativa non si assume la responsabilità per i danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.**

Art. 43 Accertamenti in caso di sinistro

L'Assicurato s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, **nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla Struttura Organizzativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.** La Struttura Organizzativa può richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornire integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione. **L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, la Struttura Organizzativa, e/o i magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.**

Per tutto quanto non è espressamente disciplinato si applicano le disposizioni di legge.

Art. 44 Esclusioni

La garanzia non è operante per i sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di 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, epidemie/pandemie;
- le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'Assicurato;

- **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;**
- **infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;**
- **infortuni derivanti da attività professionali che comportino uso di mine, armi e/o sostanze pericolose, accesso a miniere, scavi e/o cave e attività estrattive di terra e di mare;**
- **ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Società si prescrive, ai sensi dell'art.2952 del codice civile nel termine di due anni che decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda.**

Art. 45 Protezione carte di credito

In caso di furto o smarrimento delle carte di credito l'Assicurato, contattando la Struttura Organizzativa, verrà messo in contatto con gli istituti emittenti, per avviare le procedure necessarie al blocco. **Resta a carico dell'Assicurato il perfezionamento della procedura di blocco, secondo quanto disposto dai singoli istituti emittenti.**

La prestazione è operante in tutto il mondo.

Art. 46 Invio di messaggi urgenti

La Struttura Organizzativa provvede, tenendo la Società a proprio carico le relative spese, all'invio di messaggi urgenti da parte dell'Assicurato a persone residenti in Italia.

La prestazione è operante in tutto il mondo.

Art. 47 Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici, la Struttura Organizzativa fornirà un servizio di Assistenza medica **dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 17,00.**

Si precisa che tale prestazione **non fornisce diagnosi** ed è basata sulle dichiarazioni dell'Assicurato e sulle informazioni da lui fornite a distanza.

La prestazione è operante in tutto il mondo.

Art. 48 Ricerca di centri specialistici e diagnostici

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi, in seguito a infortunio e/o malattia, a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi ematochimiche, la Struttura Organizzativa, individua il centro diagnostico più vicino.

La prestazione è operante in tutto il mondo.

Art. 49 Segnalazione di un medico specialista

Se l'Assicurato avesse bisogno di una visita specialistica, la Struttura Organizzativa gli indicherà il nominativo dello specialista più vicino, **compatibilmente con le disponibilità locali.**

La prestazione è operante in tutto il mondo.

Art. 50 Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita di un ricovero in un Istituto di cura **per un periodo superiore a otto giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo **fino a un massimo di euro 300,00.**

La prestazione è operante in tutto il mondo.

Art. 51 Accompagnamento di minori

Se l'Assicurato in viaggio accompagnato **da minori di quindici anni**, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito a malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. **La Società terrà a proprio carico il relativo costo fino a un massimo di euro 300,00.**

L'Assicurato **deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare** affinché la Struttura Organizzativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

La prestazione è operante in tutto il mondo.

Art. 52 Invio di un medico generico

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 dei giorni feriali o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare uno dei medici convenzionati. La Società ne assume le relative spese fino ad **un massimo di euro 150,00**.

La prestazione è operante solo in Italia.

Art. 53 Trasporto in autoambulanza dopo il ricovero di primo soccorso

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 (trecento) km di percorso complessivo (andata - ritorno)**.

La prestazione è operante solo in Italia.

Art. 54 Fornitura di attrezzature medico chirurgiche

Se, a seguito di un ricovero in un Istituto di cura **per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni**, si rendano 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, **fino ad un massimo di euro 250,00 per Sinistro e per anno**, tenendo il costo a carico della Società.

La prestazione è operante solo in Italia.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 55 Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Entro 3 (tre) giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

Art. 56 Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. In caso di mancata presentazione della documentazione richiesta in forma scritta dalla Società non si potrà far luogo al pagamento della prestazione. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 57 Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 58 Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il 3° medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del 3° medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso. Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le Parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla Parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Ciascuna Parte sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il 3° medico.

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 59 Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 60 Denuncia e gestione del sinistro Assistenza

La denuncia del sinistro deve essere effettuata con le modalità previste nella Sezione Assistenza dall'Art. 41 "Istruzioni per la richiesta di assistenza" all'Art. 43 "Accertamenti in caso di sinistro".



SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A.
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. - Lungadige Cangrande 16 - 37126 Verona - Italia
Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111 - Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v.
C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di Verona n. 9962 - P. IVA del Gruppo IVA Assicurazioni Generali n. 01333550323 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA: Assicurazioni Generali S.p.A. - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.
www.cattolica.it