



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Invalidità permanente da malattia

Il presente documento contenente:

- Glossario
- Condizioni di Polizza

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta

Per qualsiasi richiesta riguardante le prestazioni di assistenza, è necessario contattare preventivamente:

■  **800 069 841** in funzione 24 ore su 24

oppure il numero:

■ **+39 015 255 96 57** nel caso si trovi all'estero



Vittoria
Assicurazioni

Area Riservata	pag. 2
1 - Glossario	pag. 5
2 - Condizioni Generali di Assicurazione	pag. 7
3 - Garanzie e relativi patti contrattuali	pag. 13
4 - Esclusioni, limiti e persone non assicurabili	pag. 20
5 - Condizioni Particolari	pag. 22
6 - Condizioni che regolano il caso di sinistro	pag. 26
7 - Sezione Assistenza	pag. 28

AREA RISERVATA

In ottemperanza al Provvedimento IVASS n° 7 del 16/07/2013, si comunica che sul sito internet dell'Impresa - www.vittoriaassicurazioni.com - è disponibile la sezione "AREA RISERVATA", che consente ad ogni Cliente di consultare la propria posizione assicurativa, registrandosi al Servizio.

Per registrarsi è sufficiente seguire le indicazioni riportate sul sito.

Per ottenere maggiori informazioni sul Servizio o ottenere assistenza sull'utilizzo del sistema è possibile rivolgersi al proprio Intermediario.

Tabella Scoperti, Franchigie e Sottolimiti di indennizzo

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Invalità permanente accertata	3.4	Non previsto	Nessun indennizzo qualora il grado accertato sia inferiore al 25%	Non previsto
Polizze cumulative	4.4	Non previsto	Non previsto	€ 2.500.000
Regolazione del premio (comunicazione tardiva dati)	5.4	Non previsto	-Euro 5.000 nei 30 giorni successivi alla scadenza del termine indicato per la comunicazione dei dati -Euro 10.000 decorsi 30 giorni di cui sopra	Non previsto
Franchigia opzionale 65%	5.6	Non previsto	Nessun indennizzo qualora il grado accertato sia inferiore al 65%	Non previsto
Adeguamento garanzia	5.5	Non previsto	Non prevista	Doppio importi inizialmente stabiliti con il massimo di euro 600.000
Trasporto in ambulanza In Italia	7.1	Non previsto	Non prevista	La Struttura Organizzativa tiene a proprio carico un importo pari a quello necessario per compiere un percorso di km 300
Assistenza infermieristica presso istituto di cura	7.1	Non previsto	Non prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Invio medicinali urgenti	7.1	Restano a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali	Non prevista	Non previsto
Invio infermiere a domicilio (in Italia)	7.1	Non previsto	Non prevista	L'Impresa ne assume le spese fino ad un massimo di euro 500 per periodo di copertura assicurativa
Invio fisioterapista (in Italia)	7.1	Non previsto	Non prevista	L'Impresa rimborsa l'importo di euro 300 per periodo di copertura assicurativa

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Rientro sanitario	7.1	Non previsto	Non prevista	Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che possono essere curate sul posto e le malattie infettive
Fornitura di attrezzature medico chirurgiche (in Italia)	7.1	Non previsto	Non prevista	La Struttura Organizzativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso sino ad un massimo di euro 500 per sinistro e per anno, tenendo il costo a carico dell'Impresa. La garanzia è operante esclusivamente in Italia.
Rientro altri assicurati	7.1	Non previsto	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico il costo del biglietto fino ad un massimo di euro 500 per assicurato
Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)	7.1	Non previsto	Non prevista	Se a seguito di malattia o infortunio l'assicurato necessita di un ricovero per più di 10 giorni, l'Impresa terrà a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione per un familiare, fino ad un massimo per sinistro di euro 100 per notte per massimo 3 notti
Anticipo spese mediche (in Italia)	7.1	Non previsto	Non prevista	La Struttura Organizzativa anticipa il pagamento delle fatture fino ad un importo massimo di euro 500 per sinistro; l'importo delle fatture pagate non potrà mai superare euro 2.600. La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre km 50 dal comune di residenza dell'Assicurato
Invio di un infermiere per familiare non autosufficiente	7.1	Non previsto	Non prevista	L'Impresa terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di euro 500 per sinistro
Baby-sitter per minori	7.1	Non previsto	Non prevista	Se l'assicurato a seguito malattia o infortunio viene ricoverato per più di 5 giorni ed è temporaneamente invalido, l'Impresa terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di euro 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro
Collaboratrice familiare	7.1	Non previsto	Non prevista	In caso di ricovero per più di 5 giorni, l'Impresa terrà a proprio carico le spese fino ad un massimo di euro 100 al giorno e per un massimo di 5 giorni per sinistro

Ai sotto elencati termini le Parti attribuiscono il seguente significato:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Consumatore

È inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Assistenza infermieristica

L'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

Impresa

Vittoria Assicurazioni S.p.A ed eventuali Coassicuratrici.

Indennizzo

La somma dovuta dall'Impresa in caso di sinistro.

Invaldit  permanente da malattia

La perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, a seguito di malattia, della capacit  dell'Assicurato di svolgere qualsiasi generica attivit  lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

Malattia

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

Malformazione, difetto fisico

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

Mapfre Asistencia

La Societ  per azioni che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

Retribuzione

Tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente Assicurato effettivamente riceve a compenso delle sue prestazioni: oltre allo stipendio, tutti gli elementi costitutivi della retribuzione aventi carattere continuativo, ivi comprese le provvigioni, i premi di produzione ed ogni altro compenso ed indennità, anche se non di ammontare fisso, che risulti registrato nei libri amministrativi tenuti a norma di Legge dal Contraente.

Si intende escluso quanto corrisposto a titolo di rimborso spese e di emolumenti di carattere eccezionale.

Rischio

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

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Struttura organizzativa

La struttura di MAPFRE Asistencia Italia - Strada Trossi, 66 – 13871, Verrone (BI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto dell'Impresa al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Impresa.

2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2.2 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Il Contraente/Assicurato deve comunicare all'Impresa l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 1910 del Codice Civile.

L'omissione dolosa della comunicazione di cui sopra può comportare la perdita del diritto all'indennizzo.

Gli Assicurati, qualora non si identifichino con il Contraente, sono dispensati dal comunicare eventuali assicurazioni stipulate per rischi analoghi a quello oggetto della presente polizza.

In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno di essi il nome degli altri.

2.3 - Decorrenza dell'assicurazione e successive scadenze di premio

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui è firmata la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data successiva; in caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite. Per le rate successive alla firma è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite (art. 1901 del Codice Civile).

In tutti i casi in cui il Contraente ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit, le modalità di pagamento sono disciplinate dalle disposizioni contenute nell'allegato "SEPA Direct Debit" che forma parte integrante del contratto.

È facoltà dell'Impresa rinunciare al frazionamento mensile in caso di contratti poliennali. Tale facoltà potrà essere esercitata ad ogni scadenza annuale previo avviso al Contraente con preavviso non inferiore a 60 giorni.

È in tal caso facoltà del Contraente recedere dal contratto a tale scadenza previo avviso all'Impresa con preavviso non inferiore a 15 giorni.

2.4 - Pagamento del premio e stipula indipendentemente da ogni altra assicurazione

La prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro il rilascio di quietanze che devono riportare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso l'Impresa.

La sottoscrizione della presente polizza, indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future, impegna il Contraente a mantenere in vita la polizza stessa per tutta la durata pattuita ed a pagare le rate di premio alle scadenze convenute.

Il Contraente - fermo restando il contenuto di cui al precedente art. 2.2 - è esonerato dal dichiarare le predette assicurazioni a cui fosse tenuto per legge, in corso a favore dei propri dipendenti, dalle quali la presente polizza è completamente separata ed indipendente.

In tutti i casi in cui il Contraente ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit, le rate di premio, successive alla prima, devono essere pagate alle scadenze stabilite e il rilascio della quietanza è sostituito dalla conferma di pagamento tramite SMS al numero di cellulare indicato nel contratto. Le modalità del pagamento delle rate sono disciplinate dall'allegato "SEPA Direct Debit" che forma parte integrante del contratto.

2.5 - Modifiche dell'assicurazione

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

2.6 - Forma delle comunicazioni

Ogni comunicazione del Contraente/Assicurato deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto o alla Direzione dell'Impresa.

2.7 - Facoltà dell'Impresa di modificare il premio in corso di polizza e conseguente diritto di recesso del Contraente

Ad ogni scadenza annuale, ferma la concessione dello sconto di durata nel caso di polizza poliennale, l'Impresa ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza, in aggiunta a quanto previsto dall'art. 5.5 "Adeguamento garanzia".

La variazione di premio è evidenziata sulla quietanza rilasciata al Contraente che, provvedendo al pagamento del premio così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di premio.

Qualora il Contraente non accetti le nuove condizioni astenendosi dal pagamento del premio, l'assicurazione cesserà automaticamente ogni effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

2.8 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

2.9 - Durata del contratto e proroga

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

Ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21 della L. n° 99 del 23 luglio 2009, qualora la durata della polizza sia superiore a cinque anni l'Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Fermo quanto sopra, la polizza di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni* prima della scadenza medesima (*30 giorni qualora il contratto sia stipulato con un "consumatore" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo), è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

Nel caso di durata poliennale è prevista una riduzione del premio

2.10 - Aggravamento del rischio

Nell'assicurazione non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art.1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

2.11 - Variazioni delle persone assicurate

Assicurazione in forma nominativa per persone identificate in polizza

L'assicurazione è operante per le persone identificate in polizza.

Le variazioni delle persone da assicurare devono essere comunicate all'Impresa, che ne prende atto con appendice alla polizza, trasmettendo nel contempo i Questionari Sanitari mod. CC.027.391, compilati e sottoscritti da ogni singolo Assicurando.

L'assicurazione, per le nuove persone per le quali il Contraente e l'Impresa concordano che sia prestata la garanzia, decorre dalle ore 24 del giorno di perfezionamento dell'appendice relativa (firma dell'appendice e pagamento del premio dovuto).

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

Assicurazione in forma non nominativa per categorie di attività

L'assicurazione è operante per le persone appartenenti alle categorie di attività dichiarate sul simple di polizza mod. PA.027.222, e sin dal momento della loro iscrizione nei libri amministrativi o registri tenuti dal Contraente nei modi e nei termini previsti dalla Legge.

Per le persone che vengono iscritte, o cessano, successivamente alla data di effetto della presente polizza, l'assicurazione avrà efficacia, o cesserà, senza che di ciò si debba dare atto con emissione di appendice, dalle ore 24 del giorno di iscrizione o di cessazione risultante dai libri amministrativi o registri.

Per qualunque forma di assicurazione, le condizioni di premio indicate nei documenti contrattuali non impegnano l'Impresa per le variazioni in aumento di somme assicurate che dovessero essere richieste nel corso della polizza.

2.12 - Variazione della persona del Contraente

In caso di stipulazione della presente polizza tra l'**Impresa ed una persona fisica** il Contraente stipula per sé e per i suoi aventi causa, i quali sono solidalmente obbligati a continuare la polizza fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione la polizza continua con l'erede o con gli eredi designati i cui beni, interessi e/o attività erano già in precedenza protetti dall'assicurazione.

In caso di stipulazione della presente polizza tra l'**Impresa ed una persona giuridica**, il Contraente stipula per sé e per eventuali successori, i quali sono solidalmente obbligati a continuare la polizza.

In questo caso la polizza continua con la persona fisica o giuridica cui siano stati assegnati i beni e le attività, a cui sono addette le persone assicurate.

Fermo restando le disposizioni di cui agli art. 2558 e 1918 C.C. resta inteso che, nel caso di fusione della persona giuridica contraente con altre persone giuridiche, la polizza continua con la persona giuridica incorporante o nuovamente costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, la polizza continua con la persona giuridica nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento o di sua messa in liquidazione, la polizza continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni innanzi indicate devono essere comunicate per iscritto all'Impresa dal Contraente, suoi eredi od aventi causa entro il termine di 15 giorni dal loro verificarsi. L'Impresa, nei 30 giorni successivi, ha facoltà di recedere dalla polizza, dandone comunicazione con preavviso di 15 giorni.

2.13 - Modalità di calcolo del premio

Il premio della presente polizza è determinato in base all'età degli Assicurati al momento della stipulazione, così come ad ogni successiva scadenza anniversaria.

Per le annualità successive e fino alla scadenza contrattuale, il premio aumenterà, in base ai coefficienti indicati nella seguente tabella, per tener conto dell'incremento di età.

RIQUADRO DEI COEFFICIENTI PER ETÀ'							
Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente	Età	Coefficiente
1	-	18	0,0130	35	0,0741	52	0,0506
2	-	19	0,0128	36	0,0690	53	0,0482
3	-	20	0,0127	37	0,0645	54	0,0460
4	-	21	0,0125	38	0,0606	55	0,0440
5	-	22	0,0123	39	0,0571	56	0,0421
6	-	23	0,0122	40	0,0541	57	0,0404
7	-	24	0,0120	41	0,0769	58	0,0485
8	-	25	0,0119	42	0,0714	59	0,0463
9	-	26	0,0118	43	0,0667	60	0,1504
10	-	27	0,0116	44	0,0625	61	0,1538
11	0,0143	28	0,0115	45	0,0588	62	0,1333
12	0,0141	29	0,0795	46	0,0556	63	0,1176
13	0,0139	30	0,0526	47	0,0877	64	0,1053
14	0,0137	31	0,0500	48	0,0645		
15	0,0135	32	0,0952	49	0,0606		
16	0,0133	33	0,0870	50	0,0714		
17	0,0132	34	0,0800	51	0,0533		

Tali coefficienti (moltiplicati per cento) esprimono l'aumento percentuale del premio annuo lordo da applicare al premio della precedente scadenza anniversaria.

Fermo quanto previsto all'articolo 5.5 – Adeguamento garanzia.

L'aumento di premio così calcolato risulterà nel documento che a ogni scadenza anniversaria e fino alla scadenza finale di polizza l'Impresa presenterà al Contraente.

Nessun aumento di premio è dovuto in caso di aggravamento dello stato di salute degli Assicurati determinatosi successivamente alla stipulazione della polizza.

Se richiamata la Sezione Assistenza, il premio di quest'ultima non varierà alle scadenze anniversarie successive alla stipulazione della polizza.

2.14 - Diritto di recesso in caso di vendita a distanza

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, ove il contratto sia stipulato da un consumatore, così come definito dal codice del Consumo, il contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a Vittoria Assicurazioni S.p.a. Via Ignazio Gardella 2 – 20149 Milano. In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

2.15 - Imposte e tasse

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per Legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza ed agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

2.16 - Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato valgono le norme di legge.

2.17 - Mediazione obbligatoria

Fatto salvo il preventivo espletamento delle procedure previste in polizza per la soluzione delle eventuali controversie concernenti le richieste d'indennizzo originarie da sinistri regolarmente protocollati, per tutte le controversie nascenti o comunque collegate a questo contratto, per le quali non sia stato possibile raggiungere una soluzione amichevole e per le quali si intenda promuovere un giudizio, è condizione di procedibilità esperire un preliminare tentativo di mediazione, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n.28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche (di seguito "Decreto 28").

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

Si precisa che nel caso in cui il contratto sia stato stipulato con un "consumatore" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di mediazione presenti nel luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

La parte che viene chiamata in mediazione (sia Vittoria, sia il Contraente) si riserva il diritto di non partecipare alla procedura di mediazione, motivando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la propria mancata partecipazione.

Laddove il regolamento dell'Organismo prescelto preveda la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (on line), si conviene che la mediazione sarà iniziata e svolta in tale forma anche se ad aderire sia solo una delle due parti.

In ogni caso la parte istante si impegna:

1. ad indicare nell'istanza di mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del sinistro, numero della polizza), nonché ad indicare all'Organismo di Mediazione il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per la notifica alla Compagnia della relativa istanza: mediazione@pecvittoriaassicurazioni.it

2. a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà al tentativo il regolamento di mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

3.1 - Oggetto dell'assicurazione

In base alle dichiarazioni rese dal Contraente, anche in nome e per conto degli Assicurati, l'Impresa garantisce agli Assicurati medesimi il pagamento di un indennizzo per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia.

Sono oggetto della presente polizza le malattie manifestatesi non oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per ogni singolo Assicurato e insorte successivamente alla singola data di decorrenza della garanzia.

Limitatamente alle assicurazioni prestate in forma nominativa, rientrano nella garanzia anche le malattie:

- Insorte precedentemente alla decorrenza della garanzia, purché non conosciute, a tale data, dall'Assicurato o dal Contraente;
- che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi anteriori alla decorrenza della garanzia, purché dichiarate nel Questionario Sanitario mod. CC.027.391 e non esplicitamente escluse a termini di polizza o con specifico atto contrattuale.

Limitatamente alle assicurazioni prestate in forma non nominativa:

- il Contraente è esonerato dalla denuncia di menomazioni fisiche, postumi di pregresse malattie gravi e permanenti delle quali gli Assicurati fossero affetti al momento della stipula, o che dovessero in seguito sopravvenire;
- ciascun Assicurato è esonerato dalla compilazione e sottoscrizione del Questionario Sanitario mod. CC.027.391.

L'assicurazione è prestata:

- per la somma indicata in polizza in corrispondenza del nominativo di ogni Assicurato o della rispettiva categoria di attività;
- fermi i Limiti, le Esclusioni ed i criteri di non assicurabilità riportati al Capitolo 4.

La percentuale di invalidità permanente è accertata in base:

- ai criteri di indennizzo di cui all'art. 3.2;
- ai parametri per la valutazione della invalidità permanente esposti all'art. 3.3.

La percentuale da applicare alla somma assicurata per calcolare l'indennizzo è invece determinata in base alla tabella di cui all'art. 3.4.

L'assicurazione vale in tutto il mondo, con l'intesa che la valutazione dell'invalidità permanente e la liquidazione del danno vengano effettuate in Italia in valuta corrente.

3.2 - Criteri di indennizzo

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata, indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che la malattia può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle

menomazioni prodotte dalla malattia sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette della malattia come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto stabilito all'art. 3.1 per dette patologie preesistenti e all'art. 4.2 per le persone non assicurabili.

3.3 - Parametri per la valutazione della invalidità permanente

1) Sistema nervoso centrale

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

- **Criteri di valutazione**

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi neurologici episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- il soggetto comprende l'eloquio ma non può produrre un linguaggio appropriato;
- il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;
- disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;
- disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni) tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici piane;
- presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.

Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- il soggetto non può prendere cura di se stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;
- alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

2) Apparato cardio-vascolare

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

- **Criteri di valutazione**

- classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):

Classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;

Classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

Classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

Classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo.

Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;

- pressione arteriosa;
- efficacia della terapia medica e chirurgica;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia; - soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia; - soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica; 	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica; - soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente; - soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia antiipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva; - soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; - soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.
<ul style="list-style-type: none"> - soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico; - soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; - soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia antiipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso; - soggetto con persistenti aritmie non correggibili terapeuticamente ma che riesce comunque a condurre una vita attiva. 	

3) Apparato respiratorio

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

• Criteri di valutazione

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;

- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
I postumi della malattia comportano un'alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati: - FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA; - FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA; - FVC 1/ FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA oppure la PaO2 inferiore all'80% del valore teorico.	I postumi della malattia comportano un'alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati: - FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA; - FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA; - FVC 1/ FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA; oppure la PaO2 inferiore al 65% del valore teorico.

4) Apparato digerente

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

- **Criteri di valutazione**

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.	ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.
COLON, SIGMA E RETTO I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo e il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.	COLON, SIGMA E RETTO I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.
FEGATO I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.	FEGATO Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

5) Apparato urinario

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

• Criteri di valutazione

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Clearance creatinina superiore a 50 ml/min.	Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min.
oppure	oppure
Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mm Hg) senza adeguata terapia	Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mm Hg) non controllata da adeguata terapia
oppure	oppure
sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

6) Sistema endocrino

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

• Criteri di valutazione

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico
oppure	oppure
diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

7) Sistema ematopoietico e linfatico

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml, non necessita di emotrasfusioni	Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml, con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)
oppure sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia	oppure presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa
oppure leucernia linfatica cronica in 1° stadio	oppure leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.
oppure leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.	

8) Malattie neoplastiche

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base ai seguenti:

- **Criteri di valutazione**

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
 - la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
- a) se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'Invalidità Permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nel presente punto.
- b) se la malattia neoplastica, decorsi anche soltanto tre mesi dalla denuncia del sinistro, determini una prognosi, accertata contrattualmente, a breve termine sfavorevole per la vita dell'Assicurato medesimo, perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà corrisposta una somma, a titolo forfettario di rimborso per spese mediche, oppure per mancato guadagno, per assistenza, o per quant'altro possa necessitare all'Assicurato ancora in vita.

Tale speciale indennizzo ammonterà a 1/3 della somma assicurata e verrà corrisposto entro 15 giorni da quello della prognosi.

Decorsi 180 giorni dalla data di detto pagamento, all'Assicurato ancora in vita verrà corrisposto un 2° indennizzo speciale, anche in questo caso pari a 1/3 della somma assicurata.

Dopo ulteriori 180 giorni dalla data del 2° pagamento, all'Assicurato ancora in vita verrà corrisposto un ulteriore ed ultimo importo pari a 1/3 della somma assicurata.

Il criterio sopra esposto si intende operante anche se l'Assicurato ha optato per l'opzione rendita (art. 5.1).

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle tabelle di cui sopra, il grado di invalidità è stabilito in riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Non rientra nell'oggetto della presente copertura assicurativa per Invalidità Permanente da malattia alcun indennizzo per il caso di morte dell'Assicurato.

3.4 - Tabella per la determinazione della percentuale da applicare alla somma assicurata per calcolare l'indennizzo

La percentuale da applicare alla somma assicurata per calcolare l'indennizzo è determinata in base alla tabella di seguito riportata, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando il grado accertato di invalidità permanente è inferiore al 25%.

Fasce	Grado di invalidità permanente accertato in base ai criteri di cui all'art. 3.3	Corrispondenti percentuali da applicare alla somma assicurata
Prima Fascia	inferiore al 25%	Zero
Seconda Fascia	dal 25% al 34%	15%
Terza Fascia	dal 35% al 44%	30%
Quarta Fascia	dal 45% al 54%	45%
Quinta Fascia	dal 55% al 64%	60%
Sesta Fascia	dal 65% al 74%	70%
Settima Fascia	superiore al 74%	100%

3.5 - Non cumulabilità della presente assicurazione con eventuali garanzie prestate con altra polizza nel ramo infortuni

La presente assicurazione non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente da malattia prestate con polizze nel ramo infortuni stipulate con l'Impresa e liquidabili in base alle stesse.

4 - Esclusioni, limiti e persone non assicurabili

4.1- Esclusioni e variazioni in corso di polizza

La garanzia non opera per:

- a) le conseguenze di malattie (quindi anche stati patologici) che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza.

Limitatamente alle assicurazioni prestate in forma nominativa, tali eventi si intendono esclusi qualora siano sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione.

Si intendono invece comprese in garanzia le patologie dichiarate su Questionario Sanitario mod. CC.027.391 e non esplicitamente escluse a termini di polizza o con specifico atto contrattuale;

- b) invalidità permanente conseguente a difetti fisici e malformazioni;
- c) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- d) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- e) le conseguenze di trattamenti estetici, di cure dietologiche e dimagranti;
- f) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- g) eventi derivanti da guerra, insurrezioni, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- h) le conseguenze derivanti da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad esse correlate.
- i) le manifestazioni cliniche e relativi trattamenti diagnostici e terapeutici, riguardanti sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze.

Le garanzie prestate con la presente assicurazione non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'Assicurato.

Per le maggiori somme assicurate e per le eventuali diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso di polizza, le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione della polizza.

Per variazione si intende anche la ripresa della polizza senza soluzione di continuità, od anche la sostituzione di altra polizza precedentemente in corso con la Vittoria Assicurazioni S.p.A.

4.2 - Limiti di età, persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

Non sono assicurabili:

- a) le persone di età superiore a 65 anni.

Per le persone che raggiungono tale età in corso di polizza - salvo che non sia

frattanto intervenuto patto speciale - l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio e cessa al compimento di detto termine;

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

La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico dell'Assicurato costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione.

In tal caso l'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

4.3. Continuità della garanzia

A deroga di quanto previsto dagli artt. 3.1 – Oggetto dell'Assicurazione – e 4.1 – Esclusioni, qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con l'Impresa per lo stesso rischio e riguardante gli stessi Assicurati, la garanzia vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattia insorta nel precedente contratto e manifestatasi:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- in ogni caso non oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per ogni Assicurato.

La su indicata norma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

4.4 – Limite di indennizzo

Qualora un sinistro indennizzabile a termini di polizza colpisca contemporaneamente più Assicurati con la presente polizza, l'esborso a carico dell'Impresa non potrà superare la somma complessiva di Euro 2.500.000.

Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedessero, nel complessivo, tali importi, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

I suddetti limiti non sono soggetti ad adeguamento, anche nel caso in cui il Contraente abbia chiesto l'operatività della Condizione Particolare 5.5 - Adeguamento garanzia.

5 - Condizioni Particolari

5.1- Opzione rendita

L'Impresa, nel caso di sinistro liquidabile a termini di polizza, provvederà:

- a) a corrispondere all'Assicurato il **10%** della somma determinata secondo i criteri contenuti nell'art. 3.4;
- b) a garantire all'Assicurato stesso una rendita vitalizia mediante l'emissione di una polizza vita sulla sua testa ed a suo favore, il cui premio lordo corrisponderà alla restante parte **(90%)** della somma spettantegli.

La rendita avrà decorrenza dalla data di pagamento della somma indicata sub a) e sarà corrisposta in rate posticipate secondo la rateazione scelta dall'Assicurato.

In caso di morte dell'Assicurato nel corso di godimento di tale rendita nulla sarà più dovuto dall'Impresa.

L'importo delle rate di rendita sarà determinato in base al sesso e all'età dell'Assicurato e mediante l'applicazione delle tariffe vita in quel momento in vigore.

La tariffa vita adottata sarà quella alla cui emissione l'Impresa sarà autorizzata ed il cui utilizzo consentirà la costituzione della garanzia prevista dalla presente clausola.

Qualora l'indennità liquidabile sia inferiore a Euro 50.000 è facoltà dell'Assicurato di ottenere il pagamento integrale del capitale stesso.

5.2 - Assicurazione in base a categorie di persone a capitali fissi

L'assicurazione si intende operante per le categorie dichiarate sul simple di polizza mod. PA.027.222 ed in base alla dichiarazione del Contraente relativa al numero di persone assicurate al momento della stipulazione.

Sul simple di polizza mod. PA.027.222, per ciascuna categoria di attività sono indicati:

- le garanzie ed i capitali assicurati, riferiti a ciascun Assicurato;
- il premio annuo imponibile, riferito alla totalità degli Assicurati.

L'assicurazione opera per le persone che alla data di effetto della presente polizza sono regolarmente iscritte nei registri tenuti dal Contraente nei modi e nei termini previsti dalla Legge.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità delle persone da ritenersi assicurate. Per l'identificazione delle stesse si obbliga ad esibire in qualsiasi momento, alle persone incaricate dall'Impresa di effettuare accertamenti e controlli, i registri avanti indicati.

Per le persone che vengono iscritte, o cessano, successivamente alla data di effetto della presente polizza, l'assicurazione avrà efficacia, o cesserà, senza che di ciò si debba dare atto con emissione di appendice, dalle ore 24 del giorno di iscrizione o di cessazione risultante dal registro.

Alla fine di ogni anno assicurativo si effettuerà la regolazione consuntiva del premio, in relazione al numero totale degli Assicurati per le attività dichiarate in polizza,

compresi i ratei di anno, nei modi, nei termini e con gli effetti previsti dall'art. 5.4 - Regolazione del premio, tenendo conto che il premio anticipato è considerato premio minimo comunque dovuto all'Impresa per ciascun anno assicurativo o periodo minore.

5.3 - Assicurazione in base a capitali variabili e regolata da multipli di retribuzione

L'assicurazione vale per il personale che al momento del sinistro risulti alle dipendenze del Contraente e che svolga le attività professionali indicate, per singola categoria di attività, sul simple di polizza mod. PA.027.222.

I massimi di somma assicurata risultano indicati, per ogni persona appartenente alla medesima categoria professionale, sul citato simple di polizza mod. PA.027.222.

Per la liquidazione dell'indennizzo è considerata retribuzione annua dell'infortunato quella percepita nei dodici mesi che precedono il mese in cui si è verificato l'infortunio.

Per gli infortunati che non abbiano raggiunto l'anno di servizio è considerata retribuzione annua quella che si ottiene moltiplicando per 365 la retribuzione media giornaliera attribuibile all'infortunato per il periodo di tempo decorrente dall'assunzione in servizio fino al giorno dell'infortunio, considerandosi agli effetti della media anche i giorni non lavorativi.

Si intendono comprese le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese, purché su esse sia stato abitualmente conteggiato, o sarà conteggiabile, il premio di assicurazione.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate.

Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio con le modalità pattuite, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga di esibire in qualsiasi momento, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dall'Impresa di fare accertamenti e controlli.

Fermo restando per il Contraente l'obbligo di pagare, all'inizio di ogni anno assicurativo o del minor periodo di durata della polizza, il premio provvisorio risultante dal conteggio esposto in polizza, si conviene che allo scadere dell'anno stesso, o del minor periodo di durata della polizza, si procederà alla regolazione del premio dovuto in via definitiva all'Impresa in base alle risultanze delle registrazioni di cui sopra, con le modalità e nei termini previsti dall'art. 5.4 - Regolazione del premio.

La somma dovuta all'Impresa a titolo di premio minimo, per ciascun anno o periodo minore, in nessun caso potrà essere inferiore all'importo indicato sul simple di polizza mod. PA.027.222.

5.4 – Regolazione del premio

Se il premio è convenuto, in tutto od in parte, in base ad elementi di rischio variabili, esso viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza, ed

è regolato, alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata della polizza, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

A tale scopo, entro 90 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata della polizza, il Contraente deve fornire per iscritto all'Impresa i dati necessari e cioè, a seconda del caso, l'indicazione:

- dell'ammontare delle retribuzioni erogate per ciascuna categoria di personale assicurato;
- degli altri elementi variabili (numero assicurati, numero giornate assicurate, numero di presenze lavorative, etc.) previsti in polizza per il conteggio del premio.

Se il Contraente non effettua entro detto termine la comunicazione dei dati, l'Impresa risarcisce i danni relativi ai sinistri, non ancora indennizzati, accaduti nell'annualità soggetta alla regolazione del premio, detraendo per ogni sinistro le seguenti franchigie assolute:

- euro 5.000 nei 30 giorni successivi alla scadenza del termine sopra indicato per la comunicazione dei dati;
- euro 10.000 decorso il 30° giorno come previsto dal punto che precede.

Non è operativa la disposizione del presente articolo sull'applicazione della franchigia nel caso di comunicazione tardiva dei dati, a condizione che la stessa sia corredata della documentazione probatoria necessaria e che da tale documentazione non emergano differenze attive a favore dell'Impresa.

Se il Contraente effettua entro detto termine la comunicazione dei dati, potranno verificarsi le seguenti ipotesi:

- qualora, in base agli elementi comunicati, risultasse un credito a favore del Contraente, l'Impresa restituirà l'importo dovuto al netto delle imposte versate;
- nel caso in cui, invece, risultasse un credito a favore dell'Impresa, il Contraente è tenuto al pagamento della somma dovuta, comprensiva delle imposte.

In ogni caso, le differenze attive o passive risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 30 giorni successivi a quello della richiesta.

Qualora il Contraente non effettui il pagamento della somma dovuta a titolo di regolazione del premio, l'Impresa, trascorso tale termine ed a condizione che il Contraente abbia pagato il premio minimo stabilito per l'annualità in corso, liquiderà i danni sui sinistri accaduti nella nuova annualità assicurativa in misura proporzionale al rapporto tra:

- il premio anticipato in via provvisoria
e
- la somma del premio anticipato in via provvisoria e l'importo risultante a credito dell'Impresa per effetto della regolazione del premio.

Qualora, all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio minimo anticipato, tale premio viene rettificato dall'Impresa a partire dalla prima scadenza annuale successiva a quella di detta regolazione e fino ad un importo pari al 75% dell'ultimo premio consuntivo.

La somma dovuta all'Impresa a titolo di premio minimo, per ciascun anno o periodo minore, in nessun caso potrà essere inferiore all'importo indicato sul simplo di polizza mod. PA.027.222.

Il mancato pagamento del premio minimo stabilito comporta la sospensione della garanzia assicurativa ai sensi dell'art. 1901 c.c. .

L'Impresa ha il diritto di effettuare verifiche e controlli sui dati che costituiscono base di conteggio del premio ed il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari.

5.5 – Adeguamento garanzia

Le somme assicurate ed il premio, ad esclusione delle prestazioni previste dalla Sezione Assistenza e del relativo premio, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali degli indici dei "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati", pubblicati dall'Istituto Centrale di Statistica di Roma.

L'adeguamento avviene in conformità a quanto segue:

- a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione, in più o in meno rispetto all'indice inizialmente adottato, o al suo equivalente, le somme assicurate ed il premio saranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Qualora, in conseguenza delle variazioni degli indici, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, entrambe le Parti hanno facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tale caso le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Ferma restando la disciplina del rapporto in caso di raddoppio degli importi inizialmente stabiliti, di cui al comma precedente, si precisa che qualora la variazione dell'indice comporti il superamento del limite di somma assicurata pari a:

- Euro 600.000 per il caso di "invalidità permanente da malattia"

l'adeguamento garanzia cesserà di essere operante, restando inteso che le somme assicurate ed il relativo premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, l'Impresa proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento.

Mancando l'accordo l'adeguamento sarà conglobato in quello della successiva scadenza anniversaria.

5.6 – Franchigia opzionale 65%

In sostituzione della tabella di cui all'art. 3.4., si prende atto che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando il grado accertato di invalidità permanente è inferiore al 65%.

Qualora il grado accertato di invalidità permanente sia superiore al 65%, verrà corrisposto una percentuale da applicare alla somma assicurata pari al 100%.

6 - Condizioni che regolano il caso di sinistro

6.1 - Obblighi in caso di sinistro

I sinistri devono essere denunciati alla Direzione dell'Impresa o all'Agenzia cui è assegnata la polizza entro 30 giorni da quando la malattia, che per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa interessare la garanzia prestata, è stata diagnosticata e sempreché la malattia stessa non si sia manifestata oltre un anno dalle scadenze delle coperture assicurative pattuite per ogni singolo Assicurato.

La denuncia deve essere presentata direttamente dall'Assicurato o dal Contraente o, se l'evento è ignorato dal Contraente, quando l'Assicurato o gli aventi diritto ne hanno la possibilità.

Alla denuncia di sinistro deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti un dettagliato rapporto sulla natura, sul decorso e sulle presumibili conseguenze della malattia.

Alla denuncia devono anche essere allegati, o fare seguito, attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copia delle cartelle cliniche complete ed ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione del grado di invalidità permanente.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti in Italia dall'Impresa, e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

6.2 - Liquidazione dell'indennizzo

Il grado di invalidità permanente viene accertato, in base ai criteri di indennizzo di cui all'art. 3.2 ed ai parametri riportati all'art. 3.3 e tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato e in funzione della seguente procedura:

- entro 15 giorni dal ricevimento del certificato medico e/o relazione medico legale attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti derivanti dall'infortunio, e comunque entro 18 mesi dalla data di denuncia del sinistro, l'Impresa invia all'Assicurato raccomandata o PEC recante l'invito a visita medico legale.
- la proposta di liquidazione viene formulata nel termine di 60 giorni dalla data della visita medico legale predisposta dall'Impresa.
- entro 15 giorni dal ricevimento dell'accettazione della proposta, l'Impresa trasmette all'Assicurato l'atto di transazione e quietanza.

Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato nel termine di 15 giorni dal ricevimento dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto.

Le spese di cura e quelle relative alla documentazione medica di cui all'art. 6.1 sono a carico dell'Assicurato.

Qualora un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente, secondo giudizio medico, la prognosi della malattia e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi

anche se l'Impresa decide di sostenerne i relativi costi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo quindi al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni di salute in atto.

Se l'Assicurato, per causa indipendente dalla malattia che ha determinato un'invalidità permanente a suo carico, decede:

- prima che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dall'Impresa, l'indennizzo verrà corrisposto ai beneficiari designati in polizza o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria, purché i postumi permanenti siano obiettivamente accertabili sulla scorta della documentazione sanitaria prodotta;
- dopo che i postumi permanenti siano stati accertati mediante visita medico legale da parte di un professionista incaricato dall'Impresa, l'indennizzo verrà corrisposto ai beneficiari designati in polizza o, in assenza di designazione, agli eredi individuati secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

In caso di mancato accordo sull'accertabilità dei postumi permanenti e/o sulla loro quantificazione, resta salva la facoltà delle parti di ricorrere all'arbitrato irrituale.

Nel caso in cui il rischio relativo alla presente polizza sia ripartito per quote fra più Imprese, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla polizza, esclusa ogni responsabilità solidale.

6.3 - Controversie e arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sul diritto del Contraente/Assicurato all'indennizzo, le parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto 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 medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

7 - Sezione Assistenza

7.1 – Prestazioni garantite

Assistenza Extra

Informazioni sanitarie

La struttura organizzativa, su semplice richiesta telefonica dell'assicurato, tramite la propria équipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

La prestazione è operante da lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18, esclusi i festivi infrasettimanali.

Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se l'Assicurato necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la Prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'Assicurato.

Assistenza infermieristica presso l'istituto di cura

Se a seguito di malattia, che causi invalidità permanente, l'assicurato, durante un periodo di ricovero in istituto di cura, necessita di essere assistito da un infermiere, la struttura organizzativa provvederà al suo reperimento. **La Società ne assume le spese fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento) per assicurato e per anno.**

Invio di medicinali urgenti

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la Struttura Organizzativa provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto di medicinali).

Restano a carico dell'Assicurato i costi dei prodotti medicinali stessi.

Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici (in Italia)

Qualora l'assicurato debba sottoporsi, in seguito a malattia, che causi invalidità

permanente, a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi ematochimiche, la struttura organizzativa, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico e la visita presso lo specialista e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'assicurato.

Trasporto in autoambulanza in Italia 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 (casa – ospedale e ritorno).**

Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:
- aereo sanitario (limitatamente al trasferimento in paesi europei);
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, ove necessario.

Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, a seguito malattia o infortunio, in conseguenza della Prestazione indicata all'art. che precede ("trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato"), viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la struttura organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo, tra quelli di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei)
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla struttura organizzativa ed effettuato a spese della Compagnia, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

Convalescenza e riabilitazione

Invio di un infermiere a domicilio (in Italia)

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero, necessita di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà al suo reperimento. **L'Impresa ne assume le spese fino a un massimo di euro 500,00 (cinquecento) per periodo di copertura assicurativa.**

Invio di un fisioterapista (in Italia)

Se l'Assicurato, a seguito di una malattia o di un infortunio, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, necessita di essere assistito da un fisioterapista, **l'Impresa rimborsa all'Assicurato l'importo di euro 300,00 (trecento) per periodo di copertura assicurativa.**

Fornitura di attrezzature medico chirurgiche (in Italia)

Se, a seguito di malattia, che causi invalidità permanente, 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, sino ad un massimo di **euro 500,00 per sinistro e per anno**, tenendo il costo a carico della Società.

La garanzia è operante esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano.

In Viaggio

Viaggio di un familiare e spese di soggiorno (in Italia)

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura **per un periodo superiore a 10 (dieci) 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. L'Impresa terrà a proprio carico il relativo costo. Se l'Assicurato necessita di assistenza personale, la Struttura Organizzativa provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare, tenendo l'Impresa a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo per Sinistro, di euro 100,00 (cento) per notte, per un massimo di 3 (tre) notti.**

Anticipo spese mediche (in Italia)

Se l'Assicurato deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa anticipa, per conto dell'Assicurato, il pagamento delle fatture a esse relative, **fino a un importo massimo di**

euro 500,00 (cinquecento) per Sinistro. Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di euro 500,00 (cinquecento), la Prestazione viene erogata dopo che siano state date alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate dalla Struttura Organizzativa non potrà mai comunque superare **la somma di euro 2.600,00 (duemilaseicento)**. La Prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La Prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia di antiriciclaggio.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato. L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente. La garanzia è operante quando il Sinistro si verifica a oltre 50 (cinquanta) km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Rientro sanitario (anche dall'estero)

Se a seguito di malattia o infortunio le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia, o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente, e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei);
- aereo di linea classe economica, eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa e le spese relative restano a carico della Compagnia, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria. Se l'assicurato è rientrato a spese della Compagnia, la struttura organizzativa ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, etc. non utilizzato.

Non danno luogo alla Prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio, e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali. La Prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'assicurato è ricoverato.

Rientro degli altri Assicurati (anche dall'estero)

In caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni previste nell'art. che precede ("rientro sanitario"), se le persone in viaggio con l'assicurato, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Struttura Organizzativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in

Italia. L'Impresa terrà a proprio carico il costo dei biglietti fino a un importo massimo di **euro 500,00 per assicurato**.

La Struttura Organizzativa avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Single

Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente (in Italia)

Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. L'Impresa terrà a proprio carico l'onorario **fino a un massimo di euro 500,00** (cinquecento) per Sinistro. Per non autosufficiente si intende la persona invalida che necessita di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita. Tale stato deve essere certificato da accertamento medico legale rilasciato dalla commissione sanitaria dell'ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (legge 104/92).

Famiglia

Baby sitter per minori (in Italia)

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, viene ricoverato in istituto di cura **per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni**, oppure, a seguito di un ricovero in istituto di cura è temporaneamente invalido, e pertanto impossibilitato ad accudire i figli minori di 15 (quindici) anni, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali. L'Impresa terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Sinistro**.

Collaboratrice familiare (in Italia)

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, è stato ricoverato in istituto di cura **per un periodo superiore a 5 (cinque) giorni** ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. L'Impresa terrà a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di euro 100,00 (cento) al giorno e per un massimo di 5 (cinque) giorni per Sinistro**.

7.2 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. Le Prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 180 giorni di permanenza continuativa all'estero. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni relative alla polizza, la Compagnia 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.

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. Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie). 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.

7.3 Esclusioni

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

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- Le Prestazioni non sono fornite negli stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- 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;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'Assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso Assicurato, nel corso del precedente contratto;
- malattie e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio
- rinuncia o ritardo da parte dell'Assicurato nell'accettare le prestazioni proposte dalla Struttura Organizzativa

7.4 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:
- **800 069 841 in funzione 24 ore su 24**
- Oppure al numero: **+39 015 255 96 57 nel caso si trovi all'estero**
- **Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo MAPFRE ASISTENCIA S.A. Strada Trossi, 66 13871 Verrone (BI)**
- In ogni caso dovrà comunicare con precisione:
- Nome e cognome;
- Numero di polizza;
- Servizio richiesto;
- Indirizzo del luogo in cui si trova;
- Recapito telefonico al quale la Struttura Organizzativa potrà richiamarlo nel corso dell'assistenza;

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



Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 01/01/2019



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2 vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

PB027222-CGA-EDZ-0119 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA