

Generali Italia S.p.A.

# GENERALI SEI IN SALUTE

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie ed Assistenza

**Il presente Fascicolo informativo, contenente**

- Nota informativa, comprensiva del glossario
- Condizione di assicurazione

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.**

***Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.***



**Pagina lasciata intenzionalmente in bianco**

# GENERALI SEI IN SALUTE

## Nota Informativa

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi Malattie ed Assistenza

Mod. IR04/04

*La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.*

*Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.*

### GLOSSARIO

<b>Assicurato</b>	La persona in favore della quale è prestata l'assicurazione.
<b>Contraente</b>	La persona che stipula il contratto di assicurazione.
<b>Franchigia</b>	Il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio</b>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero</b>	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
<b>Rischio</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro.
<b>Scoperto</b>	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
<b>Sinistro</b>	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
<b>Società</b>	Generali Italia S.p.A..

### A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

#### 1. Informazioni generali

- Generali Italia S.p.A. - Gruppo Generali;
- sede legale: Mogliano Veneto (TV) - Via Marocchesa, 14 - Italia;
- recapito telefonico: +39 041 5492 111, sito internet: [www.generali.it](http://www.generali.it), e-mail [info.it@generali.com](mailto:info.it@generali.com);
- è iscritta al numero 1.00021 dell'Albo delle Imprese di assicurazione ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al numero 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi;
- Collegandosi al sito internet della Compagnia, accedendo alla sezione dedicata e seguendo le istruzioni riportate, il Contraente potrà registrarsi ed accedere alle informazioni sulle polizze sottoscritte.

## 2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

Il patrimonio netto ammonta a 11.938.944.423,00 euro, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a 1.618.628.450,00 euro e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a 10.087.281.799,00 euro.

L'indice di solvibilità, riferito alla gestione danni, è 3,95 (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente).

Si rinvia al sito internet della Società per la consultazione di eventuali aggiornamenti del fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative.

## B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Relativamente alla durata del contratto si precisa che lo stesso, se di durata non inferiore ad un anno e sempreché non derogato con apposita clausola, prevede il tacito rinnovo a scadenza.

*Avvertenza: per esercitare la disdetta alla scadenza indicata in contratto il Contraente deve inviare comunicazione a mezzo di lettera raccomandata entro il termine di 60 giorni prima della scadenza stessa. In tale caso l'assicurazione cessa in corrispondenza della scadenza cui si riferisce la disdetta.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.1 delle condizioni di assicurazione.

## 3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede una copertura che riconosce una diaria giornaliera per ogni giorno di ricovero a seguito di malattia infortunio o parto ed il rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento chirurgico conseguente a malattia o infortunio.

La copertura prevede le seguenti garanzie principali: "Indennità giornaliera di ricovero" e "Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento".

A tali garanzie principali è inoltre abbinata una copertura Assistenza che varrà per tutti gli Assicurati.

Potrà essere inoltre abbinata la garanzia Tutela Legale che, se operante, varrà per tutti gli Assicurati.

Per i dettagli delle garanzie previste dall'assicurazione, *operanti unicamente in relazione a quanto indicato in polizza*, si rinvia agli articoli del Capitolo 3 "Garanzie" ed agli articoli della Sezione Assistenza delle condizioni di assicurazione.

Sono salve ulteriori condizioni particolari concordabili tra le Parti al momento della conclusione del contratto.

*Avvertenza: nel contratto sono previste limitazioni ed esclusioni alle garanzie assicurative ovvero cause di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Dette limitazioni, esclusioni e cause di sospensione sono contraddistinte nelle condizioni di assicurazione dal carattere corsivo.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli artt. 2.1 e 4.3 delle condizioni di assicurazione ed all'articolo dedicato alle "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione Assistenza.

*Avvertenza: il contratto di assicurazione prevede - in relazione ad alcuni eventi - franchigie, scoperti, massimali.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia in particolare agli artt. 3.2, 5.2 e 5.4 delle condizioni di assicurazione ed alla Sezione Assistenza.

Per facilitare la comprensione del meccanismo di funzionamento se ne illustrano di seguito alcune esemplificazioni numeriche.

### Esempio di franchigia:

Franchigia di euro 1.000,00 per la garanzia Spese ospedaliere e chirurgiche.

Sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 10.000,00.

L'indennizzo è pari a euro 9.000,00 (10.000,00-1.000,00: dove 1.000,00 rappresenta l'importo di franchigia).

#### Esempio massimale:

Somma assicurata per annualità assicurativa per la garanzia Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento di euro 4.000,00.

Primo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 3.000,00: indennizzo integrale.

Secondo sinistro con spese indennizzabili a termini di polizza pari a euro 2.500,00: indennizzo pari a euro 1.000,00 (4.000,00-30.000,00).

#### Esempio di scoperto:

Scoperto del 20% per la garanzia Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento.

Sinistro con spese sostenute ed indennizzabili a termini di polizza pari a euro 1.500,00.

L'indennizzo delle spese sostenute è pari a euro 1.200,00 (1.500,00-300,00: dove 300,00 rappresenta il 20% delle spese sostenute ed indennizzabili).

### **4. Periodi di carenza contrattuale**

*Avvertenza: relativamente alle garanzie dell'assicurazione Malattie è necessario che trascorrono periodi di tempo – carenze – prima che le stesse siano operanti.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 4.4 delle condizioni di assicurazione.

### **5. Dichiarazioni dell' Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità**

*Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare effetti sulla prestazione.*

Per le conseguenze relative alle dichiarazioni inesatte o alle reticenze si rinvia all'art. 2.5 delle condizioni di assicurazione.

*Avvertenza: la compilazione del questionario sanitario deve essere fatta in maniera precisa e veritiera.*

### **6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione**

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione nei termini previsti dal contratto di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Per le conseguenze in caso di omessa comunicazione si rinvia a quanto previsto all'art. 4.2 delle condizioni di assicurazione.

#### Esempio

L'Assicurato dichiara al momento della stipulazione del contratto di non essere affetto da tossicodipendenza.

Se in corso di contratto ne diviene affetto ed omette di darne comunicazione, al momento del sinistro la Società applicherà quanto previsto dall' art. 1898 del Codice Civile.

### **7. Premi**

Il contratto prevede, per ciascun anno o frazione d'anno di durata, la corresponsione da parte del Contraente di un premio.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- a mezzo bancomat, ove disponibile presso l'intermediario;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato all'Impresa con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Il Contraente può versare il premio annuo in più rate. In tal caso il premio annuo viene aumentato del 3% per rateizzazione semestrale e del 4,5% per rateizzazione trimestrale.

*Avvertenza: la Società o l'intermediario possono applicare sconti di premio con le seguenti modalità*

- *concordando con il Contraente l'attivazione di specifiche clausole in caso di assicurazione del suo nucleo familiare;*
- *concordando con il Contraente l'attivazione di limitazioni di garanzia;*
- *sulla base di specifiche valutazioni/iniziative di carattere commerciale.*

## **8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate**

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad indicizzazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.8 delle condizioni di assicurazione.

Alla scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga il premio verrà aggiornato in base all'età raggiunta dall'Assicurato. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.3 delle condizioni di assicurazione.

## **9. Diritto di recesso**

*Avvertenza: il contratto prevede, sia per il Contraente sia per la Società, la facoltà di recedere dal contratto nei casi previsti dalla legge o dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata. Il diritto di recesso per sinistro non può essere esercitato dalla Società decorso un anno dalla stipulazione e non è operante qualora il contratto sia di durata inferiore ai due anni.*

Per i termini e modalità di esercizio si rinvia all'art. 2.7 delle condizioni di assicurazione ed all'art. 1899 del Codice Civile.

## **10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile.

*Avvertenza: resta fermo quanto previsto dall'art. 1915 del Codice Civile per cui se l'Assicurato dolosamente non adempie l'obbligo di avviso del sinistro perde il diritto all'indennizzo, mentre se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo la Società ha diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.*

## **11. Legge applicabile al contratto**

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. Le Parti possono tuttavia pattuire l'applicazione di una diversa legislazione, sulla quale comunque prevalgono le norme imperative di diritto italiano, per la redazione del contratto.

## **12. Regime fiscale**

Il contratto è soggetto ad imposta sulle assicurazioni ai sensi della legge 29 ottobre 1961, n. 1216 e successive modificazioni ed integrazioni.

# **C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

## **13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**

*Avvertenza: per le garanzie dell'assicurazione Malattie si precisa che*

- *l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del ricovero ovvero per la garanzia Spese chirurgiche ed ospedaliere con la data dell'intervento chirurgico se sostenuto senza ricovero;*
- *la denuncia del sinistro deve avvenire non appena se ne abbia avuta la possibilità;*
- *la Società può richiedere la visita medica in caso di sinistro.*

*Avvertenza: per le garanzie della Sezione Assistenza si precisa che*

- *l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro coincide con il singolo fatto o avvenimento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato;*
- *la denuncia del sinistro deve avvenire con le modalità e nei termini previsti dalle condizioni di assicurazione.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alle norme delle condizioni di assicurazione:

- del Capitolo 5 "Norme operanti in caso di sinistro";
- dell'articolo dedicato alle "Modalità per la richiesta di assistenza" delle Condizioni di assicurazione Assistenza.

*Avvertenza: la gestione dei sinistri relativi alle prestazioni della Sezione Assistenza è affidata a Europ Assistance Service S.p.A.*

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo dedicato alle "Modalità per la richiesta di assistenza" delle Condizioni di assicurazione Assistenza.

#### **14. Reclami**

Eventuali reclami nei confronti della Società aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:  
Generali Italia S.p.A. - Customer Service, Via Marocchessa 14, 31021 Mogliano Veneto, TV – fax 800.961.987, e-mail [assistenzaclienti.it@generali.com](mailto:assistenzaclienti.it@generali.com) oppure nel sito [www.generali.it](http://www.generali.it), compilando il form presente alla voce "contact us".

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) – Servizio Tutela degli Utenti – Via del Quirinale 21 – 00187 Roma.

I reclami indirizzati all'IVASS dovranno contenere:

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

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o attivare il sistema estero competente tramite la procedura FIN-NET (accedendo al sito internet:

[http://ec.europa.eu/internal\\_market/finances-retail/finnet/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/finances-retail/finnet/index_en.htm) ).

Resta salva la facoltà di adire all'Autorità Giudiziaria.

Nel caso in cui la legislazione scelta dalle Parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta.

#### **15. Arbitrato**

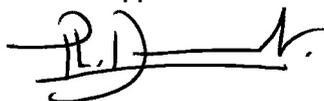
In caso di controversia tra le Parti è possibile ricorrere ad un collegio medico arbitrale.

*Avvertenza: in ogni caso resta salva la facoltà di rivolgersi in alternativa all'Autorità giudiziaria.*

\* \* \*

**Generali Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.**

Generali Italia S.p.A.  
Amministratore Delegato e Direttore Generale  
Philippe Donnet



---

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchese, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 [www.generali.it](http://www.generali.it) - Fax: 041 942909; email: [info.it@generali.com](mailto:info.it@generali.com);  
C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: [generalitalia@pec.generaligroup.com](mailto:generalitalia@pec.generaligroup.com).  
Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

Generali Italia S.p.A.

# GENERALI SEI IN SALUTE

Contratto di Assicurazione per la copertura dei rischi della Salute  
ALTA PROTEZIONE - DIARIA E SPESE MEDICHE

Mod. IR04/04

Contraente

Polizza N.



**Pagina lasciata intenzionalmente in bianco**

# GENERALI SEI IN SALUTE - ALTA PROTEZIONE DIARIA E SPESE MEDICHE

## 1. DEFINIZIONI

Le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato sotto precisato:

<b>Assicurato</b>	La persona residente in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano, in favore della quale è prestata l'assicurazione.
<b>Contraente</b>	La persona che stipula il contratto di assicurazione.
<b>Day hospital</b>	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
<b>Franchigia</b>	Il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato. Per le garanzie che indennizzano le spese a carico dell'Assicurato è la somma determinata in misura fissa, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
<b>Indennizzo</b>	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
<b>Infortunio</b>	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<b>Istituto di cura</b>	Ogni ospedale, clinica o casa di cura in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria ambulatoriale anche in regime di degenza diurna.
<b>Malattia</b>	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
<b>Non fumatore</b>	L'Assicurato che: <ul style="list-style-type: none"><li>• non ha fatto uso neanche sporadico di tabacco negli ultimi due anni;</li><li>• negli ultimi cinque anni non ha dovuto smettere di fumare per motivi di salute su indicazione medica.</li></ul>
<b>Nucleo familiare</b>	L'intero insieme delle persone risultanti dal certificato di stato di famiglia per le quali la Società è disposta a prestare l'assicurazione.
<b>Premio</b>	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
<b>Ricovero</b>	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
<b>Rischio</b>	La probabilità del verificarsi del sinistro.
<b>Scoperto</b>	La somma espressa in valore percentuale, dedotta dall'indennizzo, che resta a carico dell'Assicurato.
<b>Sinistro</b>	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
<b>Società</b>	Generali Italia S.p.A.

## 2. NORME COMUNI

### Art. 2.1 - Pagamento del premio - Decorrenza dell'assicurazione

Fermi i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

*Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.*

*Nel caso in cui il pagamento del premio o delle successive rate di premio avvenga con un ritardo superiore a 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal contratto, i termini di aspettativa di cui all'art. 4.4 vengono computati a far data dalle ore 24 del giorno in cui si effettua il pagamento.*

*I premi o le rate di premio successivi al primo devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.*

### Art. 2.2 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione, fatto salvo quanto previsto in materia dalle norme di legge, è operante per il periodo di validità contrattualmente stabilito.

### Art. 2.3 - Proroga dell'assicurazione - Aggiornamento del premio

*In mancanza di disdetta data da una delle Parti con preavviso di almeno 60 giorni prima della data di scadenza, il contratto- sempreché stipulato almeno per un anno - è prorogato per una durata pari ad un anno e così successivamente.*

*Essendo la tariffa del presente contratto basata sull'età dell'Assicurato, in occasione della scadenza contrattuale della polizza e di ciascuna successiva proroga, è previsto l'aggiornamento del premio in ragione della maggiore età raggiunta da ciascun Assicurato. Tale aggiornamento è predeterminato nella vigente tariffa in un aumento forfetario del 3% da applicarsi all'ultimo premio antecedente ciascuna proroga annuale ferma la successiva applicazione dell'art. 2.8 Indicizzazione.*

*A tale aggiornamento non è soggetto il premio dell'assicurazione Assistenza e Tutela Legale.*

### Art. 2.4 - Assicurazione presso diversi assicuratori

*Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni aventi per oggetto rischi analoghi, presso altri assicuratori o la Società stessa.*

*Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di darne avviso, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.*

*In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.*

### Art. 2.5 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio e forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società e risultanti dai documenti che costituiscono parte integrante del contratto.

*Le inesattezze e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In tale caso, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di*

*assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.*

*Tutte le comunicazioni del Contraente o dell'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.*

#### **Art. 2.6 - Dichiarazione di stato di non fumatore**

Premesso che la presente assicurazione malattie si basa su di una tariffa che prevede premi inferiori per i non fumatori, *nel caso il Contraente o l'Assicurato in sede contrattuale abbia dichiarato uno stato di non fumatore, ai sensi del precedente articolo, per dichiarazioni inesatte e reticenti all'atto della stipulazione ovvero per mancata comunicazione dell'aggravamento del rischio per venir meno dello stato di non fumatore, il pagamento del danno è dovuto in misura ridotta in proporzione alla differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato altrimenti determinato.*

#### **Art. 2.7 - Recesso in caso di sinistro**

*Dopo ogni sinistro denunciato a termini di contratto e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto delle prestazioni le Parti possono recedere dall'assicurazione.*

*In caso di recesso esercitato dalla Società questo avrà effetto dalla data di scadenza dell'annualità assicurativa in corso ovvero, qualora sia comunicato meno di 30 giorni prima di tale data, il recesso stesso avrà effetto trascorsi 30 giorni dal ricevimento della raccomandata.*

*In caso di recesso esercitato dal Contraente, questo potrà avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tale caso la Società rimborsa al Contraente, entro 30 giorni dalla cessazione dell'assicurazione, la parte di premio, al netto dell'imposta già pagata, relativa al periodo di rischio non corso.*

La Società rinuncia a tale facoltà di recesso decorso un anno dalla data di stipulazione del contratto di assicurazione.

La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia di sinistro o qualunque altro atto della Società non potranno essere interpretati come rinuncia della Società stessa a valersi della facoltà di recesso.

Le disposizioni del presente articolo non operano qualora il contratto sia di durata inferiore ai due anni.

#### **Art. 2.8 - Indicizzazione**

Le somme assicurate, il premio, le franchigie, i minimi ed i massimi di scoperto ed i limiti di indennizzo espressi in misura fissa sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell' "Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati" (indice costo della vita).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di agosto dell'anno precedente quello di stipulazione del contratto con quello del mese di agosto successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

In caso di ritardata pubblicazione dell'indice verrà fatto riferimento all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente. Qualora l'ISTAT modifichi la composizione ed i parametri del suddetto indice, l'adeguamento verrà calcolato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

Non sono soggette ad indicizzazione le garanzie ed i premi Assistenza e Tutela Legale.

### **Art. 2.9 - Periodo di assicurazione - mezzi di pagamento del premio**

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferisce al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Il premio di assicurazione è di conseguenza rapportato al predetto periodo di assicurazione.

Il versamento del premio può avvenire con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite bancomat, dove disponibile;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società;
- con assegno intestato o girato alla Società con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società;
- per mezzo di conto corrente bancario con preventiva autorizzazione del Contraente alla banca di effettuare il versamento dei premi con addebito sul suo conto corrente (SDD);
- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario o per i pagamenti a mezzo SDD, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

### **Art. 2.10 - Oneri**

*Le imposte e gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, al contratto ed agli atti da esso dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.*

### **Art. 2.11 - Rinvio alla legge**

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

### **Art. 2.12 - Obblighi del contraente - Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte**

*Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi e di conseguenza siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione:*

- *il Contraente si obbliga a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione;*
- *gli Assicurati stessi hanno la possibilità, collegandosi al sito internet della Compagnia, entrando nell'Area Clienti e seguendo le istruzioni per registrarsi, di accedere alle informazioni sulle posizioni assicurative sottoscritte.*

## **3. GARANZIE**

### **Art. 3.1 - Indennità giornaliera di ricovero**

In caso di ricovero reso necessario da:

- malattia;
- infortunio;
- parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico;

la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza:

1) per ciascun giorno di ricovero, escluso quello di dimissione, con il massimo di 360 giorni per annualità assicurativa.

Detta indennità viene corrisposta:

- a) con le seguenti maggiorazioni non cumulabili tra di loro:
    - 50% a partire dal quindicesimo giorno successivo a quello del ricovero;
    - 100% a partire dal trentesimo giorno successivo a quello del ricovero;
    - 100% per ogni giorno di degenza in reparti di cura intensiva;
  - b) aumentata del 50% qualora l'istituto di cura sia situato ad una distanza di oltre 50 chilometri dal comune di residenza dell'Assicurato (a tale fine si prenderà in considerazione la lunghezza del percorso stradale o ferroviario più breve);
  - c) ridotta del 50% in caso di day hospital. L'indennità è dovuta esclusivamente per day hospital di durata superiore a 1 giorno (almeno 2 giorni), purché dalla documentazione dell'istituto di cura risulti che il day hospital, fatta eccezione per le festività, è avvenuto senza soluzione di continuità.
- 2) per un numero di giorni di convalescenza pari a quelli di ricovero, indipendentemente dalla durata prescritta dal medico curante. *Questa garanzia è operante solo in seguito a ricoveri di durata continuativa superiore a 10 giorni e con le seguenti modalità:*
- per i primi 5 giorni l'indennità viene corrisposta al 50% dell'importo indicato in polizza;
  - per i giorni successivi viene corrisposta al 100% dell'importo indicato in polizza;
  - per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

L'importo dell'indennità, anche se maggiorata per i motivi di cui al punto 1) lett. a) e b) del presente articolo, non può comunque superare il limite di euro 350,00 giornalieri.

### **Art. 3.2 - Rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento**

In caso di ricovero in istituto di cura ovvero di intervento chirurgico, anche in regime di day hospital o ambulatoriale, reso necessario da malattia o infortunio, la Società indennizza, fino a concorrenza della somma assicurata di euro 4.000,00 quale disponibilità unica per annualità assicurativa e per persona assicurata risultante nell'apposito riquadro della presente garanzia, le spese sostenute per:

- esami, accertamenti diagnostici e viste specialistiche, effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero o l'intervento, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni;
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 60 giorni successivi alla data dell'intervento o delle dimissioni dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

*La Società indennizza le spese sostenute per le suddette prestazioni previa applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo di euro 50,00 sull'ammontare delle spese indennizzabili per la singola malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento. Le voci di spese per le quali venga richiesto il rimborso del solo ticket saranno invece oggetto di indennizzo integrale.*

## **4. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE**

### **Art. 4.1 - Validità territoriale**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

### **Art. 4.2 - Persone non assicurabili**

*Premesso che qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza o sieropositività HIV comunque non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, al manifestarsi di tali affezioni nel corso del contratto l'assicurazione viene a cessare – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile senza obbligo per la Società di corrispondere l'indennizzo. In questo caso la Società rimborsa al Contraente la parte*

di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio.

#### **Art. 4.3 - Esclusioni**

*L'assicurazione non comprende:*

- a) *gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;*
- b) *gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;*
- c) *gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;*
- d) *le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;*
- e) *gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- f) *le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto; la deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal centro di Pronto Soccorso e/o di esame radiografico attestante la frattura delle ossa nasali;*
- g) *le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);*
- h) *le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici;*
- i) *le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;*
- j) *l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;*
- k) *le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;*
- l) *le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione;*
- m) *le prestazioni aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione;*
- n) *le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;*
- o) *le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;*
- p) *le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere;*
- q) *cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'OMS (c.d. protocolli sperimentali);*
- r) *ricoveri e i day hospital durante i quali vengono effettuati solo accertamenti diagnostici o terapie fisiche che, per la loro natura, possono essere effettuati anche in ambulatorio;*
- s) *ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.*

#### **Art. 4.4 - Termini di aspettativa**

*Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:*

- a) *dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;*

- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- c) del trecentesimo giorno successivo per il parto;
- d) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Qualora questo contratto ne sostituisca altro, senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto questo contratto, limitatamente alle maggiori somme assicurate ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso di questo contratto, i termini di aspettativa decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme assicurate e le diverse prestazioni previste.

## 5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINITRO

### Art. 5.1 - Modalità di pagamento: l'indennità giornaliera di ricovero

L'Assicurato che richieda la corresponsione dell'indennità giornaliera di ricovero di cui all'art. 3.1 dovrà presentare a dimissione avvenuta la certificazione definitiva (cartella clinica completa e documentazione medica) attestante durata e ragioni del ricovero.

La Società accertato il diritto all'indennizzo, provvede alla liquidazione di quanto dovuto a termini di contratto.

### Art. 5.2 - Modalità di pagamento: il rimborso delle spese sostenute prima e dopo il ricovero o l'intervento

La Società riconosce il rimborso delle spese indennizzabili a termini dell'art. 3.2 nella misura del 80% (scoperto 20%) con il minimo di euro 50,00. Limitatamente all'indennizzo dei ticket sostenuti la Società riconoscerà il rimborso integrale senza applicazione dello scoperto con il minimo sopra indicato.

*Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali fiscalmente validi delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate. Andrà inoltre allegata la certificazione definitiva – cartella clinica completa e documentazione medica – attestante durata e ragioni del ricovero.*

### Art. 5.3 - Documentazione fiscale – Rimborso da terzi

La Società restituisce all'Assicurato le fatture, notule e distinte relative ai pagamenti effettuati.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto in base alla documentazione delle spese effettivamente sostenute, *al netto di quanto a carico dei predetti terzi.*

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, nella valuta avente corso legale in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni ufficiali.

### Art. 5.4 - Franchigia

*Se indicata in polizza la garanzia opera previa applicazione della franchigia.*

Pertanto l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per ciascun ricovero a partire dal giorno successivo a quelli di franchigia pattuiti.

Si precisa che ai fini dell'applicazione della franchigia i ricoveri verificatisi a distanza di non oltre 30 giorni l'uno dall'altro, dovuti alla stessa malattia o stato patologico nella stessa sede anatomica od in conseguenza del medesimo infortunio, sono da considerarsi come medesimo sinistro e di conseguenza la franchigia andrà applicata una sola volta.

#### **Art. 5.5 - Controversie – Arbitrato irrituale**

*In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni contrattuali, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo od in caso contrario dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede 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 dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti tra le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

#### **Art. 5.6 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro**

*In caso di sinistro indennizzabile a termini di contratto, l'Assicurato od i suoi aventi diritto devono ottemperare ai seguenti obblighi:*

- 1) acconsentire alla visita dei medici inviati dalla Società ed alle indagini necessarie per la determinazione del diritto all'indennizzo;
- 2) presentare non appena ne abbiano avuto la possibilità, la denuncia del sinistro, corredata dalla necessaria documentazione medica, inclusa copia della cartella clinica completa.

*L'inadempimento ai suddetti obblighi può comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.*

#### **Art. 5.7 - Rinuncia all'azione di rivalsa**

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per le somme pagate, di cui all'art. 1916 del Codice Civile, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili dell'infortunio o della malattia.