

Polizza Infortuni e Malattie del Sacerdote



Documento informativo Precontrattuale (DIP) relativo al Prodotto Assicurativo

Compagnia GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: "Cattolica&Clero Secolare - Sacerdote"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura gli infortuni dei Sacerdoti e Diaconi nominativamente indicati nella scheda di polizza.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia risponde nei limiti delle somme indicate nella scheda di polizza.

Principali garanzie previste:

Infortuni e Malattie

- ✓ L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati per le seguenti coperture:
- ✓ morte per infortunio;
- ✓ invalidità permanente per infortunio;
- ✓ inabilità temporanea per infortunio
- ✓ ricovero, convalescenza e gesso per infortunio;
- ✓ spese di cura per infortunio (in assenza di ricovero);
- ✓ ricovero per malattia.
- ✓ La garanzia è prestata 24 ore su 24.

Sono compresi

- ✓ l'asfissia di origine non morbosa;
- ✓ gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- ✓ l'annegamento;
- ✓ l'assideramento o congelamento;
- ✓ i colpi di sole o di calore;
- ✓ le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili od a punture di insetti, aracnidi, esclusa la malaria;
- ✓ gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (a parziale deroga all'articolo 1900 del codice civile);
- ✓ gli infortuni causati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (in deroga all'articolo 1912 del codice civile);
- ✓ gli infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da ebbrezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene; le lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo, limitatamente alla garanzia di invalidità permanente e inabilità temporanea da infortunio, se previste dal contratto.

- ✓ Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; se l'ernia addominale non risulta operabile, è corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.



Che cosa non è assicurato?

Infortuni e Malattie

Non sono assicurabili le persone:

- ✗ di età superiore ad 85 (ottantacinque) anni e le conseguenze di:
- ✗ guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- ✗ intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sindromi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi.



Ci sono limitazioni alla copertura?

Principali esclusioni di garanzia e limiti

- ! L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:
- ! guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, se rinnovata entro 45 (quarantacinque) giorni dalla data del sinistro. Non si terrà conto di tale termine qualora l'infortunio comporti tempi di guarigione più lunghi;
- ! guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non privato. Si conviene tuttavia che la garanzia vale - se l'Assicurato è in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione - durante la guida di autofurgoni e autocarri in genere, macchine agricole e operatrici;
- ! operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- ! azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- ! manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace.

- ! Per quanto riguarda le malattie, l'assicurazione non comprende:
- ! i ricoveri conseguenti a malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- ! il day hospital con finalità diagnostiche;
- ! le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- ! i ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie in genere.

- ! Le prestazioni per l'invalidità permanente da infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:
- ! se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- ! se l'invalidità permanente supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente. Limitatamente agli assicurati con età superiore agli 80 anni, le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:
- ! non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale;
- ! se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.
- ! La durata massima per sinistro della diaria da Inabilità temporanea da infortunio è di trecentosessantacinque (365) giorni e della garanzia Diaria da ricovero è di novanta (90) giorni per evento e di centottanta (180) giorni per anno assicurativo. Per la Diaria da gesso e immobilizzo è previsto il limite massimo di 40 giorni. Per le fratture costali e nasali, purché radiologicamente accertate, verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di 20 giorni.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

L'assicurazione vale per il mondo intero. Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte e/o reticenti comportare l'annullamento del contratto e/o limitazioni di indennizzo.
- Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio descritto in polizza.
- Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società ogni aggravamento o diminuzione del rischio (relativamente alla garanzia infortuni). Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto



Quando e come devo pagare?

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

Il pagamento del premio avviene con una delle seguenti modalità:

- Assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
- Ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di Agente della Società;
- Contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge (fino ad € 750).



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La durata del contratto viene determinata concordemente tra le Parti e vien indicata in polizza
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo. In particolare la garanzia ha effetto:
 - per gli infortuni dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo;
 - per le malattie dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto.

Se il contratto è emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi Assicurati, i termini sopraindicati decorrono dalla data di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previste.



Come posso disdire il contratto?

- In mancanza di disdetta, inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r., e pervenuta all'altra parte almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, il contratto di durata non inferiore a un anno è prorogato per un anno e così successivamente, salvo che nella Scheda di Polizza sia indicato "NO" relativamente al tacito rinnovo.
- Dopo ogni denuncia di sinistro, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 (sessanta) giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo; il recesso deve essere comunicato all'altra Parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

Assicurazione Infortuni e Malattia

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

Compagnia GENERALI ITALIA S.p.A.

Prodotto: "CATTOLICA&CLERO SECOLARE - SACERDOTE"



Data di aggiornamento: 07/2023 - Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A.; la sede legale è Via Marocchese, 14 - 31021 Mogliano Veneto (TV) - ITALIA; recapito telefonico 041.5492111; sito internet: www.cattolica.it - Pec cattolica@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. La Società è autorizzata con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato n. 289 del 2/12/1927.

Patrimonio netto al 31/12/2022: € 8.261.280.687 di cui € 1.618.628.450 relativi al capitale sociale e € 6.102.442.208 al totale delle riserve patrimoniali. I dati sono riferiti all'ultimo bilancio approvato.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet <https://www.generali.it/note-legali>

Requisito patrimoniale di solvibilità: € 7.114.757.111

Requisito patrimoniale minimo: € 2.957.524.169

Fondi propri ammissibili (a copertura SCR): € 19.044.881.429

Indice di solvibilità (solvency ratio): 268% (tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri di base e l'ammontare del requisito patrimoniale di solvibilità richiesti dalla normativa Solvency 2 in vigore dal 1 gennaio 2016).

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse garanzie offerte.

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

Ad es. le spese mediche da infortunio sostenute per:

- Protesi dentarie e ogni altra protesi resa necessaria da infortunio, escluse rotture o danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio;
- Acquisto lenti e occhiali prescritti dal medico curante a seguito di infortunio che comporti diminuzione della vista;
- Acquisto e/o affitto di materiale necessario all'infortunato per un corretto decorso dell'infortunio (ad es. stampelle, busti ortopedici, sedia a rotelle ecc.).

Vengono rimborsate con il limite del 20% della somma assicurata.

Infortunati e Malattie

La garanzia vale altresì durante:

- La pratica di attività sportive a carattere ricreativo e la partecipazione a gare competitive parrocchiali o interparrocchiali, compresi i relativi allenamenti;
- La partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, windsurf e vela;
- I colpi di sole o di calore;
- Le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti, aracnidi, esclusa la malaria.

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari e per quelli non regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano eserciti da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Eliminazione della franchigia sull'invalidità permanente per infortunio

L'indennizzo verrà corrisposto in base al grado di invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna franchigia.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Infortunati e Malattie

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



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si segnalano le seguenti limitazioni di copertura.

Infortunati

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- La pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- La pratica di sport pericolosi come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting, canyoning, bungee jumping;
- La partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive, ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennistavolo, tiro, windsurf e vela. Sono comunque compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante le attività sportive a carattere dilettantistico fra reparti del Contraente e con reparti di altre organizzazioni congeneri;
- La guida e la pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

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

Infortunati e Malattie

L'assicurazione non comprende le conseguenze dovute a:

- Trattamenti dell'infertilità e fecondazione artificiale;
- Sviluppo di energia nucleare;
- Guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;
- Atti di terrorismo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Garanzie	Franchigie e scoperti
Morte	//
Invalità permanente per infortunio	Da 0 a 3 %
Diaria giornaliera per inabilità temporanea per infortunio	5 giorni
Diaria ricovero, convalescenza e gesso per infortunio	//
Spese di cura per infortunio in assenza di ricovero	Scoperto 10%, minimo € 50,00
Diaria da ricovero per malattia	//

**Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?**

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Infortunati e Malattie Entro 3 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se n'è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono fare denuncia per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.
	Assistenza diretta/in convenzione: Non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: Non prevista.
	Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Infortunati e Malattie La Società provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

**Quando e come devo pagare?**

Premio	E' facoltà del Contraente chiedere il frazionamento del premio in rate: semestrali, trimestrali, quadrimestrali. Presso gli intermediari abilitati è disponibile anche la rateazione mensile con addebito su carta di credito con un aumento del premio imponibile fino al 3%.
Rimborso	In ogni caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di annullamento del contratto, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

**Quando comincia la copertura e quando finisce?**

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

**Come posso disdire la polizza?**

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
--	---------------

Risoluzione	<p>La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sintomi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) costituisce causa di risoluzione del contratto.</p> <p>Qualora la Società intenda rinnovare il contratto a condizioni tariffarie diverse da quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno sessanta giorni prima della scadenza. Se il Contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove tariffe entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà risolto alla sua scadenza.</p>
--------------------	---



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a Sacerdoti e Diaconi.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

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

Tutti i rischi	22,0 %
----------------	--------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con lettera inviata a Generali Italia S.p.A. - Tutela Cliente - Via Leonida Bissolati, 23 - Roma - CAP 00187; • Tramite il sito internet della Compagnia www.cattolica.it, nella sezione Reclami; • Tramite mail all'indirizzo: reclami.it@generali.com. <p>La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è Tutela Cliente. Il riscontro deve essere fornito entro 45 giorni.</p> <p>Il termine può essere sospeso per un massimo di 15 giorni per eventuali integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori.</p> <p>I reclami relativi al comportamento degli intermediari bancari e dei broker, compresi i loro dipendenti e collaboratori, possono essere indirizzati direttamente all'intermediario e saranno da loro gestiti. Qualora il reclamo pervenisse a Generali Italia, la stessa provvederà a trasmetterlo senza ritardo all'intermediario interessato, dandone contestuale notizia al reclamante.</p>
All'IVASS	<p><i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it.</i></p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	<p><i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.</i></p>
Negoziazione assistita	<p><i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.</i></p>

<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Infortuni</p> <p>Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici. Ogni Parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico è designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.</p> <p>Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Ciascuna parte si impegna ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>
---	---

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

SACERDOTE

CATTOLICA&CLERO SECOLARE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. C.S.S. 2 ED. 07/2023
devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi
Precontrattuali:**

- **DIP Danni MOD. C.S.S. DIP - ED. 07/2023**
- **DIP aggiuntivo Danni MOD. C.S.S. DIP AGG - ED. 07/2023**



*Marchio di Generali Italia S.p.A.

DEFINIZIONI

Definizioni valide per l'assicurazione in generale

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato

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

Assicurazione o contratto

Il contratto di assicurazione.

Beneficiario

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

Contraente

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

Convalescenza a domicilio

Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica e prescritto dai medici che hanno curato l'Assicurato.

Day hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Franchigia

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

Inabilità temporanea

La perdita temporanea a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali principali e secondarie.

Indennizzo

La prestazione in denaro dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'inabilità permanente o l'inabilità temporanea.

Invalità permanente

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

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza e il soggiorno e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS (ex ISVAP)

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Parti

Il Contraente e la Società.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero/degenza

La permanenza in un istituto di cura, regolarmente autorizzato per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che comporti il pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

La quota del danno liquidabile a termini di polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo

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

Sinistro

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

Società

Si intende per definizione e in qualunque circostanza Generali Italia S.p.A..

Ubriachezza

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

a) Dichiarazioni inesatte o reticenze rese con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni relative al rischio Assicurato che si rivelino inesatte e/o le reticenze rese dal Contraente che abbia agito con dolo o colpa grave possono comportare l'annullamento del contratto, nei casi e secondo le modalità previste dall'articolo 1892 del codice civile, fermo restando il diritto a percepire i premi relativi al periodo di assicurazione in corso sino al momento dell'eventuale richiesta di annullamento del contratto.

Tuttavia il contratto non può essere impugnato se la Società non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione entro tre mesi dal momento in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza o della reticenza delle dichiarazioni.

In ogni caso, qualora si verifichi un sinistro prima della scadenza dei tre mesi suddetti, la Società non è tenuta a pagare la somma assicurata.

b) Dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente, agendo senza dolo o colpa grave, ha reso dichiarazioni inesatte e/o reticenti in merito alle circostanze di rischio, la Società può recedere dal contratto comunicando tale sua decisione al Contraente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, nei casi e con le modalità previsti dall'articolo 1893 del codice civile.

Tuttavia, ai sensi della norma sopracitata, se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, l'indennizzo dovuto è ridotto in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato, se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 2 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato.

Art. 3 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto a la Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli articoli 1910 e 1913 del codice civile.

Art. 4 - Modifiche al contratto

Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Pagamento del premio

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

Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del **60° giorno** dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del codice civile.

Art. 6 - Decorrenza della garanzia

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

In particolare la garanzia ha effetto:

- per gli **infortuni**:
 - dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo;
- per le **malattie**:
 - **dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto;**
 - Se il contratto è emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi Assicurati, i termini sopraindicati decorrono:**
 - **dalla data di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da quest'ultima previste;**

- dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme assicurate da essa previsti.

La norma vale anche per le variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 7 - Variazione del premio alla scadenza del contratto

Qualora la Società intenda rinnovare il contratto a condizioni tariffarie diverse da quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno sessanta giorni prima della scadenza.

Se il Contraente non comunicherà alla Società di accettare espressamente le nuove tariffe entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà risolto alla sua scadenza.

Il pagamento del nuovo premio costituisce in ogni caso dichiarazione di accettazione della nuova tariffa.

Art. 8 - Aggravamento del rischio

Relativamente alla garanzia infortuni, il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio assicurato tale per cui, se il nuovo stato delle cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non lo avrebbe stipulato o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1898 del codice civile.

Art. 9 - Diminuzione del rischio

Relativamente alla garanzia infortuni, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società e eventuali diminuzioni del rischio.

In tale evenienza La Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla suddetta comunicazione, ai sensi dell'articolo 1897 del codice civile, rinunciando al diritto di recesso previsto al primo comma di tale articolo.

Art. 10 - Proroga del contratto

La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le Parti al momento della stipulazione del contratto e viene indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta, inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r., e pervenuta all'altra parte almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto di durata non inferiore a un anno è prorogato per un anno e così successivamente, salvo che nella Scheda di Polizza venga indicato "NO" relativamente al tacito rinnovo.

Art. 11 - Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sintomi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) costituisce causa di risoluzione del contratto.

In questo caso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di annullazione del contratto, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 12 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro sessanta giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra Parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

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

Art. 13 - Oneri fiscali

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

Art. 13 bis - Misure restrittive - Sanctions Clause

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

CONDIZIONI CHE REGOLANO L' ASSICURAZIONE INFORTUNI E MALATTIE

Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione di garanzie per i casi di:

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- inabilità temporanea per infortunio
- ricovero, convalescenza e gesso per infortunio;
- spese di cura per infortunio;
- ricovero per malattia;

L'assicurazione è prestata a favore dell' Assicurato indicato nella Scheda Tecnica di Polizza ed esclusivamente in relazione alle garanzie richiamate nella scheda stessa per le quali risultano riportate le somme assicurate e/o massimali e i relativi premi.

Art. 15 - Persone assicurate

L'assicurazione vale per l'Assicurato nominativamente indicato nella Scheda Tecnica di Polizza.

La garanzia è prestata 24 ore su 24.

Art.16 - Limite di età

Gli assicurati possono avere fino a 85 anni di età.

Nel caso in cui l'Assicurato compia l'età massima assicurabile nel corso del contratto, il contratto conserverà efficacia fino alla sua scadenza annuale.

Art. 17 - Criteri generali di indennizzabilità

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

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

Art. 18 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi

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

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo, limitatamente alla garanzia di invalidità permanente e inabilità temporanea da infortunio, se previste dal contratto.

Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; **se l'ernia addominale non risulta operabile, è corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.**

Art. 19 - Rischi sportivi compresi

La garanzia vale altresì durante:

- la pratica di attività sportive di carattere ricreativo e la partecipazione a gare competitive parrocchiali o interparrocchiali, compresi i relativi allenamenti;

- la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, windsurf e vela.

Art. 20 - Rischi sportivi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- la pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- la pratica di sport pericolosi come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting, canyoning, bungee jumping;
- la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive, ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennistavolo, tiro, windsurf e vela. Sono comunque compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante le attività sportive a carattere dilettantistico fra reparti del Contraente e con reparti di altre organizzazioni congeneri;
- la guida e la pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

Art. 21 - Rischio volo

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari e per quelli non regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano eserciti da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs.

Art. 22 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Se l'inabilità temporanea si verifica al di fuori dell'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 23 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.**

Art. 24 - Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro. Non si terrà conto di tale termine qualora l'infortunio comporti tempi di guarigione più lunghi;
- b) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non privato. Si conviene tuttavia che la garanzia vale - se l'Assicurato è in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione - durante la guida di autofurgoni e autocarri in genere, macchine agricole e operatrici;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace.

Per quanto riguarda le malattie, l'assicurazione non comprende:

- f) i ricoveri conseguenti a malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- g) il day hospital con finalità diagnostiche;
- h) le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;
- j) i ricoveri per la cura della parodontite e le cure dentarie in genere.

Per quanto riguarda le garanzie infortuni e malattie, l'assicurazione non comprende le conseguenze dovute a:

- k) guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene;

- l) intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sindromi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi;**
- m) sviluppo di energia nucleare;**
- n) conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;**
- o) contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo;**
- p) atti di terrorismo.**

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 25 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Entro tre giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se n'è avuta conoscenza, l'Assicurato o, se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono fare denuncia per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a la Società stessa.

Art. 26 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere, a pena di decadenza, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato.

Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato s'impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato o, in caso di morte, i suoi familiari o i suoi eredi, devono consentire a la Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Per la garanzia di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Per la diaria da ricovero per malattia e per la diaria da ricovero per infortunio la Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione di un documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica. Il pagamento avviene a ricovero ultimato o al termine della convalescenza prescritta.

Per la diaria per gessatura, la Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura. Nel caso di frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o di frattura completa della costola, è necessario presentare le radiografie ed i referti. Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione della gessatura.

Per la garanzia rimborso spese di cura per infortunio, il rimborso è effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, e simili). La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica. La mancata produzione nel termine può comportare la perdita al diritto del rimborso.

Art. 27 - Pagamento dell'indennizzo

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

Art. 28 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

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

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

Ogni Parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico è designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le Parti s'impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico; questa decisione deve essere accettata anche dalla Parte dissenziente anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

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

Art. 29 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Art. 30 - Foro competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza del Contraente.

MORTE PER INFORTUNIO

Art. 31 - Morte per infortunio

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

Art. 32 - Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società **liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla data della sentenza di dichiarazione di morte presunta prevista dall'articolo 58 del codice civile.**

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. 33 - Cumulo dell'indennità

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

INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Art. 34 - Invalidità permanente per infortunio

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

Art. 35 - Calcolo dell'indennizzo

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

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado d'invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento all'allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente - INDUSTRIA".

Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n° 38 che abbiano sostituito la predetta tabella. La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Restano valide le franchigie previste nell'art. 36 "Franchigia assoluta sull'invalidità permanente per infortunio".

Art. 36 - Franchigia assoluta sull'invalidità permanente per infortunio

Le prestazioni per l'invalidità permanente da infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

Limitatamente agli assicurati con età superiore agli 80 anni, le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, sono soggette all'applicazione della seguente franchigia:

- non si fa luogo a indennizzo quando l'invalidità permanente definitiva è di grado inferiore o pari al 5% della totale;

se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 37 - Criteri specifici d'indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali di cui all'allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente - INDUSTRIA" sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

Art. 38 - Criteri particolari d'indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente parziale non prevista nell'allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente - INDUSTRIA" si fa riferimento ai seguenti criteri:

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

Art. 39 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

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

Art. 40 - Cumulo indennità

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

Art. 41 - Decesso indipendente dall'infortunio

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

Garanzia aggiuntiva (operante solo se richiamata in polizza)

Eliminazione della franchigia assoluta sull'invalidità permanente per infortunio (A)

In deroga all'art. 36 "Franchigia assoluta sull'invalidità permanente per infortunio", l'indennizzo verrà corrisposto in base al grado di invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna franchigia.

INABILITÀ TEMPORANEA PER INFORTUNIO

Art. 42 - Diaria giornaliera per inabilità temporanea per infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Società liquida una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività professionali principali e secondarie. **Se l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria è pari al 50% di quella indicata in polizza.**

La diaria è corrisposta per un massimo di trecentosessantacinque (365) giorni per ogni sinistro.

Art. 43 - Franchigia sull'inabilità temporanea per infortunio

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a partire dall'5° giorno successivo a quello dell'infortunio.

RICOVERO, CONVALESCENZA E GESSO PER INFORTUNIO

Art. 44 - Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde, in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. **La durata massima è di novanta (90) giorni per evento e di centottanta (180) giorni per anno assicurativo.** In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata. Gli infortuni che determinano un "ricovero importante" sono:

- interventi per asportazione di organi;
- trapianti;
- artro-protesi delle grandi articolazioni.

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

Art. 45 - Day hospital

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 30% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto senza interruzione, fatta eccezione per le festività.

Art. 46 - Diaria da convalescenza post ricovero

In caso di ricovero per infortunio di durata superiore a cinque (5) giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dal medico che ha avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un massimo di trenta (30) giorni per evento.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato. Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

Art 47 - Diaria da gesso e immobilizzo

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni (**escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili**), applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità pari a quella prevista nella Scheda Tecnica fino alla rimozione della gessatura e **comunque per un periodo massimo di quaranta (40) giorni.**

Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per fratture complete costali e nasali purché radiologicamente accertate.

Per le fratture costali e nasali, purché radiologicamente accertate, verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di venti giorni.

Sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi immobilizzanti la cui rimozione necessita di intervento da parte di personale medico specializzato:

Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico

Bendaggi amidati

Docce/valve gessate

Bendaggio Desault

Minerve (anche in cuoio)

Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo)

Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin)

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi"

Apparecchi toraco-brachiali non gessati e amovibili

Bendaggi elastici adesivi (Tensoplast, etc.)

Ortesi in genere (app. di posizione - es.: plantari)

Collari Schantz, Camp, simili

Ginocchiere DonJoy

Stecche di Zimmer

Relativamente alla ginocchiera Donjoy e alla stecca di Zimmer le modalità con cui queste vengono ammesse all'indennizzo sono le seguenti:

Ginocchiera Donjoy

pur non essendo, in alcuni casi, apparecchio immobilizzante, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura o una rottura completa di legamento del ginocchio.

Stecca di Zimmer

pur non essendo un apparecchio rimovibile solo mediante demolizione, viene ammessa all'indennizzo, limitatamente al primo periodo di assoluta immobilizzazione (che deve essere documentato con idonea certificazione medica), solo quando è stata documentata radiologicamente una frattura. Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione. La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura. Nel caso di frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale, o di frattura completa della costola è necessario presentare le radiografie e i referti.

Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione della gessatura.

SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

Art. 48 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, a seguito di infortunio

La Società assicura fino alla concorrenza di una somma assicurata pari a € 2.000,00 e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'assicurato e rese necessarie da infortunio **che non comporti ricovero**:

- Accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei centoventi giorni successivi all'infortunio.

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con l'applicazione di **uno scoperto del 10% con il minimo di € 50,00** per sinistro (singola visita, singolo esame, singola prestazione).

Si intendono comprese anche le spese sostenute per:

- Protesi dentarie e ogni altra protesi resa necessaria da infortunio, escluse rotture o danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio;
- Acquisto lenti e occhiali prescritti dal medico curante a seguito di infortunio che comporti diminuzione della vista;
- Acquisto e/o affitto di materiale necessario all'infortunato per un corretto decorso dell'infortunio (ad es. stampelle, busti ortopedici, sedia a rotelle ecc.).
- **Tali spese vengono rimborsate con il limite del 20% della somma assicurata.**

RICOVERO PER MALATTIA

Art. 49 - Diaria da ricovero, day hospital e diaria da convalescenza post ricovero per malattia

La Società corrisponde, in caso di ricovero per malattia dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza, per **la durata massima di 90 giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.**

In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata.

Le malattie che determinano un ricovero importante sono:

- malattie coronariche e infartuali, rivascolarizzazione cardiaca e by-pass;
- neoplasie maligne;
- interventi per l'asportazione di organi;
- trapianti;
- arto-protesi delle grandi articolazioni;
- ictus cerebrale.

In caso di day hospital per malattia per un periodo non inferiore a tre (3) giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 30% di quanto previsto in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

In caso di ricovero per malattia di durata superiore a dieci (10) giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dal medico che ha avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde una diaria da convalescenza post-ricovero per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un massimo di trenta (30) giorni per evento.



SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
VIA MAROCCHESA, 14 - 31021 MOGLIANO VENETO (TV)
TEL. 041 54 92 111

www.cattolica.it

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - 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 - www.cattolica.it, PEC: cattolica@pec.generaligroup.com