

RIEPILOGO GARANZIE ACQUISTATE

(le garanzie acquistate sono contrassegnate dalla X)

INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO	
GARANZIA BASE	X

DIARIA DA RICOVERO	
GARANZIA BASE	X
GARANZIE AGGIUNTIVE	
Diaria da gesso	X
Rimborso spese scolastiche	X

RIMBORSO SPESE MEDICHE	
GARANZIA BASE	X
GARANZIA AGGIUNTIVA	
Rimborso spese accessorie	X

PRESTAZIONI SPECIALI	
GARANZIA BASE	X

ASSISTENZA	
GARANZIA BASE	X



DEFINIZIONI

Definizioni valide per l'assicurazione in generale

Nel testo si intende per:

Assicurazione o contratto

Il contratto di assicurazione.

Assicurato

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

Cattolica

Società Cattolica di Assicurazione - Società Cooperativa brevemente denominata anche Cattolica Assicurazioni Soc. Coop..

Centrale operativa

la struttura di Europ Assistance Italia S.P.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da: medici, tecnici, operatori. È in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e in virtù di specifica convenzione sottoscritta con Cattolica provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato, organizza ed eroga, con costi a carico di Cattolica stessa, le prestazioni di assistenza previste nel contratto.

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 che rimane a carico dell'assicurato.

Indennizzo

La prestazione in denaro dovuta da Cattolica 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'invalidità 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.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Parti

L'assicurato e Cattolica.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal contraente a Cattolica.

Prestazioni

Nell'assistenza sono i servizi prestati dalla centrale operativa all'assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie meglio descritte nelle singole sezioni:

- invalidità permanente per infortunio;
- diaria da ricovero per infortunio e malattia;
- rimborso spese di cura per infortunio;
- assistenza.

L'assicurazione è prestata esclusivamente in relazione alle garanzie indicate nei singoli pacchetti o alla voce garanzie aggiuntive per i quali risultano indicati in scheda di polizza le somme assicurate e/o i massimali e i relativi premi.

Per quanto riguarda gli infortuni la garanzia può essere prestata, come da pattuazione risultante dalla scheda di polizza, durante lo svolgimento dell'attività professionale indicata in contratto e di ogni altra attività di carattere non professionale (copertura 24 ore su 24).

Art. 2 - Criteri generali di indennizzabilità

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

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

Art. 3 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

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

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente.

Se l'ernia addominale non risulta operabile, viene corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.

Art. 4 - Rischi sportivi (escluso volo)

La garanzia vale altresì durante:

- a) la pratica non professionale di sport che prevedono un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive, ferma l'esclusione per gli sport elencati alle successive lettere d) e) ed f). Sono compresi, oltre alla partecipazione a tornei e gare, i relativi allenamenti;
- b) la pratica di attività sportive a carattere ricreativo o che prevedono la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti;
- c) la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela.



La garanzia non vale per gli infortuni derivanti da:

- d) la pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- e) la pratica dei seguenti sport: 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;
- f) 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. 5 - Rischio volo

La garanzia vale per gli infortuni che l'assicurato subisce in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari.

Art. 6 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 7 - 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 14 giorni dall'inizio delle ostilità, **se e in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.**

Art. 8 - 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 45 giorni dalla data del sinistro;

- 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.

L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;

- 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 infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- g) i ricoveri conseguenti a interruzioni volontarie di gravidanza;
- h) day hospital con finalità diagnostiche;
- i) i ricoveri per 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 paradontite e le cure dentarie in genere.

Per quanto riguarda le garanzie infortuni e diaria da ricovero per infortunio e malattia, diaria per gessatura, l'assicurazione non comprende gli infortuni e i ricoveri determinanti o conseguenti dalle seguenti situazioni:

- l) lo stato di ebbrezza, l'abuso di psicofarmaci, l'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;

- m) l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, l'epilessia e le sindromi epilettoidi, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidi;
- n) le trasformazioni o gli assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e da accelerazioni di particelle atomiche (ad esempio fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- o) le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Le dichiarazioni relative al rischio assicurato che si rivelino inesatte e 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 di Cattolica 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 Cattolica 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, Cattolica non è tenuta a pagare la somma assicurata.

b) Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente, agendo senza dolo o colpa grave, ha reso dichiarazioni inesatte e reticenti in merito alle circostanze di rischio, Cattolica può recedere dal contratto comunicando tale sua decisione al contraente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o della 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 da Cattolica, 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. 10 - 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. 11 - Altre assicurazioni

I genitori esercenti la patria potestà o l'assicurato deve comunicare per iscritto a Cattolica 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. 12 - Modifiche al contratto

Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 13 - 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 a Cattolica.

Se il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'articolo 1901 del codice civile.



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

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a Cattolica o all'agente in qualità di agente Cattolica;
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, che abbiano come beneficiario Cattolica o l'agente in qualità di agente Cattolica.

Non è possibile il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a euro 500,00 (cinquecento/00).

AVVERTENZA: in presenza di pagamento contestuale di più premi riferiti a contratti diversi, e quindi con un'unica operazione di importo complessivamente superiore a euro 12.500,00 (dodicimilacinquecento/00), sarà vietato il ricorso al denaro contante.

Art. 14 - 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;
 - dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte prima della sottoscrizione del contratto, ferma comunque l'esclusione di cui all'art. 8 lettera f).

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante dal 30° giorno dal pagamento effettivo solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Se il contratto viene 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 i massimali da quest'ultima previsti;
- dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e ai maggiori massimali da essa previsti.

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

Art. 15 - Variazione del premio alla scadenza del contratto

In prossimità della scadenza del contratto, Cattolica può proporre al contraente un premio diverso sulla base della tariffa vigente in quel momento.

Se il contraente non accetta il nuovo premio o nel suo silenzio, il contratto si intende risolto.

In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza ne comportano l'accettazione.

Art. 16 - Aggravamento del rischio

Il contraente deve dare immediata comunicazione scritta a Cattolica di ogni aggravamento del rischio assicurato dal presente contratto tale per cui, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, Cattolica non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da Cattolica 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. 17 - Diminuzione del rischio

Il contraente è tenuto a comunicare a Cattolica le eventuali diminuzioni del rischio. In tale evenienza Cattolica è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla suddetta

comunicazione, ai sensi dell'articolo 1897 del codice civile.

Cattolica dichiara altresì di rinunciare allo specifico diritto di recesso che il primo comma della norma sopra citata espressamente riconosce per il caso di diminuzione del rischio.

Art. 18 - Cambiamento dell'attività professionale

L'assicurato deve comunicare a Cattolica ogni cambiamento della sua attività professionale.

In caso di mancata comunicazione, se si verifica un infortunio durante lo svolgimento di una diversa attività l'indennizzo verrà corrisposto:

- integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
- in misura ridotta come stabilito nella tabella delle percentuali sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.

CALCOLO PERCENTUALI DI INDENNIZZO

Attività svolta al momento del sinistro	Attività dichiarata			
Classi di rischio	A	B	C	D-RD
A	100	100	100	100
B	70	100	100	100
C	55	75	100	100
D-RD	40	55	70	100

Per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si fa riferimento alla "Classificazione delle attività professionali" (ove sono indicati anche i corrispondenti codici di attività) allegata. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate nell'elenco vengono utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a una attività elencata. Le disposizioni contenute in questo articolo non vengono applicate per la garanzia diaria da ricovero per malattia.

Art. 19 - Proroga del contratto

In mancanza di disdetta inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r. e pervenuta a Cattolica almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per la durata di un anno e così successivamente.

Art. 20 - 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 paranoidei, immunodeficienza acquisita (HIV) costituisce causa di risoluzione del contratto.

In questo caso Cattolica restituisce al contraente la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 21 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 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 Cattolica rimborsa al contraente, entro 15 giorni dalla data del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 22 - Oneri fiscali

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



DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 23 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

Entro 3 giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, i genitori esercenti la potestà o l'assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure a Cattolica stessa.

Art. 24 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

I genitori esercenti la potestà o l'assicurato si impegnano 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. I genitori esercenti la potestà o l'assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire a Cattolica le indagini e gli accertamenti necessari.

Per la diaria da ricovero per infortunio o malattia, Cattolica provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione della seguente documentazione:

- per il ricovero, il documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica;
- per la convalescenza a domicilio, il certificato medico dove risulta la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'assicurato.

Il pagamento avviene a ricovero ultimato o al termine della convalescenza prescritta.

Per la diaria per gessatura Cattolica 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.

Per la garanzia rimborso spese di cura per infortunio il rimborso viene effettuato da Cattolica a guarigione clinica ultimata su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata a Cattolica, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

La mancata produzione del suddetto termine può comportare la perdita del diritto al rimborso.

Art. 25 - Pagamento dell'indennizzo

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

Art. 26 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra Cattolica 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 ad infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione viene 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 viene 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 ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'istituto di medicina legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

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

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

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

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

Art. 27 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Cattolica 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.



INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Garanzia base

Art. 28 - Invalidità permanente per infortunio

Cattolica corrisponde un indennizzo in caso di invalidità permanente dell'assicurato per infortunio totale o parziale.

Art. 29 - Calcolo dell'indennizzo

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

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, Cattolica corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento alla tabella 1 - Invalidità permanente per infortunio.

Art. 30 - Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali della tabella 1 - Invalidità permanente per infortunio sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 31 - Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista dalla tabella 1 - Invalidità permanente per infortunio si fa riferimento ai seguenti criteri:

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

Art. 32 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

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

Art. 33 - Franchigia sull'invalidità permanente

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sopra elencate sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie.

Sulla parte di somma assicurata fino a euro 100.000,00.

- se l'invalidità permanente è di grado inferiore o pari al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente 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, non si applicano le suddette franchigie.

Art. 34 - 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, Cattolica corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.



DIARIA DA RICOVERO

Garanzia base

Art. 35 - Diaria da ricovero per infortunio o malattia

Cattolica corrisponde in caso di ricovero per infortunio o malattia dell'assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. **La durata massima è di 90 giorni per evento e di 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.

Le malattie che determinano un "ricovero importante" sono:

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

Per i ricoveri di assicurati con età inferiore a 9 anni, dovuti a interventi su tonsille o su vegetazioni adenoidi, nonché per quelli dovuti ad aborto post-traumatico, la diaria viene corrisposta per la durata massima di 5 giorni.

Art. 36 - Day hospital

(operante in automatico con la garanzia diaria da ricovero per infortunio e malattia).

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

Art. 37 - Diaria da convalescenza post ricovero

(operante in automatico con la garanzia diaria da ricovero per infortunio e malattia).

In caso di ricovero di durata superiore a 10 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato e corredata da certificato medico, Cattolica corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di 30 giorni per evento.

La diaria da convalescenza post ricovero non opera per i casi di interventi a tonsille e vegetazioni adenoidi.

Art. 38 - Franchigia sulla diaria da ricovero

Per gli infortuni avvenuti durante lo svolgimento delle attività sportive regolamentate all'art. 4 "Rischi sportivi (escluso volo)" lettera a) l'indennizzo previsto dalla garanzia viene corrisposto a partire dall'8° giorno successivo a quello in cui si è reso necessario il ricovero.

Garanzia aggiuntiva

Art. 39 - Diaria da gesso (S)

(garanzia operante solo se espressamente richiamata in polizza).

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, Cattolica corrisponde all'assicurato un'indennità pari a quella prevista per la diaria da ricovero per infortunio e malattia fino alla rimozione della gessatura e comunque per un periodo massimo di 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 frattura completa della costola purchè radiologicamente accertate. **Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.**

Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di 20 giorni, per le altre fratture la durata forfetaria è pari a 40 giorni.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.

Art. 40 - Franchigia sulla diaria da gesso

Per gli infortuni avvenuti durante lo svolgimento delle attività sportive regolamentate all'art. 4 "Rischi sportivi (escluso volo)" lettera a) la condizione aggiuntiva diaria per gessatura è operante con l'applicazione di una **franchigia fissa di 7 giorni**.



RIMBORSO SPESE MEDICHE

Garanzia base

Art. 41 - Rimborso spese di cura

In caso di infortunio indennizzabile, Cattolica assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a) Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei 90 giorni precedenti al ricovero o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 10% della somma assicurata;

- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

Se l'assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, **Cattolica corrisponde una diaria sostitutiva di euro 25,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 30 giorni per anno assicurativo.**

b) Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali **(escluse le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi all'infortunio.**

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari al 10% della spesa documentata e con il minimo di euro 50,00 per ogni sinistro relativo a ciascun assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 30% della somma assicurata.

c) Cure e protesi dentarie da infortunio

- cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
- protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 20% della somma assicurata.

d) Apparecchi protesici, ortopedici, carrozzelle

- acquisto di apparecchi protesici ed ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, nonché acquisto o noleggio di carrozzelle ortopediche resisi necessari a seguito di infortunio.

Per gli infortuni avvenuti durante lo svolgimento dell'attività sportive regolamentate all'art. 4 "Rischi sportivi (escluso volo)" lettera a) **la garanzia rimborso spese di cura è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata limitatamente alle seguenti prestazioni:**

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

Garanzia aggiuntiva

Art. 42 - Rimborso spese accessorie

(garanzia operante solo se espressamente richiamata in polizza).

Cattolica rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di montature e lenti, comprese quelle a contatto, rese necessarie da danno oculare che sia conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio, purchè prescritto dal medico curante, fino alla concorrenza del massimale annuo di euro 1.000,00 e **con limite di euro 130,00 per ciascun sinistro, purchè la spesa relativa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio.**

Cattolica rimborsa inoltre, entro il limite del massimale sopra indicato, le spese sostenute per la sostituzione di lenti e montature, protesi dentarie e/o oculistiche, apparecchi odontotecnici e protesi acustiche, rotti in seguito ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, **purchè la relativa spesa venga sostenuta entro un anno dal giorno dell'infortunio**; relativamente alle protesi dentarie il rimborso avviene fino alla concorrenza del massimale di euro 1.000,00 per anno e per sinistro e **con il limite di euro 260,00 per dente.**

Cattolica provvede al rimborso di tali spese su prenotazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, e simili).



PRESTAZIONI SPECIALI

Art. 43 - Recupero spese scolastiche

(garanzia operante solo se espressamente richiamata in polizza).

Si conviene che nel caso di ricovero subito dall'assicurato durante il periodo scolastico, per gli assicurati frequentanti scuole di istruzione elementare, media inferiore e media superiore, viene corrisposta una indennità pari a euro 25,00 per ogni giorno di ricovero a titolo di rimborso spese per recupero scolastico.

La durata massima è pari a quella prevista per la garanzia di cui all'art. 35 "Diaria da ricovero per infortunio o malattia".

Cattolica provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Art. 44 - Collaboratrice familiare

(garanzia operante solo se espressamente richiamata in polizza).

In caso di ricovero dell'assicurato di durata superiore a 5 giorni, avvenuto in istituto di cura in conseguenza di infortunio, malattia, o aborto post traumatico, Cattolica corrisponde un'indennità pari a euro 25,00 per ogni giorno di ricovero a titolo di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni di una collaboratrice familiare. **La garanzia è prestata per un periodo pari a quello del ricovero e con limite di 30 giorni per evento e per anno assicurativo.**

Cattolica provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

ASSISTENZA

Garanzia base

Art. 45 - Oggetto della garanzia

Con la garanzia assistenza, Cattolica assicura, tramite l'intervento della centrale operativa, le prestazioni di servizi di assistenza indicate negli articoli seguenti.

Qualora l'assicurato non fruisca di una o più delle prestazioni, Cattolica non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 46 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 47 - Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della centrale operativa che valuteranno quale sia la prestazione da effettuare in suo favore.

Art. 48 - Consulenza pediatrica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della centrale operativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 49 - Invio di un medico generico in Italia

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato, trovandosi in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 dei giorni feriali o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la centrale operativa provvederà a inviare, a spese di Cattolica, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la centrale operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 50 - Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, dopo il primo soccorso, la centrale operativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo Cattolica a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

Art. 51 - Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della centrale operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto alla sua residenza o in ospedale attrezzato in Italia, la centrale operativa provvederà a effettuare il trasporto con quello tra i mezzi qui di seguito elencati che sia più idoneo alle condizioni del paziente:

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa ed effettuato a spese di Cattolica, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

La centrale operativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di Cattolica, ha il diritto di richiedere all'assicurato stessa, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.



Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici curanti possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione inoltre non è dovuta qualora l'assicurato o i familiari della stessa addivengano a dimissioni volontarie e contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'assicurato è ricoverato.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.

Art. 52 - Viaggio di un familiare

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato necessiti di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la centrale operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato. Cattolica terrà a proprio carico il relativo costo.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.

Art. 53 - Rientro con un familiare

Qualora in caso di rientro sanitario dell'assicurato in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario", i medici della centrale operativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la centrale operativa provvederà a far rientrare l'assicurato accompagnata da un familiare, utilizzando lo stesso mezzo, fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza.

I relativi costi sono a carico di Cattolica fino alla concorrenza massima di euro 200,00.

Qualora la centrale operativa abbia provveduto al rientro del familiare assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Art. 54 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obbiettive accertate dai medici della centrale operativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, provvederà :

- ad individuare e a prenotare, tenuto conto della disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato;
 - ad organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno, prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- La centrale operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei paesi europei.
- assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della centrale operativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assicurato, nonché le terapie riabilitative.

La compagnia terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimale di euro 1.300,00 per sinistro.

Art. 55 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, in conseguenza della prestazione "Trasferimento in un centro attrezzato"

che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la centrale operativa provvederà al suo rientro con il mezzo tra quelli qui di seguito elencati, che sia più idoneo alle condizioni dell'assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa ed effettuato a spese di Cattolica, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

L'assicurato deve comunicare alla centrale operativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la centrale operativa possa prendere i necessari contatti.

Art. 56 - Prolungamento del soggiorno

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato in viaggio, su prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro al domicilio nella data prestabilita, la centrale operativa provvederà a prenotare un albergo per l'assicurato, tenendo Cattolica a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **per un massimo di 3 giorni successivi alla data stabilita per il rientro fino a un importo massimo complessivo di euro 150,00 per sinistro.**

L'assicurato al suo rientro dovrà presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 Km dal comune di residenza dell'assicurato.

Art. 57 - Invio di medicinali urgenti

Qualora a seguito di infortunio l'assicurato necessiti urgentemente per le cure del caso, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate in Italia ma irreperibili sul posto, la centrale operativa provvederà a inviarle con il mezzo più rapido tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

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

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.

Art. 58 - Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa procurerà direttamente all'assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone Cattolica **l'onorario fino a un massimo di euro 50,00 al giorno per un massimo di 5 giorni per sinistro.**

Art. 59 - Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo

Qualora l'assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio necessiti di un fisioterapista al domicilio, la centrale operativa provvederà a inviare al suo domicilio un fisioterapista.

Cattolica terrà a proprio carico il costo fino a un massimo di euro 250,00 per sinistro.

Art. 60 - Baby sitter

Qualora l'assicurato di età non superiore ai 15 anni, a seguito di infortunio sia stata ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido, la centrale operativa segnalerà il nominativo di una baby sitter nella zona in cui si trova l'assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, **tenendo la Compagnia a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di euro 250,00 per sinistro.**

Art. 61 - Informazioni sanitarie

(in funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00 esclusi i festivi infrasettimanali).
Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato



potrà ottenerle telefonando alla centrale operativa e potrà accedere alla banca dati che fornirà informazioni su:

- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.);
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso;
- medici specialisti.

Art. 62 - Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici

Qualora l'assicurato debba sottoporsi, in seguito a infortunio, a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi ematochimiche, la centrale operativa, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico e la visita presso lo specialista e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'assicurato.

Art. 63 - Anticipo spese mediche

Qualora l'assicurato debba sostenere delle spese mediche impreviste e non le sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la centrale operativa anticiperà, per conto dell'assicurato, le fatture a esse relative **fino a un importo massimo di euro 150,00 per sinistro.**

Tuttavia, se l'ammontare delle fatture supera l'importo di euro 150,00, la prestazione verrà erogata dopo che siano date alla centrale operativa garanzie di restituzione delle somme stesse. L'importo delle fatture pagate dalla centrale operativa non potrà mai comunque superare la somma di euro 2.600,00.

La prestazione viene fornita a condizione che l'assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta la violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'assicurato.

L'assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire oltre alla somma anticipata l'ammontare degli interessi al tasso bancario corrente.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato.

Art. 64 - Esclusioni

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;
- dolo dell'assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche,

- motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
 - l'espianto e/o il trapianto di organi.

Art. 65 - Prescrizione

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti a un termine di prescrizione annuale che decorre dal momento in cui tali diritti possono essere fatti valere ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile.

Art. 66 - Disciplina delle prestazioni

In ogni caso l'intervento dovrà essere richiesto alla centrale operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Tutte le prestazioni non possono essere fornite più di tre volte entro ciascuna annualità assicurativa.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi 60 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Art. 67 - Obblighi a carico dell'assicurato

I genitori esercenti la potestà o l'assicurato s'impegnano a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla centrale operativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La centrale operativa potrà richiedere all'assicurato (e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente) ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

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

Art. 68 - Come si richiede assistenza

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla centrale operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 233412

oppure al numero di Milano: 02 58308315

Se impossibilitato a telefonare, l'assicurato può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A.
Piazza Trento, 8
20135 MILANO

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1. il tipo di assistenza di cui necessita;**
- 2. nome e cognome;**
- 3. numero di polizza preceduto dalla sigla CAGI;**
- 4. indirizzo del luogo in cui si trova;**
- 5. il recapito telefonico dove la centrale operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.**

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della centrale operativa.



TABELLA N. 1

INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
un occhio	25%	
ambidue gli occhi	100%	
perdita anatomica di un rene	15%	
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
sordità completa di un orecchio	10%	
sordità completa di ambedue le orecchie	40%	
perdita totale della voce	30%	
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
una vertebra cervicale	12%	
una vertebra dorsale	5%	
dodicesima dorsale	10%	
una vertebra lombare	10%	
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%	
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Anchilosi:		
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%	
Paralisi completa:		
del nervo radiale	35%	30%
del nervo ulnare	20%	17%

dello sciatico popliteo esterno	15%
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:	
sopra la metà della coscia	70%
sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%
Amputazione o perdita funzionale di:	
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
una falange dell'alluce	2,5%
ernie addominali da sforzo non operabile	max 10%

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



CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Codice	Descrizione	Classe
154	STUDENTE	A
295	PROFESSIONI IN CLASSE A	RD
296	PROFESSIONI IN CLASSE B	RD
297	PROFESSIONI IN CLASSE C	RD
298	PROFESSIONI IN CLASSE D	RD

RIFERIMENTI DEL CODICE CIVILE

Art. 1892 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se lo avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 cod. civ. - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazioni da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1897 cod. civ. - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 cod. civ. - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta,



tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 cod. civ. - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave (c. 1917).

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere (c. 2048, 2049; nav. 524).

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana (cost. 2) o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore (c. 1914 terzo comma; nav. 522 secondo comma).

Art. 1901 cod. civ. - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 cod. civ. - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purchè le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 cod. civ. - Terremoto, guerra, insurrezioni, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 cod. civ. - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro 24 ore.

Art. 1916 cod. civ. - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 cod. civ. - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno e quelli derivanti dal contratto di riassicurazione in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finchè il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento delle indennità.

