

Generali Italia S.p.A.

GENERALI SEI IN SICUREZZA IN CIRCOLAZIONE

Mod. SC01/05

Contraente

Polizza N.



Pagina lasciata intenzionalmente in bianco

PARTE COMUNE

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE

Assicurato	La persona per la quale è prestata l'assicurazione.
Atto terroristico	Un atto (incluso anche l'uso o la minaccia dell'uso della forza o della violenza) compiuto da qualsiasi persona o gruppo di persone che agiscano da sole o per conto o in collegamento con qualsiasi organizzazione, per scopi politici, religiosi, ideologici o simili, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo o di impaurire la popolazione o una sua parte.
Beneficiario	La persona fisica o giuridica alla quale la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio mortale dell'Assicurato.
Contraente	La persona fisica o giuridica con la quale è stipulato il contratto.
Day hospital	La degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, in misura parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie occupazioni professionali.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'inabilità permanente o un'inabilità temporanea.
Invalità permanente	La perdita permanente, definitiva ed irrimediabile, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	Ogni ospedale, clinica o casa di cura (convenzionata o privata) in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, al ricovero ed eventualmente all'assistenza sanitaria in regime di degenza diurna. <i>Sono comunque esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno.</i>
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Ricovero	La degenza in istituto di cura comportante almeno un pernottamento.
Rischio	La probabilità del verificarsi del sinistro.
Sinistro	L'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.
Società	Generali Italia S.p.A.

2. NORME GENERALI

Art. 2.1 - Dichiarazioni del Contraente e/o Assicurato – Forma delle comunicazioni

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

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

Tutte le comunicazioni alle quali è tenuto il Contraente e/o l'Assicurato nel corso del contratto devono essere fatte con lettera raccomandata.

Art. 2.2 - Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento ferme restando le scadenze stabilite nel contratto.

I premi devono essere pagati all'Agenzia di riferimento oppure alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Art. 2.3 - Assicurazione presso diversi assicuratori

L'Assicurato deve dare avviso alla Società della stipulazione o dell'esistenza per il medesimo rischio di altre assicurazioni presso la Società stessa o altri assicuratori.

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

Tuttavia, il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia preventiva di tali coperture assicurative che avesse in corso nei seguenti casi:

- quando l'ammontare complessivo delle somme assicurate per le garanzie "morte" e/o "invalidità permanente" non sia superiore a euro 150.000,00;
- quando ne risulti automaticamente titolare in qualità di intestatario di carte di credito o di conti correnti bancari.

In entrambi i casi deve, tuttavia, dare comunicazione della loro esistenza al momento della denuncia del sinistro.

Art. 2.4 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione dandone preavviso all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso esercitato dal Contraente ha efficacia dalla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato dalla Società ha efficacia dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione stessa.

In tutti i casi, entro il quindicesimo giorno successivo alla data di efficacia del recesso, la Società rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle Parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 2.5 - Anticipata risoluzione

Nei casi di anticipata risoluzione del contratto prevista dagli artt. 2.1 "Dichiarazioni del Contraente - Forma delle comunicazioni" e 2.8 "Persone non assicurabili", nonché per esclusione di singoli Assicurati non seguita da sostituzione, spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 2.6 - Proroga dell'assicurazione - Periodo di assicurazione - Mezzi di pagamento del premio

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per una durata pari ad un anno e così successivamente.

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

Il versamento del premio può avvenire, nei limiti previsti dalla normativa vigente, con le seguenti modalità:

- in denaro contante se il premio annuo non è superiore a euro 750,00;
- tramite POS o, ove disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico;
- per mezzo di bollettino di conto corrente postale intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, su conto corrente postale dedicato (*);
- con assegno circolare con clausola di intrasferibilità intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- con assegno bancario (**) o postale (**) intestato alla Società o all'intermediario, espressamente in tale qualità, con clausola di intrasferibilità;
- per mezzo di bonifico bancario su conto corrente intestato alla Società o su conto dedicato (*) dell'intermediario;
- per mezzo di autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); in questo caso il premio si intende pagato, *salvo il buon fine degli addebiti stessi*, nel giorno di sottoscrizione del mandato SEPA, quanto alla prima rata di premio; alle scadenze prefissate in polizza per le rate successive;
- fermo quanto disposto dal punto precedente, se il premio viene corrisposto mediante procedura Sepa Direct Debit (SDD) con frazionamento del premio annuale in più rate, in caso di mancato pagamento anche di una singola rata, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza relativa alla rata scaduta.

In caso di sospensione la copertura produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia tutte le rate scadute e non pagate, nonché la parte del premio residuo a completamento dell'annualità.

In caso di modifica del rapporto di conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione alla Società;

- altre modalità offerte dal servizio bancario e postale.

Nel caso di pagamento tramite bollettino di conto corrente postale la data di versamento del premio e, conseguentemente, quello di decorrenza della garanzia coincide con la data apposta dall'ufficio postale.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo POS o bonifico bancario, la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società o sul conto assicurativo dedicato dell'intermediario nei casi previsti.

(*) *si tratta del conto separato, previsto ai sensi dell'art. 117 "Separazione patrimoniale" del D.Lgs. 209/2005 – Codice delle Assicurazioni, nonché ai sensi dell'articolo 54 "Obbligo di separazione patrimoniale" del Regolamento ISVAP 5/2006, che l'intermediario intrattiene per la raccolta dei premi assicurativi.*

(**) *in relazione agli assegni bancari e/o postali, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede, è facoltà dell'intermediario richiedere il pagamento del premio anche tramite altra modalità tra quelle previste.*

Art. 2.7 - Oneri

Tutti gli oneri, presenti e futuri, relativi al premio, agli indennizzi, alla polizza ed agli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 2.8 - Persone non assicurabili

Premesso che, qualora la Società fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, diabete in terapia con insulina, sieropositività HIV, AIDS, epilessia o da una delle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive, non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applicano le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Art. 2.9 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 del Codice Civile verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

Art. 2.10 - Adeguamento delle somme assicurate e del premio

Ad ogni scadenza annuale, le somme assicurate ed il premio sono soggetti ad adeguamento in misura costante pari al 3% degli importi inizialmente stabiliti.

A tale adeguamento non sono soggetti:

- nell'ambito della SEZIONE INFORTUNI i valori indicati nell'art. 3.3 "Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo".
- somme assicurate, valori e premio della sezione TUTELA GIUDIZIARIA.
- valori e premio della SEZIONE ASSISTENZA.

Art. 2.11 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 2.12 - Obblighi del Contraente – Accesso degli Assicurati alle posizioni assicurative sottoscritte

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

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

Art. 2.13 - Foro competente

Per le controversie relative al contratto il Foro competente, è esclusivamente quello della sede o del luogo di residenza o di domicilio del Contraente, dell'Assicurato, del Beneficiario o dei loro aventi diritto. Per le controversie relative al contratto, l'esercizio dell'azione giudiziale è subordinato al preventivo esperimento del procedimento di mediazione mediante deposito di un'istanza presso un organismo di mediazione nel luogo del giudice territorialmente competente di cui al I comma (artt. 4 e 5 D.Lgs. 4.3.2010 n. 28 così come modificato dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98).

SEZIONE INFORTUNI

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

CIRCOLAZIONE STRADALE

Art. 1.1 - Ambito di operatività

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante l'uso e la guida di qualsiasi veicolo nonché di qualsiasi natante a motore. L'assicurazione vale altresì per gli infortuni subiti in conseguenza di investimenti provocati da qualsiasi veicolo, nei quali l'Assicurato sia coinvolto in qualità di pedone.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Sono esclusi gli infortuni derivanti:

- dalla guida di mezzi di trasporto pubblici;
- dall'uso e dalla guida di autocarri ed autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e di cose aventi massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5 t., di mezzi aerei e di mezzi subacquei.

L'assicurazione non è operante se l'Assicurato alla guida dell'autoveicolo privato svolge l'attività professionale di autista o rappresentante di commercio.

2. PRECISAZIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Precisazioni sull'"ambito di operatività"

Nell'ambito di operatività indicato in polizza, sono compresi in garanzia tutti gli eventi, non espressamente esclusi, aventi le caratteristiche richieste dalla definizione di infortunio.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione:

- a) le conseguenze dei colpi di sole, di calore e di freddo e le folgorazioni;
- b) l'assideramento e il congelamento;
- c) le conseguenze di ingestione o assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita, *restando comunque escluso quanto previsto dal successivo art. 2.3 "Esclusioni" lett. a)*;
- d) l'asfissia per fuga di gas o vapori;
- e) l'annegamento;
- f) le conseguenze delle infezioni dovute ad infortunio indennizzabile a termini di polizza, *escluse in ogni caso le malattie*, nonché degli avvelenamenti causati da morsi di animali e punture di insetti, *esclusa comunque la malaria*;
- g) le conseguenze fisiche di operazioni chirurgiche o di trattamenti resi necessari da infortuni indennizzabili a termini di polizza;

Sono altresì compresi dalla presente assicurazione:

colpa grave – gli infortuni sofferti in conseguenza di imperizie, imprudenze e negligenze gravi dell'Assicurato (a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile);

tumulti popolari - le lesioni corporali derivanti da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva (a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile);

eventi speciali - a parziale deroga del successivo art. 2.3 "Esclusioni" lett. l), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni a condizione che l'Assicurato sia rimasto vittima di tali eventi al di fuori del comune di residenza.

stato di guerra e di insurrezione - a parziale deroga del successivo art. 2.3 "Esclusioni" lett. f), la garanzia si intende estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) e di insurrezione per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio

degli eventi bellici mentre si trova al di fuori del territorio della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

La presente estensione di garanzia non opera per coloro che svolgono servizio militare.

Art. 2.2 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni causati da ebbrezza se alla guida di mezzi di locomozione, da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene. Per ebbrezza si fa riferimento a quanto previsto dal "Codice della Strada" vigente al momento del sinistro;*
- b) gli infortuni causati dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato, (compiuti i 18 anni), non è abilitato a norma delle vigenti disposizioni; sono tuttavia compresi in garanzia gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se in possesso di patente scaduta, a condizione che lo stesso rinnovi il documento entro 6 mesi; l'assicurazione è altresì operante se il mancato rinnovo è conseguenza esclusiva e diretta dei postumi del sinistro stesso;*
- c) gli infortuni causati dall'uso di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc.), nonché di mezzi subacquei;*
- d) gli infortuni derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;*
- e) gli infortuni sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;*
- f) gli infortuni causati da guerra ed insurrezione, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1. "Precisazioni sull'ambito di operatività - stato di guerra e di insurrezione";*
- g) gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- h) le conseguenze dirette o indirette di contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico o guerra;*
- i) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- j) gli infortuni derivanti dalla partecipazione da corse e gare (e relative prove ed allenamenti) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, salvo che si tratti di gare di regolarità pura;*
- k) l'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti adibiti agli sport motoristici;*
- l) gli infortuni causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, salvo quanto previsto dal precedente art. 2.1. "Precisazioni sull'ambito di operatività – eventi speciali".*

3. GARANZIE PRESTATE

Art. 3.1 - Invalidità Permanente: l'accertamento del grado

In caso di invalidità permanente a seguito di infortunio, verificatasi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida un indennizzo, calcolandolo sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in relazione al grado di invalidità accertato secondo la tabella di cui al successivo articolo.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di limitazione della funzionalità, le percentuali di cui al successivo articolo vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

In caso di asportazione parziale di una falange terminale delle dita, la Società riconoscerà una percentuale di invalidità pari al 50% di quella attribuita alla falange stessa in caso di asportazione totale.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui al successivo articolo, la valutazione dell'invalidità permanente è effettuata tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della

complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Il deficit visivo va valutato quale risulta con correzione tollerata. Qualora permanga un residuo deficit visivo verrà corrisposta una maggiorazione di 3 punti percentuali per l'uso di occhiali o di lenti a contatto a permanenza.

Art. 3.2 - Invalidità Permanente: tabella di determinazione

L'accertamento del grado di invalidità permanente avverrà in base alle seguenti percentuali:

	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• 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%
• la falange ungueale del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi:		
• della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
• del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
• del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa:		
• del nervo radiale	35%	30%
• del nervo ulnare	20%	17%
Perdita totale, anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
• al di sopra della metà della coscia	70%	
• al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
• al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio della gamba	50%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un piede	40%	
• ambedue i piedi	100%	
• un alluce	5%	
• un altro dito del piede	1%	
• la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchilosi:		

• dell'anca in posizione favorevole	35%
• del ginocchio in estensione	25%
• della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
• della tibio-tarsica con anchilosi della sottoastragala	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa:	
• di un orecchio	10%
• di entrambi gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12a 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%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art. 3.3 - Invalidità Permanente: la determinazione dell'indennizzo

L'indennizzo spettante per invalidità permanente si determina applicando alla somma assicurata per invalidità permanente totale indicata in polizza la percentuale corrispondente al grado di invalidità, accertato secondo i criteri di cui ai precedenti artt. 3.1 e 3.2, con le seguenti modalità per scaglione di somma assicurata:

- *fino a euro 250.000,00, si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 3 punti;*
- *sulla parte eccedente euro 250.000,00 si applica la percentuale di invalidità accertata, dedotti 10 punti.*

In caso di perdita anatomica totale o parziale e non di semplice riduzione funzionale di un organo o un arto, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia sulla parte di somma assicurata fino a euro 250.000,00.

Inoltre, in tutti i casi in cui l'invalidità permanente sia di grado superiore al 15% della totale, la Società liquida

l'indennizzo senza deduzione di alcuna franchigia.

Art. 3.4 - Morte

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte e questa si verifichi anche successivamente alla scadenza della polizza, la Società liquida la somma assicurata per il caso di morte in parti uguali agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato o, in alternativa, ai beneficiari appositamente designati.

Gli indennizzi per morte e invalidità permanente non sono cumulabili; tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente in conseguenza dell'infortunio l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia o non venga ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma prevista per il caso di morte.

La liquidazione, sempre che non siano nel frattempo emersi elementi tali da rendere il danno non indennizzabile, non avverrà prima che siano trascorsi 180 giorni dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta proposta a termini degli artt. 60 e 62 Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

A restituzione avvenuta dell'intera somma liquidata, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Indennità aggiuntiva per commorienza dei genitori

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento consegua la morte di entrambi i genitori assicurati per la presente garanzia Morte, la Società corrisponde ai loro figli minorenni conviventi ed a quelli, anche maggiorenni, portatori di handicap, l'indennizzo spettante a ciascuno di essi per la morte dei genitori, **in misura aumentata del 50%**.

Nel caso risulti assicurato per la presente garanzia Morte un solo genitore, l'indennizzo spettante viene corrisposto **in misura aumentata del 25%**.

Conversione in rendita

Al momento della liquidazione del capitale spettante per la prestazione Morte, la Società riconosce ai beneficiari una **maggiorazione del 20%** dell'indennizzo loro spettante, a condizione che il capitale sia investito quale premio per la stipula di un contratto di assicurazione in forma di rendita vitalizia immediata con la Società stessa alle condizioni in vigore al momento della richiesta.

Art. 3.5 - Indennità giornaliera da ricovero e da convalescenza

Se in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato viene ricoverato in istituto di cura, la Società liquida l'indennità assicurata in polizza per ogni giorno di ricovero, *per un periodo massimo di 360 giorni - anche non consecutivi - da quello dell'infortunio.*

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

In caso di day hospital, la Società liquida una speciale indennità pari al 50% dell'indennità prevista per il ricovero in istituto di cura.

In caso di ricovero superiore a 7 giorni, a seguito del quale all'Assicurato venga prescritta dai medici che lo hanno in cura una certificazione medica per un periodo di convalescenza domiciliare, la Società liquida anche in relazione a detto periodo l'indennità giornaliera assicurata in polizza, *per una durata massima pari ai giorni di degenza, con il limite di 30 giorni.*

Art. 3.6 - Rimborso spese sanitarie

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società rimborsa fino a concorrenza della somma assicurata in polizza per la garanzia "Rimborso spese sanitarie" le seguenti spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio:

a) durante il ricovero per:

- onorari dei chirurghi e dell'équipe operatoria;
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi terapeutici ed endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
- quote di partecipazione al S.S.N. (ticket) relative alle prestazioni precedenti;
- il trasporto dell'Assicurato in istituto di cura ed il ritorno a casa, effettuati con qualunque mezzo.

In caso di **ricovero in ospedale pubblico** che comporti almeno due pernottamenti, per il quale l'Assicurato non abbia sostenuto alcuna spesa, viene corrisposta un'indennità sostitutiva di euro 30,00 per ogni giorno di ricovero, con il massimo di 90 giorni per anno assicurativo.

Il giorno di dimissione non è indennizzabile.

Tale indennità sostitutiva è cumulabile con l' "Indennità giornaliera da ricovero".

b) dopo il ricovero, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;*
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 180 giorni successivi alla data di dimissione del primo ricovero, *fino ad un limite del 30% della somma assicurata col massimo di euro 3.500,00.*

c) in assenza di ricovero, purché prescritti dal medico curante, per:

- esami ed accertamenti diagnostici, acquisto medicinali, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali avvenute nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio; in relazione alle prestazioni odontoiatriche, *restano comunque escluse le spese sostenute per protesi dentarie;*
- trattamenti fisioterapici e rieducativi compiuti nei 120 giorni successivi alla data dell'infortunio, *fino ad un limite del 20% della somma assicurata col massimo di euro 2.500,00*

In assenza di ricovero la garanzia è operante con applicazione di una franchigia di euro 100,00.

Inoltre, sono comprese le spese sostenute in diretta conseguenza dell'infortunio, per:

- d) primo acquisto di protesi ortopedica, anche sostitutiva di parte anatomica, resa necessaria dall'infortunio nonché per l'acquisto o il noleggio (*per il periodo massimo di 1 anno*) di carrozzelle ortopediche;
- e) cure ed applicazioni (inclusi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva, *ferma l'esclusione delle protesi dentarie*) effettuate entro 2 anni dall'infortunio, allo scopo di ridurre o eliminare le conseguenze di danni estetici provocati dall'infortunio stesso.

Per tutti i casi sopraindicati il rimborso viene effettuato previa presentazione di regolare documentazione giustificativa di spesa in originale e a cure ultimate.

Indennità aggiuntiva speciale per degenze prolungate

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per il quale l'Assicurato subisca un ricovero, la Società liquida una delle seguenti indennità calcolate sulla somma assicurata per Invalidità Permanente:

- 1%, in caso di ricovero superiore a 14 giorni consecutivi;
- 2%, in caso di ricovero superiore a 21 giorni consecutivi;
- 3%, in caso di ricovero superiore a 30 giorni consecutivi.

Il giorno di dimissione non viene considerato.

L'importo liquidato non potrà superare la somma di euro 10.000,00.

La garanzia non vale comunque in caso di ricoveri in regime di day hospital.

Art. 3.7 - Indennità aggiuntiva per la costituzione di una rendita vitalizia per invalidità grave

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado non inferiore al 66%, la Società corrisponderà all'Assicurato, oltre a quant'altro dovuto ai sensi della polizza suindicata, la somma necessaria per la stipula di un contratto di assicurazione sulla vita in forma di rendita vitalizia immediata con la Società alle condizioni in vigore al momento della richiesta. Detta somma sarà pari al premio necessario per avere diritto ad una rendita il cui importo iniziale annuo risulti uguale a quanto indicato in polizza.

Art. 3.8 - Riservato ai contraenti di polizze incendio Generali

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alle proprie occupazioni dichiarate, la Società, oltre a liquidare quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato un'indennità aggiuntiva pari all'ammontare complessivo delle rate dell'eventuale mutuo o finanziamento dallo stesso sottoscritto per l'acquisto dell'abitazione di residenza, in scadenza nei 60 (sessanta) mesi successivi alla data dell'infortunio.

L'indennità aggiuntiva opera:

- a condizione che l'abitazione o il relativo contenuto risultino assicurati contro il rischio "incendio" con una polizza stipulata dall'Assicurato stesso con la Società anteriormente alla data dell'infortunio;
- con il massimo di euro 50.000,00 per infortunio.

Verificatosi l'evento, l'assicurazione infortuni cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 3.9 - Indennità speciale "Salvaguardia piani di investimento"

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato risulti totalmente incapace in via definitiva ad attendere alle proprie occupazioni dichiarate, la Società, oltre a liquidare quant'altro dovuto a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato una indennità al fine di agevolare la prosecuzione delle polizze di assicurazione sulla Vita a premio annuo o unico ricorrente e dei piani individuali di previdenza (P.I.P.) stipulati dall'Assicurato anteriormente alla data dell'evento con la Società.

Tale indennità verrà utilizzata per stipulare con la Società un contratto di assicurazione sulla vita a premio unico scelto dall'Assicurato tra quelli disponibili al momento della sottoscrizione della polizza vita stessa.

L'ammontare complessivo dell'indennità sarà pari alla somma delle seguenti voci:

- dell'ammontare dell'ultima rata di premio versata nelle polizze vita in corso moltiplicato per il numero delle rate di premio mancanti al completamento del piano di versamento dei premi;
- dell'ammontare dei premi versati (esclusi i trasferimenti) nel piano individuale di previdenza (P.I.P.) nei 12 (dodici) mesi antecedenti la data dell'infortunio stesso moltiplicato per 5 (cinque).

Pertanto, dopo gli accertamenti del caso, la Società liquida all'Assicurato l'importo sopra definito finalizzato alla stipulazione del nuovo contratto di assicurazione sulla vita, con il massimo comunque di euro 80.000,00.

Verificatosi l'evento, l'assicurazione infortuni cessa nei confronti dell'Assicurato.

Art. 3.10 - "Bonus fedeltà" in assenza di sinistri

Alla fine della quinta e dell'ottava annualità assicurativa, la somma assicurata per invalidità permanente da infortunio a favore di ciascun assicurato verrà aumentata, senza sovrappremio, di un importo pari al 5% del capitale inizialmente assicurato per tale garanzia al momento della sottoscrizione del contratto a condizione che a tali scadenze non risulti denunciato in polizza alcun sinistro.

4. CONDIZIONI PARTICOLARI

Non previste per la presente polizza.

5. NORME OPERANTI IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 - Denuncia dell'infortunio

La denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento e delle cause che lo determinarono, corredata da certificato medico, deve essere fatta per iscritto dall'Assicurato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza o possibilità ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici, sino a guarigione avvenuta.

L'Assicurato, i suoi familiari od aventi diritto, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

Qualora l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Società.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità

La Società liquida l'indennizzo convenuto soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, che risulti indennizzabile a termini di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art. 5.3 - Anticipo indennizzi

La Società, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo dell'indennizzo relativo alle garanzie operanti, da imputarsi nella liquidazione definitiva delle stesse, nei seguenti casi:

- per invalidità permanente, qualora l'accertamento definitivo sia rinviato per accordo delle Parti ad oltre un anno dal giorno dell'infortunio, a condizione che non sorgano contestazioni sull'indennizzabilità dell'infortunio, fino al 50% del presumibile indennizzo definitivo, con il massimo di euro 50.000,00;
- per il rimborso delle spese sanitarie qualora l'Assicurato abbia sostenuto delle spese per un importo non inferiore a euro 2.000,00, *previa presentazione dei documenti giustificativi*. L'anticipo viene corrisposto nei limiti previsti per la garanzia "Rimborso spese sanitarie", salvo conguaglio a cura ultimata;
- per ricovero, *su presentazione dei documenti che attestino e giustifichino il ricovero stesso*, fermi i limiti previsti per la garanzia "Indennità giornaliera da ricovero". In caso di prolungarsi della degenza la richiesta dell'anticipo può essere presentata con cadenza mensile.

Art. 5.4 - Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sulla natura o sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o, se assicurata la prestazione, sul grado e durata dell'inabilità temporanea nonché sulla applicazione dei criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.2, le Parti hanno facoltà di conferire per iscritto mandato di decidere a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo dalle Parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato nel verbale definitivo.

È data facoltà al collegio di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da fissarsi dal collegio stesso; in tal caso il collegio può disporre la concessione di un anticipo secondo quanto stabilito dal precedente art. 5.3 "Anticipo indennizzi".

Art. 5.5 - Liquidazione

Ricevuta la documentazione attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennizzo che risulta dovuto, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento.

SEZIONE ASSISTENZA

1. DEFINIZIONI SPECIFICHE

Struttura Organizzativa La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – con sede in Milano, P.zza Trento, n. 8 – Codice Fiscale 80039790151, Partita IVA 00776030157 iscritta al Registro delle Imprese di Milano Rea 754519 ed alla Sezione I dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108, Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto di Generali Italia S.p.A. al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza entro i diversi limiti previsti dal contratto e con costi a carico della Società.

Prestazioni Le assistenze prestate agli Assicurati. Tali prestazioni sono fornite utilizzando la Struttura Organizzativa che agisce in nome e per conto della Società.

Sinistro Il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.

2. PRESTAZIONI

Verrà prestata assistenza all'Assicurato, nei modi ed entro i limiti sottoindicati, nel caso in cui questi si trovi in difficoltà a seguito di un sinistro oggetto di una delle prestazioni di seguito indicate.

Art. 2.1 - Guida Sanitaria on-line

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario Pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà tutte le informazioni richieste relativamente a:

- 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;
- farmaci.

Art. 2.2 - Consulenza medica generica on line (7 giorni su 7 – h 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un consulto medico telefonico può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 2.3 - Invio di un medico generico al domicilio

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20.00 alle ore 8.00 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati, sostenendone le spese.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 2.4 - Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura – centri diagnostici - laboratori di analisi

(Prestazioni operanti dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio necessiti di ricovero, debba sottoporsi ad un intervento chirurgico, oppure debba effettuare accertamenti diagnostici o esami di laboratorio, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico o il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso.

Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

Art. 2.5 - Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti, a seguito di infortunio e come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio o dal luogo in cui si trovi per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa prescrizione provvederà alla consegna di quanto indicato dal medico curante.

Non è compreso in garanzia il costo dei medicinali e degli articoli sanitari.

Art. 2.6 - Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero superiore a 5 giorni per infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso di 2 ore ad intervento e per un massimo di 3 invii per ogni periodo post-ricovero.

Non è compreso in garanzia il costo dei beni acquistati che dovrà essere anticipato all'incaricato.

Art. 2.7 - Trasporto in autoambulanza dal domicilio

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio – accertato dalla Struttura Organizzativa – necessiti di un trasporto con autoambulanza all'istituto di cura più vicino, questa verrà inviata sostenendone le spese. Nel caso in cui l'intervento, in base alle vigenti norme di legge, risulti di competenza delle strutture pubbliche di Pronto Intervento, la Struttura Organizzativa provvederà comunque a segnalare a queste ultime il caso al fine di facilitare la richiesta di assistenza.

Art. 2.8 – Trasporto dal Pronto Soccorso

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasporto in autoambulanza successivamente all'accettazione in Pronto Soccorso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarla direttamente sostenendone le spese entro il limite di 300 chilometri di percorso complessivo (andata/ritorno).

Art. 2.9 - Consulenza medica ortopedica on line (7 giorni su 7 – h 24)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un consulto telefonico urgente con uno specialista in ortopedia, e non riesca a reperire il proprio medico specialista, può mettersi in contatto con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 2.10 - 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 Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e l'infermiere inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 2.11 - Invio di un fisioterapista 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 Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, sostenendone l'onorario fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro.

Eventuali eccedenze verranno regolate direttamente tra l'Assicurato e l'infermiere inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni di favore concordate con la Struttura Organizzativa stessa.

Art. 2.12 - Trasferimento in istituto di cura specialistico

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato - accertate mediante contatti tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante - richiedano il trasferimento in un istituto di cura specialistico in quanto non curabili nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, la Struttura Organizzativa provvederà a sue spese:

- ad individuare ed a prenotare l'istituto di cura ritenuto più attrezzato per il trattamento specifico delle lesioni o della patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli previsti alla lett. e) "Rientro sanitario";
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione di cui al presente articolo i trasferimenti per svolgere terapie riabilitative nonché quelli in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. 2.13 - Rientro dall'istituto di cura

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato, dimesso dall'istituto di cura a seguito di ricovero per infortunio, non sia in grado di rientrare al proprio luogo di residenza con il mezzo di trasporto inizialmente previsto, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto, assumendosene le spese, con il mezzo – tra quelli previsti alla lett. e) "Rientro sanitario" - ritenuto più idoneo alle sue condizioni. Se ritenuto necessario il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

Art. 2.14 - Rientro sanitario

(Prestazione valida ad oltre 50 Km dal comune di residenza dell'Assicurato)

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato – accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di comunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e medico curante sul posto - rendano necessario il trasporto in Italia per il ricovero in istituto di cura o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto assumendosene le spese con il mezzo ritenuto più idoneo tra i

seguenti:

- aereo sanitario (*solo nei paesi europei*);
- aereo di linea, in classe economica ed eventualmente in barella;
- treno, in prima classe ed eventualmente in vagone letto;
- autoambulanza (o imbarcazione trasporto feriti) con chilometraggio illimitato.

Se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa il trasporto include anche l'assistenza medica o paramedica prestata da una persona.

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo il biglietto aereo, ferroviario o di altro mezzo di trasporto, non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio ed i casi in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali od internazionali.

3. NORME COMUNI A TUTTE LE PRESTAZIONI

Art. 3.1 - Attivazione della Struttura Organizzativa

Tutte le prestazioni sono erogabili esclusivamente previa attivazione della Struttura Organizzativa.

Art. 3.2 - Limite per anno assicurativo

Ciascuna prestazione di assistenza non è fornita più di tre volte per annualità assicurativa, fatta eccezione per le prestazioni di cui agli artt. 2.2, 2.4 e 2.9 della presente SEZIONE ASSISTENZA.

Art. 3.3 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Per le prestazioni di assistenza di cui agli artt 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.10, 2.11, 2.12 e 2.13, l'assicurazione vale in Italia, Repubblica di San Marino e Stato Città del Vaticano.

Quando nelle prestazioni si fa riferimento all'Italia, tale riferimento s'intende esteso alla Repubblica di San Marino e allo Stato Città del Vaticano.

Le prestazioni che prevedono un viaggio di rientro sono valide nei soli confronti degli Assicurati con residenza in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano.

Per ciascun periodo di permanenza continuata all'estero nel corso di ciascun anno di validità della garanzia, la copertura ha durata massima di 60 giorni.

Art. 3.4 - Modalità per la richiesta di assistenza

Per beneficiare delle prestazioni di assistenza l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al numero verde 800713782

dall'estero al numero +39 02 58 286 701

Qualora l'Assicurato si trovi nell'impossibilità di telefonare, potrà inviare un telegramma a Europ Assistance Italia S.p.A., Piazza Trento, 8 – 20135 Milano.

I costi relativi alle chiamate telefoniche successive alla prima sono compresi nella prestazione.

L'Assicurato all'atto della richiesta della prestazione dovrà comunicare:

- a) il tipo di assistenza di cui necessita ed il nome dell'eventuale medico curante;*
- b) nome e cognome;*
- c) numero di polizza preceduto dalla sigla GSSC;*
- d) indirizzo del luogo in cui si trova;*
- e) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.*

La Struttura Organizzativa è in funzione:

- 24 ore su 24 per la ricezione delle richieste e per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.2, 2.3, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.14;*
- dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, per l'erogazione delle prestazioni di cui agli artt. 2.1 e 2.4.*

Art. 3.5 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione Assistenza :

- a) gli infortuni e le altre conseguenze causate da ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;*
- b) le conseguenze derivanti da guerra, atto terroristico, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e da tutti quei fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;*
- c) le conseguenze derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato nonché da suicidio o tentato suicidio;*
- d) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
- e) gli infortuni sofferti in conseguenza delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitta, sport aerei in genere, corse e gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale.*

Art. 3.6 - Inesistenza dell'obbligo di fornire prestazioni alternative

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più delle prestazioni previste, non verranno forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 3.7 - Altre assicurazioni Assistenza

Nel caso in cui l'Assicurato, titolare di altra assicurazione Assistenza, si rivolgesse per le medesime prestazioni di cui alla presente copertura ad altra società, le suddette prestazioni saranno operanti, nei limiti ed alle condizioni previste, esclusivamente quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla società assicuratrice che ha erogato la prestazione.

Generali Italia S.p.A - Sede legale: Mogliano Veneto(TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 www.generali.it - Fax: 04142909; email: info.it@generali.com; C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v.. Pec: generalitalia@pec.generaligroup.com. Società iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n.026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.