



SEMPLICE

con Alleanza

**Contratto di assicurazione per la copertura
del bisogno di protezione e cura della persona**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aggiornamento al 29 marzo 2021

Il presente set informativo, contenente:

- a) Documento informativo precontrattuale (DIP)
- b) Documento informativo precontrattuale aggiuntivo (DIP aggiuntivo)
- c) Condizioni di assicurazione comprensive delle Definizioni
- d) Modulo di proposta

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

Un contratto semplice e chiaro:

**Il contratto è redatto secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico
"Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA.**

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano

Tel. +39 02 40824111 - Fax +39 041 3362763

www.alleanza.it

Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano n. 10908160012 - Partita IVA n. 01333550323 - Pec: alleanza@pec.alleanza.it
Società iscritta all'Albo Imprese IVASS n. 1.00178, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



**ALLEANZA
ASSICURAZIONI**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(aggiornamento al 29 marzo 2021)

DEFINIZIONI

Annualità assicurativa

La prima annualità assicurativa coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale.

Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra due consecutive ricorrenze annuali del contratto.

In caso di frazionamento, per ciascuna annualità è previsto il versamento di dodici premi ricorrenti mensili.

Arbitrato

Procedura alternativa al ricorso al giudice civile ordinario che le parti possono attivare per definire o prevenire una controversia.

Articolazioni

Strutture anatomiche che mettono in reciproco contatto due o più ossa.

Si distinguono in grandi articolazioni (ginocchio, anca, gomito, spalla) e piccole articolazioni (polso, mano, piede, vertebre).

Aspettativa

Periodo di tempo, trascorso il quale, la garanzia diviene operante.

Assicurato

Persona fisica residente in Italia, il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione

Contratto con il quale l'assicuratore, a fronte del versamento di un premio, si obbliga a rivalere l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale al verificarsi di un evento attinente alla vita umana (articolo 1882 del Codice Civile).

Atto terroristico

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.

Cartella Clinica

Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente

Persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione, impegnandosi al versamento del relativo premio.

Day Hospital

Degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno, documentata da cartella clinica.

Day Surgery

Intervento chirurgico effettuato in istituto di cura, in regime di degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.

Difetto fisico

Mancanza o imperfezione (genetica e non) non presenti alla nascita, di un organo o di un apparato anche se non note o non diagnosticate alla stipula della polizza.

Disoccupazione

Lo stato dell'Assicurato, il quale sia Lavoratore Dipendente Privato che:

- a) ha cessato la sua normale attività lavorativa e non è impegnato per una durata uguale o superiore alle sedici (16) ore settimanali nello svolgimento di altra attività che genera un reddito o un guadagno;
- b) è iscritto negli elenchi anagrafici con status di disoccupato in Italia, o nelle liste di mobilità regionali e non rifiuta irragionevolmente eventuali offerte di lavoro.

Frattura

Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti.

Immobilizzazione

Immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili, applicati e rimossi da personale medico.

Indennizzo

Somma predeterminata in polizza pagata da Alleanza Assicurazioni in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, l'invalidità permanente o una inabilità temporanea.

Intervento chirurgico

Intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con l'Assistenza Sanitaria Sociale e/o private, regolarmente autorizzate al ricovero dei malati, esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, i Centri Benessere in genere e le Beauty Farm o istituti assimilabili.

Lavoratore autonomo

Per questa polizza, per lavoratore autonomo è qualsiasi lavoratore che svolge un'attività manuale o intellettuale senza alcun rapporto o vincolo di subordinazione.

A puro titolo esemplificativo rientrano nella presente categoria gli artigiani (es. elettricisti, meccanici, parrucchieri, ecc.) i liberi professionisti (es. geometri, veterinari, commercialisti, ecc.), i commercianti, gli agricoltori, ecc.

Rientra nella definizione di lavoratore autonomo anche chi svolge prevalentemente lavori domestici, anche non retribuiti.

Lavoratore dipendente privato

Persona fisica che sia lavoratore dipendente e non rientri nella definizione di Lavoratore Dipendente Pubblico.

Lavoratore dipendente pubblico

Persona fisica che sia lavoratore dipendente presso la Pubblica Amministrazione. Per Pubblica Amministrazione si intendono tutte le amministrazioni dello Stato, compresi gli istituti e le scuole di ogni genere e grado e le istituzioni educative, le aziende ed amministrazioni dello Stato a ordinamento autonomo, le Regioni, le Province, i Comuni, le Comunità Montane e loro consorzi e associazioni, le Istituzioni Universitarie, gli Istituti Autonomi Case Popolari, le Camere di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le Amministrazioni, le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) e le Agenzie di cui al D.lgs. 30-07-1999 n. 300. Sono altresì considerati Lavoratori Dipendenti Pubblici i dipendenti degli enti sottoposti alla disciplina del parastato così come da L. 70/1975.

Lesione

Modificazione, in senso patologico, della struttura e della funzione di un tessuto o di un organo, al di là delle cause che possono averla prodotta, espressamente elencate all'Allegato 1 - CLUSTER LESIONI.

Lussazione

Spostamento permanente di due superfici articolari che hanno perso i rapporti che esistono normalmente tra le due parti in relazione alla quale è seguita una riduzione effettuata da personale sanitario in Istituto di Cura. *Non sono ricomprese in tale ambito le sub-lussazioni.*

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia mentale

Qualsiasi alterazione mentale e del comportamento sia di tipo cosiddetto nevrotico (ansia e depressione) sia psicotico (schizofrenia, paranoia, disturbi di personalità); tali alterazioni trovano menzione precisa all'interno del documento internazionale di nosografia psichiatrica DSM V.

Malformazione

Ogni alterazione fisica e/o psichica (genetica e non) sviluppatasi durante la vita intrauterina.

Paralisi

Perdita della mobilità e della sensibilità, non reversibile, di uno o più arti o parti del corpo (anche definita paresi o plegia).

Polizza

Documento che prova e disciplina il contratto di assicurazione.

Premio

Importo che il Contraente versa ad Alleanza Assicurazioni.

Proposta

Modulo sottoscritto dal Contraente in qualità di proponente, con il quale egli manifesta ad Alleanza Assicurazioni la volontà di concludere il contratto di assicurazione in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Recesso

Diritto del Contraente di recedere dal contratto e farne cessare gli effetti.

Revoca

Diritto del proponente di revocare la proposta prima della conclusione del contratto.

Ricovero

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.

Struttura Organizzativa

Struttura di Europ Assistance Vai S.p.A. - Via Crema n. 34 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non), in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza.

Ustione

Lesione provocata dal calore che determina la distruzione della pelle. Viene considerata di secondo grado nel caso la distruzione si limiti agli strati superficiali della pelle e di terzo grado nel caso la distruzione riguardi l'intero spessore della pelle.

NORME COMUNI



Che cosa è assicurato

Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO

SEMPLICE con ALLEANZA presta le garanzie specificamente concordate e indicate in polizza, per far fronte ai bisogni di protezione e di cura della persona relativamente ai rischi di Infortuni, Malattie e per la prestazione di servizi di Assistenza in situazioni di difficoltà determinate da imprevisti.

Le garanzie e le prestazioni che ne conseguono sono descritte nei rispettivi Moduli (SOLUZIONI).

L'assicurazione è operante, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie relative alle SOLUZIONI selezionate nella apposita Sezione della proposta.

Art. 2 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - VERSAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA



Quando comincia la copertura

Il contratto è concluso quando il Contraente ha ricevuto per iscritto da Alleanza Assicurazioni il documento di polizza che attesta l'accettazione della proposta di assicurazione.

Il contratto entra in vigore, se è stato versato il premio, dalle ore 24 della data di decorrenza indicata in polizza, fermi i termini di aspettativa di cui al successivo Art. 8 (Decorrenza e termini di aspettativa) delle ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE.



Quando e come devo pagare

I premi possono essere versati presso:

- il domicilio del Contraente;
- l'Agenzia Generale che gestisce il contratto.

Il versamento dei premi può avvenire:

- con assegno bancario o circolare non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni (modalità non ammessa, per le rate successive, in caso di frazionamento mensile del premio annuale);
- con P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili;
- ponendo in essere un'autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD) che implica l'addebito automatico su conto corrente dei premi. Tale modalità è l'unica utilizzabile in caso di frazionamento mensile. In caso di chiusura del conto corrente sul quale opera la procedura SDD il Contraente si impegna a darne immediata comunicazione ad Alleanza Assicurazioni per concordare una diversa modalità di versamento.

L'uso da parte di Alleanza Assicurazioni di incassare il premio al domicilio del Contraente, oppure il mancato invio dell'avviso di scadenza, non può giustificare il mancato versamento del premio.

Se il Contraente non versa i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del versamento ferme le successive scadenze e fermo il diritto di Alleanza Assicurazioni al versamento dei premi scaduti¹.

Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo.

Resta espressamente inteso che l'eventuale incasso da parte di Alleanza Assicurazioni di tali premi, comunque dovuti, non costituisce in alcun modo manifestazione della volontà di rinunciare alla sospensione di garanzia rispetto ad eventuali sinistri, noti o non noti, accaduti durante il periodo di sospensione stessa.

¹ Articolo 1901 del Codice Civile



Come posso disdire la polizza

Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Trascorso il periodo di irrevocabilità di 15 giorni dalla data di sottoscrizione della proposta², il Contraente, **se il contratto non è ancora concluso**, può revocare la proposta stessa inviando una **comunicazione scritta** all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano, indicando "Revoca" sulla busta o, in caso di utilizzo della Posta Elettronica, nell'oggetto della comunicazione.

La comunicazione di revoca deve contenere l'indicazione del codice dell'Agenzia Generale e il numero di proposta; in caso di revoca Alleanza Assicurazioni rimborsa al Contraente il premio eventualmente versato, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, al netto delle spese sostenute pari a € 10,00.

Resta inteso che il contratto non si considera concluso a fronte del versamento del premio che viene trattenuto da Alleanza Assicurazioni a titolo di deposito cauzionale.

Art. 4 - DIRITTO DEL CONTRAENTE AL RIPENSAMENTO - RECESSO

Se il contratto è stato collocato interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere entro 14 giorni dalla conclusione del contratto, inviando una comunicazione scritta all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A. Piazza Tre Torri 1, 20145 Milano.

A seguito della comunicazione di recesso, il contratto si considera privo di qualsiasi effetto fin dall'origine e quindi il Contraente e Alleanza Assicurazioni sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Di conseguenza Alleanza Assicurazioni rimborsa al Contraente il premio versato, al netto delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. L'esercizio del diritto di recesso rende priva di effetto ogni denuncia di sinistro eventualmente presentata.

Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO

A seguito della denuncia di ogni sinistro, effettuata a termini di polizza nell'ambito della durata del contratto, le parti possono recedere dall'assicurazione:

- dandone preavviso all'altra parte nelle forme previste all'Art. 11 (Forma delle comunicazioni);
- entro il 60° giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso esercitato dal Contraente ha effetto alla data di ricevimento della comunicazione.

Il recesso esercitato da Alleanza Assicurazioni ha effetto dopo 30 giorni da quello di ricevimento della comunicazione.

In tutti i casi, entro il 45° giorno successivo alla data di effetto del recesso, Alleanza Assicurazioni rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, escluse le imposte.

Il versamento o la riscossione dei premi scaduti dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non possono essere interpretati come loro rinuncia ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 6 - DURATA DEL CONTRATTO - RECESSO

Il contratto ha la durata indicata nel modulo di polizza.

Il Contraente può recedere dal contratto a ogni scadenza annuale, senza oneri e **con preavviso di 30 giorni**, inviando una **comunicazione scritta** all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano, indicando "Recesso" sulla busta o, in caso di utilizzo della Posta Elettronica, nell'oggetto della comunicazione.



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa.

Art. 7 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO - VARIAZIONE DEL RISCHIO

Alleanza Assicurazioni consente l'assicurazione e determina il premio in base alle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato sui dati e le circostanze che ha richiesto.

² Articoli 1329 e 1887 del Codice Civile

Le inesattezze e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo e la cessazione dell'assicurazione³.

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad Alleanza Assicurazioni di ogni aggravamento e diminuzione del rischio⁴.

Art. 8 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato⁵ deve comunicare per iscritto ad Alleanza Assicurazioni l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni aventi per lo stesso rischio, eccetto quelle stipulate per suo conto da terzi per obblighi di legge o di contratto e di quelle per cui è in possesso in quanto garanzie accessorie ad altri servizi (es. abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutuo fondiario o ipotecario).

Art. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁶.

Art. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 11 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni tra le parti devono essere fatte **per iscritto** e inviate all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla sede legale di Alleanza Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano, o al domicilio del Contraente mediante:

- lettera raccomandata,
- Posta Elettronica.

Art. 12 - ONERI FISCALI

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

Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 14 - SANCTION CLAUSE

La presente polizza non sarà in alcun modo operante e Alleanza Assicurazioni non sarà tenuta ad erogare alcuna prestazione o comunque a considerare la stessa efficace nel caso in cui le condizioni di questa polizza, l'erogazione di una prestazione o l'operatività delle garanzie possano esporre Alleanza Assicurazioni a qualsiasi sanzione, proibizione o restrizione in base a quanto previsto da Risoluzioni delle Nazioni Unite oppure da sanzioni economiche o del commercio, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti o della Repubblica Italiana.



Dove vale la copertura

Art. 15 - VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione, fermo quanto disposto all'Art. 1 (Rischi non assicurabili) delle ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE, vale in tutto il mondo.

³ Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

⁴ Articoli 1897 e 1898 del Codice Civile

⁵ Articolo 1910 del Codice Civile

⁶ Articolo 1891 del Codice Civile

LE GARANZIE

L'Assicurazione è operante, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie relative alle Soluzioni selezionate nella apposita Sezione della proposta.

SOLUZIONE 1 - Lesioni per tutte le cause



Che cosa è assicurato

S1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di lesione conseguente a infortunio o malattia che colpisce l'integrità fisica dell'Assicurato, rientrante tra quelle espressamente elencate nell'Allegato 1 - CLUSTER LESIONI, Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato un indennizzo prefissato pari alla percentuale del capitale assicurato (indicato in Polizza) prevista per il CLUSTER nel quale rientra la lesione stessa, come riportato nel successivo Art. S1.2 (Determinazione dell'indennizzo)

S1.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Le lesioni indennizzabili sono raggruppate in 6 CLUSTER (vedi Allegato 1 - CLUSTER LESIONI), ciascuno dei quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale del capitale assicurato, riportato nella tabella seguente:

TABELLA INDENNIZZI PER CLUSTER LESIONI					
CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4	CLUSTER 5	CLUSTER 6
1%	5%	15%	30%	60%	100%

percentuale del capitale assicurato

Le lesioni non presenti nella TABELLA LESIONI riportata nell'Allegato 1, non danno luogo ad indennizzo.

S1.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Alleanza Assicurazioni paga, direttamente all'Assicurato, l'indennizzo definito in base al precedente Art. S1.2 (Determinazione dell'indennizzo).

Il limite massimo di indennizzabilità per sinistro e per anno assicurativo non può comunque superare il capitale assicurato per persona assicurata.

Fratture ossee

Le fratture ossee devono essere diagnosticate entro 15 giorni dalla data dell'infortunio e certificate da esame radiografico effettuato in un Pronto Soccorso Pubblico o Istituto di Cura.

Lussazioni

Le lussazioni devono essere certificate da esame radiografico prima del riposizionamento dell'articolazione (cd riduzione). La riduzione della lussazione deve essere effettuata presso Istituto di cura da un medico.

Non sono indennizzabili lussazioni ad articolazioni che ne abbiano già sofferte una in precedenza (recidiva).

Ustioni

La quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da ustioni avviene in base a quanto indicato nella cartella clinica rilasciata dall'Istituto di Cura.

Paralisi

In caso di paralisi, strumentalmente accertata in ambito di Istituto di Cura, determinata da frattura vertebrale (es. frattura corpo vertebra lombare che determini paralisi completa nervo sciatico), l'importo liquidato viene calcolato sommando entrambi gli indennizzi entro il limite del capitale assicurato.

Stato di coma permanente da evento traumatico

In caso di infortunio che provoca una o più lesioni tra quelle riportate nell'Allegato 1 - CLUSTER LESIONI e un immediato stato di coma, trascorsi trenta giorni dalla denuncia del sinistro sono liquidati gli indennizzi per le lesioni. Se lo stato di coma si protrae per oltre sei mesi, viene liquidato l'indennizzo restante fino all'intero capitale assicurato.

S1.4 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE

Se l'Assicurato, a seguito di lesione indennizzabile a termini di polizza, necessita dell'assistenza di un infermiere o di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato un infermiere o un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino al numero complessivo di sedute (della durata di 1 ora) previste in base al CLUSTER nel quale rientra la lesione subita, come previsto nell'Allegato 1 - CLUSTER LESIONI, e come definito dalla seguente tabella:

CLUSTER 1 e 2	CLUSTER 3 e 4	CLUSTER 5 e 6
3 sedute	6 sedute	12 sedute

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



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa.

S1.5 - DENUNCIA DELLA LESIONE

La denuncia dell'evento che ha comportato la lesione deve essere effettuata ad Alleanza Assicurazioni per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi non appena possibile. La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non sia già in possesso di un documento in corso di validità;
- descrizione della lesione, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, delle cause che lo hanno determinato e dell'attività svolta in quel momento;
- in caso di frattura o lussazione, copia del verbale di Pronto Soccorso Pubblico o della cartella clinica completa redatta dall'Istituto di Cura, nonché referto clinico radiologico effettuato entro 15 giorni dalla data dell'infortunio;
- in caso di lesione muscolo-tendineo-legamentosa, copia della cartella clinica completa relativa al ricovero per l'intervento chirurgico per il trattamento della lesione
- in ogni altro caso, copia della cartella clinica completa e/o certificazione medica corredata da referto esami strumentali che certificano la lesione subita.

S1.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare alla Riabilitazione può essere erogata esclusivamente attivando la Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al Numero Verde 800.083.702

oppure

dall'estero al Numero +39 02.58.24.54.68

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato, all'atto della richiesta dell'assistenza domiciliare deve comunicare:

- 1) il tipo di lesione subita e il tipo di assistenza di cui necessita
- 2) nome e cognome
- 3) numero di polizza seguito dal codice della fascia tessera (ALIF)
- 4) indirizzo del domicilio o del luogo in cui si trova
- 5) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa, per poter erogare le garanzie previste in polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato e a tal fine ha la necessità del suo consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali.

Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali anche, se necessario, relativi alla salute e a reati e condanne penali, così come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati ricevuta.

Se l'Assicurato non usufruisce delle prestazioni previste, non vengono forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

SOLUZIONE 2 - Interventi chirurgici



Che cosa è assicurato

S2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di intervento chirurgico, in regime di ricovero o di day surgery, reso necessario da infortunio o malattia, Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato un indennizzo prefissato, pari alla percentuale del capitale assicurato (indicato in Polizza) prevista per la CLASSE (vedi Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI) nella quale rientra la tipologia di intervento chirurgico subito, come riportato nel successivo Art. S2.2 (Determinazione dell'indennizzo).

Non sono indennizzabili gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale.

S2.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Gli interventi chirurgici sono identificati in base alla tipologia e alla tecnica operatoria e sono classificati, a seconda dell'importanza e della complessità, in 4 CLASSI (vedi Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI), ciascuna delle quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale del capitale assicurato, riportato nella tabella seguente:

TABELLA INDENNIZZI PER CLASSE INTERVENTI CHIRURGICI			
CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
1%	3%	10%	25%

percentuale del capitale assicurato

S2.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

In caso di altro intervento chirurgico non rientrante in alcuna tipologia tra quelle indicate nell'Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI, la relativa CLASSE di intervento viene stabilita secondo il principio di analogia con la CLASSE più corrispondente alla tecnica chirurgica eseguita per quello specifico intervento.

Non sono considerati interventi chirurgici indennizzabili il parto naturale, le biopsie, gli interventi per l'incisione e il drenaggio di cisti, le asportazioni di neo formazioni cutanee benigne e gli interventi laser (salvo quelli espressamente previsti nel menzionato Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI).

Se l'Assicurato si sottopone a più di un intervento nel corso della stessa seduta operatoria, l'indennizzo viene corrisposto con riferimento a quello di CLASSE più elevata.

Se nel corso della stessa annualità assicurativa vengono sostenuti più interventi chirurgici per la stessa patologia sullo stesso distretto anatomico od organo, viene ulteriormente indennizzato solo il secondo intervento entro il limite del 50% dell'importo previsto.

Fermo il riconoscimento degli indennizzi per singolo intervento chirurgico, l'importo complessivo degli indennizzi corrisposto nel corso dell'annualità assicurativa non può superare, per persona assicurata, il massimale annuo previsto per il pacchetto prescelto e indicato in polizza.

S2.4 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE

Se l'Assicurato, a seguito di intervento chirurgico indennizzabile a termini di polizza, necessita dell'assistenza di un infermiere o di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato un infermiere o un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino al numero complessivo di sedute (della durata di 1 ora) previste in base alla CLASSE in cui rientra l'intervento chirurgico subito, come previsto nell'Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI, e come definito dalla seguente tabella:

CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
Non prevista	3 sedute	6 sedute	12 sedute

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



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa

S2.5 - DENUNCIA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO

La denuncia dell'intervento chirurgico deve essere effettuata ad Alleanza Assicurazioni per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi non appena possibile.

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non è già in possesso di un documento in corso di validità;
- copia della cartella clinica completa, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- ogni altra documentazione medica integrativa contenente diagnosi circostanziata attestante lo stato patologico;
- in caso di infortunio, descrizione delle modalità dell'accadimento, l'entità e la sede delle lesioni.

S2.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare alla Riabilitazione può essere erogata esclusivamente attivando la Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al Numero Verde 800.083.702

oppure

dall'estero al Numero +39 02.58.24.54.68

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato, all'atto della richiesta dell'assistenza domiciliare dovrà comunicare:

- 1) il tipo di lesione subita e il tipo di assistenza di cui necessita
- 2) nome e cognome
- 3) numero di polizza seguito dal codice della fascia tessera (ALIC)
- 4) indirizzo del domicilio o del luogo in cui si trova
- 5) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa, per poter erogare le garanzie previste in polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato e a tal fine ha la necessità del suo consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali.

Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali anche, se necessario, relativi alla salute e a reati e condanne penali, così come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati ricevuta.

Se l'Assicurato non usufruisce delle prestazioni previste, non vengono forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

SOLUZIONE 3 - Minori



Che cosa è assicurato

S3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Lesioni per tutte le cause

In caso di lesione conseguente a infortunio o malattia che colpisca l'integrità fisica dell'Assicurato, rientrante tra quelle espressamente elencate nell'Allegato 1 - CLUSTER LESIONI, Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato un indennizzo prefissato pari alla percentuale del capitale assicurato prevista per il CLUSTER nel quale rientra la lesione stessa, come riportato nel successivo Art. S3.2 (Determinazione dell'indennizzo).

Intervento chirurgico

In caso di intervento chirurgico, in regime di ricovero o di day surgery, reso necessario da infortunio o malattia, Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato un indennizzo prefissato, pari alla percentuale del capitale assicurato prevista per la CLASSE (vedi Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI) nel quale rientra la tipologia di intervento chirurgico subito, come riportato nel successivo Art. S3.2 (Determinazione dell'indennizzo).

Non sono indennizzabili gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale.

Assistenza Medica e Pediatrica

Si precisa che i consulti, considerate le modalità di prestazione del servizio non valgono quale diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

a) Consulenza medica

Se l'Assicurato in caso di infortunio e/o malattia, necessita di valutare il proprio stato di salute, può contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

b) Consulenza pediatrica

Se in caso di infortunio e/o malattia dell'Assicurato non è possibile reperire il proprio pediatra, in caso di necessità di un collegamento telefonico urgente, possono essere contattati direttamente i medici della Struttura Organizzativa.

c) Invio di una baby-sitter

Se uno dei genitori in seguito ad infortunio e/o malattia (certificato da un medico) viene ricoverato e si trova nell'impossibilità di occuparsi dei propri figli minori, la Struttura Organizzativa invia un baby-sitter presso il domicilio dell'Assicurato in Italia tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 7 (sette) giorni per sinistro e per anno assicurativo.

S3.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Lesioni per tutte le cause

Le lesioni indennizzabili sono raggruppate in 6 CLUSTER (vedi Allegato 1 - CLUSTER LESIONI), ciascuno delle quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale del capitale assicurato, riportato nella tabella seguente:

TABELLA INDENNIZZI PER CLUSTER LESIONI					
CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4	CLUSTER 5	CLUSTER 6
1%	5%	15%	30%	60%	100%

percentuale del capitale assicurato

Le lesioni non presenti nella tabella CLUSTER LESIONI riportata nell'Allegato 1, non danno luogo ad indennizzo.

Interventi chirurgici

Gli interventi chirurgici sono identificati in base alla tipologia e alla tecnica operatoria e sono classificati, a seconda dell'importanza e della complessità, in 4 CLASSI (vedi Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI), ciascuna delle quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale del capitale assicurato, riportato nella tabella seguente:

TABELLA INDENNIZZI PER CLASSE INTERVENTI CHIRURGICI			
CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
1%	3%	10%	25%

percentuale del capitale assicurato

S3.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Lesioni per tutte le cause

Alleanza Assicurazioni paga, direttamente all'Assicurato, l'indennizzo definito in base alla precedente Art. S3.2 (Determinazione dell'indennizzo).

Il limite massimo di indennizzabilità per sinistro e per anno assicurativo non può comunque superare il capitale assicurato per persona assicurata.

Fratture ossee

Le fratture ossee devono essere diagnosticate entro 15 giorni dalla data dell'infortunio e certificate da esame radiografico effettuato in un Pronto Soccorso Pubblico o Istituto di Cura.

Lussazioni

Le lussazioni devono essere certificate da esame radiografico prima del riposizionamento dell'articolazione (cd riduzione). La riduzione della lussazione deve essere effettuata presso Istituto di cura da un medico.

Non sono indennizzabili lussazioni ad articolazioni che ne abbiano già sofferte una in precedenza (recidiva).

Ustioni

La quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da ustioni avviene in base a quanto indicato nella cartella clinica rilasciata dall'Istituto di Cura.

Paralisi

In caso di paralisi, strumentalmente accertata in ambito di Istituto di Cura, determinata da frattura vertebrale (es. frattura corpo vertebra lombare che determini paralisi completa nervo sciatico), l'importo liquidato verrà calcolato sommando entrambi gli indennizzi entro il limite del capitale assicurato.

Stato di coma permanente da evento traumatico

In caso di infortunio che provoca una o più lesioni tra quelle riportate nell'Allegato 1 - CLUSTER LESIONI e un immediato stato di coma, trascorsi trenta giorni dalla denuncia del sinistro sono liquidati gli indennizzi per le lesioni. Se lo stato di coma si protrae per oltre sei mesi, viene liquidato l'indennizzo restante fino all'intero capitale assicurato.

Interventi chirurgici

In caso di altro intervento chirurgico non rientrante in alcuna tipologia tra quelle indicate nell'Allegato 2 – CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI, la relativa CLASSE di intervento viene stabilita secondo il principio di analogia con la CLASSE più corrispondente alla tecnica chirurgica eseguita per quello specifico intervento.

Non sono considerati interventi chirurgici indennizzabili il parto naturale, le biopsie, gli interventi per l'incisione e il drenaggio di cisti, le asportazioni di neo formazioni cutanee benigne e gli interventi laser (salvo quelli espressamente previsti nel menzionato Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI).

Se l'Assicurato si sottopone a più di un intervento nel corso della stessa seduta operatoria, l'indennizzo viene corrisposto con riferimento a quello di CLASSE più elevata.

Se nel corso della stessa annualità assicurativa vengono sostenuti più interventi chirurgici per la stessa patologia sullo stesso distretto anatomico od organo, viene ulteriormente indennizzato solo il secondo intervento entro il limite del 50% dell'importo previsto.

Fermo il riconoscimento degli indennizzi per singolo intervento chirurgico, l'importo complessivo degli indennizzi corrisposto nel corso dell'annualità assicurativa non può superare, per persona assicurata, il massimale annuo previsto per il pacchetto prescelto e indicato in polizza.

S3.4 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE

Se l'Assicurato, a seguito di Lesione o di Intervento chirurgico indennizzabili a termini di polizza, necessita dell'assistenza di un infermiere o di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato un infermiere o un fisioterapista, sostenendone l'onorario fino al numero complessivo di sedute (della durata di 1 ora) previste in base al CLUSTER nel quale rientra la lesione subita o alla CLASSE nella quale rientra l'Intervento chirurgico subito, come previsto nell'Allegato 1 - CLUSTER LESIONI e nell'Allegato 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI, e come definito dalla seguente tabella:

LESIONI		
CLUSTER 1 e 2	CLUSTER 3 e 4	CLUSTER 5 e 6
3 sedute	6 sedute	12 sedute

INTERVENTI CHIRURGICI			
CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
non prevista	3 sedute	6 sedute	12 sedute

Le due prestazioni non sono cumulabili. In caso di evento che comporti sia una lesione sia un intervento chirurgico, viene garantito il numero di sedute previste per il caso più elevato.

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



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa

S3.5 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia dell'evento che ha comportato la lesione o dell'intervento chirurgico deve essere effettuata ad Alleanza Assicurazioni per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi non appena possibile.

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non sia già in possesso di un documento in corso di validità;

inoltre

In caso di lesione:

- descrizione della lesione, con l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, delle cause che lo hanno determinato e dell'attività svolta in quel momento;
- decreto del giudice tutelare se l'avente diritto alla liquidazione è minorenne;
- in caso di frattura o lussazione, copia del verbale di Pronto Soccorso Pubblico o della cartella clinica redatta dall'Istituto di Cura nonché referto clinico radiologico effettuato entro 15 giorni dalla data dell'infortunio;
- in caso di lesione muscolo-tendineo-legamentosa, copia della cartella clinica completa relativa al ricovero per l'intervento chirurgico per il trattamento della lesione;
- in ogni altro caso di lesione, copia della cartella clinica completa e/o certificazione medica corredata da referto esami strumentali che certificano la lesione subita.

In caso di intervento chirurgico:

- copia della cartella clinica completa, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- ogni altra documentazione medica integrativa contenente diagnosi circostanziata attestante lo stato patologico.

S3.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare alla Riabilitazione può essere erogata esclusivamente attivando la Struttura Organizzativa ai seguenti numeri:

dall'Italia al Numero Verde 800.083.702

oppure

dall'estero al Numero +39 02.58.24.54.68

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato, all'atto della richiesta dell'assistenza domiciliare dovrà comunicare:

- 1) il tipo di lesione subita e il tipo di assistenza di cui necessita
- 2) nome e cognome
- 3) numero di polizza seguito dal codice della fascia tessera ALPJ
- 4) indirizzo del domicilio o del luogo in cui si trova
- 5) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa, per poter erogare le garanzie previste in polizza, deve effettuare il trattamento dei dati dell'Assicurato e a tal fine ha la necessità del suo consenso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali.

Pertanto l'Assicurato contattando o facendo contattare la Struttura Organizzativa fornisce liberamente il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali anche, se necessario, relativi alla salute e a reati e condanne penali, così come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati ricevuta.

Se l'Assicurato non usufruisce delle prestazioni previste, non vengono forniti indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

SOLUZIONE 4a - Interruzione reddito lavoratori autonomi



Che cosa è assicurato

S4a.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato un indennizzo giornaliero in seguito alla interruzione dell'attività lavorativa per le seguenti cause:

- **ricovero ospedaliero** o intervento chirurgico in regime di Day Surgery;
- **immobilizzazione** per applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante equivalente;
- **convalescenza post ricovero** ospedaliero.

S4a.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Indennità per ricovero ospedaliero

In caso di ricovero ospedaliero o intervento in regime di Day Surgery, Alleanza Assicurazioni paga l'indennizzo previsto dal pacchetto prescelto e riportato in polizza, per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 360 giorni.

Per il parto senza taglio cesareo viene pagato un indennizzo forfettario di 3 giorni.

Per il parto con taglio cesareo viene pagato un indennizzo forfettario di 5 giorni.

Indennità per immobilizzazione

In caso di immobilizzazione Alleanza Assicurazioni paga lo stesso indennizzo previsto dal pacchetto prescelto e riportato in polizza, dalla applicazione e fino alla rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante, entro il limite di 60 giorni.

Per IMMOBILIZZAZIONE si intende l'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante *apparecchi ortopedici immobilizzanti* realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili, applicati e rimossi da personale medico.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da specialista ortopedico, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino e le fratture scomposte delle coste.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli *anelli ad otto* o di *Gilchrist*);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i *busti ortopedici elastici*;
- d) ogni tipo di collare rimovibile autonomamente;
- e) tutori articolari di grandi e piccole articolazioni (es. ginocchiera *DonJoy*).

Questa garanzia non è cumulabile con la garanzia "Indennità per ricovero ospedaliero".

Pertanto, in caso di ricovero ospedaliero, l'indennizzo viene riconosciuto dal giorno di dimissione dall'Istituto di Cura, fino alla rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante.

Indennità per convalescenza post ricovero

A seguito di ricovero ospedaliero indennizzabile a termini di polizza, Alleanza Assicurazioni paga l'indennizzo previsto dal pacchetto prescelto e riportato in polizza, per ogni giorno di convalescenza prescritta direttamente dall'Istituto di Cura e riportata nella cartella clinica, entro il limite di 20 giorni.

Questa garanzia non è cumulabile con la garanzia "Indennità per immobilizzazione".

Pertanto l'indennizzo viene pagato dal giorno di rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante, fino al termine della convalescenza prescritta dall'Istituto di Cura, entro comunque il limite di 20 giorni dalla data di dimissione.

Nel computo dell'indennizzo dovuto non vengono inclusi il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura e il giorno di rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante.



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa

S4a.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia dell'evento indennizzabile a termini di polizza deve essere effettuata ad Alleanza Assicurazioni per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi non appena possibile.

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non sia già in possesso di un documento in corso di validità;

In caso di ricovero ospedaliero

- copia della cartella clinica completa, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;
- ogni altra documentazione medica integrativa contenente diagnosi circostanziata attestante lo stato patologico e la necessità del ricovero;
- in caso di infortunio, descrizione delle modalità dell'accadimento, l'entità e la sede delle lesioni.

In caso di richiesta di indennizzo per CONVALESCENZA POST RICOVERO, la cartella clinica deve riportare specificatamente la prescrizione dei giorni di convalescenza.

In caso di immobilizzazione

- certificazione della struttura ospedaliera o istituto di cura comprovante l'applicazione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante;
- in caso di applicazione presso un centro ambulatoriale privato, certificazione rilasciata dal centro e referto radiografico della frattura;
- certificazione della struttura ospedaliera o istituto di cura comprovante la rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante o, in alternativa, certificazione della rimozione da parte dello specialista che ha in cura l'Assicurato.

SOLUZIONE 4b - Interruzione reddito lavoratori dipendenti

Perdita impiego



Che cosa è assicurato

S4b.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di disoccupazione a seguito di Perdita Impiego per licenziamento per giustificato motivo oggettivo, Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato l'indennizzo mensile prefissato relativo al pacchetto prescelto, per ogni mese di disoccupazione documentata, fino al limite di 12 mensilità per sinistro.



Ci sono limiti di copertura

S4b.2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

La garanzia è operante se l'Assicurato, al momento del sinistro:

- è classificabile come Lavoratore Dipendente Privato;
- ha superato il periodo di prova;
- risulta assunto da almeno 12 mesi;
- ha un obbligo contrattuale di prestazione superiore a 16 ore settimanali;
- non presta attività lavorativa in un'impresa familiare (tra congiunti, ascendenti o discendenti).

S4b.3 - SINISTRI SUCCESSIVI PER PERDITA IMPIEGO

Dopo la liquidazione definitiva di un sinistro per Perdita Impiego o dopo la denuncia di un sinistro durante l'iniziale periodo di carenza pari a 180 giorni, nessun indennizzo verrà pagato per successivi sinistri di perdita impiego se, dal termine del sinistro precedente, non sarà trascorso un periodo di riqualificazione di 180 giorni consecutivi nel corso del quale l'Assicurato sia ritornato a essere Lavoratore Dipendente Privato e abbia superato il periodo di prova.



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa

S4b.4 - DENUNCIA DELLA PERDITA IMPIEGO

La denuncia della Perdita Impiego deve essere effettuata ad Alleanza Assicurazioni per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi non appena possibile.

La denuncia deve contenere:

- 1) copia della lettera di assunzione;
- 2) copia della lettera di licenziamento del datore di lavoro;
- 3) copia di un documento comprovante l'iscrizione alle liste di mobilità regionali oppure all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato;
- 4) comunicazione telematica del datore di lavoro presso lo sportello di collocamento;
- 5) autocertificazione attestante l'assenza di trattamento pensionistico successivamente alla disoccupazione;
- 6) autocertificazione che la disoccupazione non è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.

Dopo il pagamento del primo indennizzo mensile, che avviene trascorsi 30 giorni dalla data di cessazione del rapporto di lavoro, l'Assicurato, per ottenere gli indennizzi mensili successivi, deve confermare ad Alleanza Assicurazioni lo stato di disoccupazione inviando copia di un documento comprovante il permanere dell'iscrizione alle liste di mobilità regionali oppure all'elenco anagrafico con lo status di disoccupato.

Tale comunicazione deve essere effettuata 30 giorni dopo il pagamento di ogni indennizzo mensile, fino al termine della 12 mensilità o fino ad un nuovo ricollocamento.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire ad Alleanza Assicurazioni di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegna ad autorizzare il datore di lavoro dell'Assicurato a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

SOLUZIONE 5 - Grandi Cure



Che cosa è assicurato

S5.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di prima diagnosi di una patologia tra quelle espressamente elencate nell'Allegato 3 - CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE, Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato un indennizzo prefissato, pari alla percentuale del capitale assicurato (indicato in Polizza) prevista per la CLASSE nella quale rientra la patologia diagnosticata, come riportato nel successivo Art. S5.2 (Determinazione dell'indennizzo).

Non sono indennizzabili patologie che non sono espressamente elencate.

Non sono indennizzabili patologie diagnosticate in coincidenza del decesso dell'Assicurato.

Non sono indennizzabili patologie diagnosticate in Pronto Soccorso o in successivo ricovero in reparti di Rianimazione e/o Terapia Intensiva, se il decesso avviene nel corso dello stesso ricovero, prima del passaggio a reparti di degenza ordinaria.

S5.1.1 ESTENSIONE DELLA GARANZIA A CORONAVIRUS – COVID-19

In aggiunta a quanto previsto al precedente Art. S5.1 (Oggetto dell'assicurazione) la garanzia è estesa al caso di ricovero in reparto di Terapia Intensiva di un Assicurato affetto da COVID-19.

In questo caso Alleanza Assicurazioni paga all'Assicurato un indennizzo prefissato, pari al 10% del capitale assicurato indicato in polizza.

S5.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Le patologie indennizzabili sono raggruppate in 4 CLASSI (vedi Allegato 3 - CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE), ciascuna delle quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale del capitale assicurato, riportato nella tabella seguente:

TABELLA INDENNIZZI PER CLASSE PATOLOGIA			
CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
5%	10%	15%	20%

percentuale del capitale assicurato

S5.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Alleanza Assicurazioni paga l'indennizzo definito in base alla precedente Art. S5.2 (Determinazione dell'indennizzo). Se nel corso della stessa annualità assicurativa vengono diagnosticate, per la prima volta, più patologie rientranti tra quelle espressamente elencate nell'Allegato 3 - CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE, l'importo complessivo degli indennizzi corrisposto nel corso dell'annualità assicurativa non può superare, per persona assicurata, il capitale assicurato previsto per il pacchetto prescelto e indicato in polizza.



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa

S5.4 - DENUNCIA DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA

La denuncia della prima diagnosi della patologia deve essere effettuata ad Alleanza Assicurazioni per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi non appena possibile.

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non è già in possesso di un documento in corso di validità;
- copia della certificazione sanitaria contenente la prima diagnosi della patologia, rilasciata da medico specialista;
- copia degli esiti di esami clinici e/o strumentali a supporto della diagnosi rilasciata;
- in caso di diagnosi successiva a ricovero ospedaliero, copia della cartella clinica completa, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (SDO);
- ogni altra documentazione medica integrativa contenente diagnosi circostanziata attestante lo stato patologico.

S5.4.1 DENUNCIA DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA A SEGUITO CORONAVIRUS – COVID-19

La denuncia del ricovero in reparto di Terapia Intensiva a seguito affezione da COVID-19 deve essere effettuata ad Alleanza Assicurazioni per iscritto dal Contraente, dall'Assicurato o da altro soggetto per conto dei medesimi non appena possibile.

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non è già in possesso di un documento in corso di validità;
- attestazione di ricovero nel reparto di Terapia Intensiva con diagnosi di affezione da COVID-19 o copia della lettera di dimissione dell'ente ospedaliero;
- ogni altra documentazione medica integrativa contenete diagnosi circostanziata attestante lo stato patologico.

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE



Che cosa non è assicurato

Art. 1 - RISCHI NON ASSICURABILI

Alleanza Assicurazioni non assicura i rischi relativi a:

- a) persone residenti all'estero;
- b) persone affette da:
 - 1) alcoolismo;
 - 2) tossicodipendenza;
 - 3) sieropositività HIV
 - 4) le seguenti malattie mentali: sindrome organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi, forme maniaco-depressive.

Alleanza Assicurazioni non assicura inoltre i rischi relativi a:

- c) persone che soffrono o hanno sofferto delle seguenti patologie:
 - 1) tumori maligni diagnosticati e/o trattati nei dieci anni precedenti alla data di sottoscrizione della proposta;
 - 2) diabete in terapia insulinica;
 - 3) malattie neurodegenerative (es. Malattia di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson, ecc.);
 - 4) epatopatie croniche e cirrosi epatica;
 - 5) pancreatite cronica;
 - 6) ictus cerebrale ischemico (incluso TIA) o emorragico insorto nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della proposta;
 - 7) grave scompenso d'organi: (es. rene, surrene, ipofisi, pancreas, ecc.);
 - 8) patologie cardiache diagnosticate e/o trattate nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della proposta:
 - a. insufficienza cardiaca;
 - b. coronaropatie;
 - c. aritmie cardiache (es. fibrillazione atriale, tachicardia sopra-ventricolare, ecc.) ad eccezione delle extrasistole benigne.

Il Contraente prende atto e riconosce che se Alleanza Assicurazioni fosse stata a conoscenza della esistenza, prima della conclusione del contratto, di taluna delle circostanze sopra indicate non avrebbe accettato di stipulare il contratto stesso.

Art. 2 - PATOLOGIE PREESISTENTI

Relativamente a tutte le garanzie, l'assicurazione non è operante per conseguenze dirette di infortuni, malattie o stati patologici, malformazioni o difetti fisici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della proposta.

L'assunzione continuativa di farmaci specifici per patologia (es. farmaci per cardiopatie, per il diabete, per malattie respiratorie, ecc.) indica la preesistenza di uno stato patologico che comporta la non operatività della garanzia per la specifica patologia.

Art. 3 - ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Relativamente a tutte le garanzie, l'assicurazione non è operante per eventi:

- a. causati da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristici o di guerra;
- b. conseguenti a terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;
- c. conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, e/o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- d. derivanti da intossicazioni causati da abuso di psicofarmaci, da uso di sostanze stupefacenti e allucinogene;
- e. derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, nonché da tentato suicidio;

Ci sono limiti di copertura

Art. 4 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER EVENTI CAUSATI DA INFORTUNIO

In aggiunta a quanto previsto ai precedenti Art. 2 (Patologie preesistenti) e Art. 3 (Esclusioni comuni a tutte le garanzie) delle ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE, **non sono inoltre indennizzabili le conseguenze di infortuni derivanti da:**

- a. guida in stato di ebbrezza intendendosi, ai sensi del presente contratto, la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolemico superiore a 0,8 grammi/litro;
- b. uso di mezzi di locomozione subacquei e dal rischio volo, salvo quello di viaggi aerei effettuati dall'Assicurato in qualità di passeggero di linee aeree regolari;
- c. pratica di paracadutismo o immersioni con autorespiratore a qualunque titolo praticate e dalla attività di palombaro;
- d. pratica di qualsiasi attività sportiva professionale. Per tale si intende un'attività sportiva svolta, in via continuativa e/o prevalente rispetto ad ogni altra occupazione, a titolo oneroso nell'ambito di un rapporto di lavoro subordinato oppure autonomo;
- e. partecipazione a corse e gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;
- f. eventi sofferti durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- g. guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è in possesso di regolare abilitazione a norma delle disposizioni vigenti. È tuttavia inclusa la copertura in caso di possesso di patente idonea, ma scaduta da non più di tre mesi;
- h. pratica delle seguenti attività sportive a qualsiasi titolo praticate: pugilato, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il 3° grado, arrampicate libera (freeclimbing), discesa con qualunque mezzo di tratti fluviali con difficoltà superiori al 3° grado della scala VW, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, kite-surf, snow-kite, sci o snow-board estremi, bob, rugby, football americano, sport aerei in genere, sport estremi.

Inoltre sono escluse dalla garanzia le lesioni subite durante lo svolgimento di attività:

- i. che comportano accesso a tetti, ponteggi, impalcature, scavi e cave;
- j. che comportano contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi, acidi;
- k. di addestramento e intervento Vigili del Fuoco;
- l. operativa nelle Forze Armate e in ogni forza di Polizia nazionale, regionale e locale (Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Polizia Penitenziaria, ecc.);
- m. di servizio di guardia armata, guardia del corpo, guardia giurata, portavalori.

Ci sono limiti di copertura

Art. 5 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI

In aggiunta a quanto previsto ai precedenti Art. 2 (Patologie preesistenti), Art. 3 (Esclusioni comuni a tutte le garanzie) e Art. 4 (Esclusioni specifiche per eventi causati da infortunio) delle ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE, **sono esclusi dalla garanzia gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale.**

Sono inoltre esclusi i ricoveri ospedalieri e gli interventi chirurgici:

- a. finalizzati alla contraccezione, al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale;
- b. per l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- c. per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo);
- d. aventi finalità esclusivamente dietologiche o estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia oncologica. Relativamente all'applicazione di endoprotesi mammarie, sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della lesione derivante da infortunio o malattia oncologica;

- e. per protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi protesici e di implantologia;
- f. per la cura di malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- g. per cure non rientranti nei protocolli dell'OMS (c.d. protocolli sperimentali).

Sono inoltre escluse le degenze in casa di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronicari o in stabilimento o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.



Ci sono limiti di copertura

Art. 6 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA GRANDI CURE

In aggiunta a quanto previsto ai precedenti Art. 2 (Patologie preesistenti) e Art. 3 (Esclusioni comuni a tutte le garanzie) delle ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE, sono esclusi dalla garanzia i seguenti casi:

- tumori che presentano le caratteristiche del carcinoma in situ (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come pre-maligni o non-invasivi;
- tutti i tumori della pelle, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose;
- attacco ischemico transitorio (TIA).



Ci sono limiti di copertura

Art. 7 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO

In aggiunta a quanto previsto al precedente Art. 3 (Esclusioni comuni a tutte le garanzie) delle ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE, sono esclusi dall'assicurazione i casi di disoccupazione in seguito a Perdita Impiego se:

- a. l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Non vengono considerate eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane;
- b. l'Assicurato, al momento del sinistro, non aveva concluso e superato il periodo di prova;
- c. alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- d. la disoccupazione è conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, o di licenziamento disciplinare, o è conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
- e. la disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- f. la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (a esempio, contratto di inserimento, apprendistato, ecc.) o della interruzione di un rapporto di Lavoro a Progetto;
- g. il contratto di lavoro non è regolato dal diritto italiano o l'Assicurato svolge la propria normale attività lavorativa all'estero, a meno che ciò non avvenga nell'ambito di un contratto di lavoro regolato dalla legge italiana;
- h. l'Assicurato ha risolto il rapporto di lavoro per sua volontà;
- i. l'Assicurato non si è iscritto in Italia nell'elenco anagrafico con lo status di disoccupato, a eccezione dei casi di regolare iscrizione nelle liste di mobilità;
- j. la disoccupazione è conseguenza del superamento del periodo di comporta, cioè il periodo di conservazione del posto di lavoro in caso di malattia ai sensi degli art. 2110 e 2118 C.C.;
- k. la disoccupazione è conseguenza di licenziamento tra congiunti, anche ascendenti e discendenti.



Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 8 - DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

8.1 In relazione alle prestazioni offerte da:

- Soluzione 1 - Lesioni per tutte le cause
- Soluzione 2 - Interventi chirurgici
- Soluzione 3 - Minori
- Soluzione 4a - Interruzione reddito per lavoratori autonomi
- Soluzione 5 - Grandi Cure,

la garanzia è valida dalle ore 24.00

- del giorno di effetto della garanzia per gli eventi conseguenti a infortunio e ad aborto post-traumatico;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto della garanzia per gli eventi conseguenti a malattia e ad aborto spontaneo e terapeutico;
- dal 180° giorno successivo a quello di effetto della garanzia per eventi conseguenti a malattia che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche o malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione; dal 300° giorno successivo al quello di effetto della garanzia per il parto naturale o cesareo

8.2 In relazione alle prestazioni offerte dalla Soluzione 4b - Interruzione reddito lavoratori dipendenti la garanzia sarà valida a partire dalle ore 24.00 del centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della garanzia (Periodo di Aspettativa). Pertanto l'indennizzo per perdita impiego sarà pagato solo se l'invio all'Assicurato della lettera di licenziamento, o della comunicazione di messa in mobilità, o di una comunicazione equivalente, si verifica oltre il periodo di aspettativa pari a 180 giorni.

8.3 Se la polizza è stata emessa in sostituzione e/o senza soluzione di continuità di altra polizza SEMPLICE CON ALLEANZA stipulata con Alleanza Assicurazioni per lo stesso rischio e per gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni, i capitali assicurati e gli indennizzi da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle eventuali diverse prestazioni e ai maggiori capitali assicurati e indennizzi da essa previsti.

Le presenti norme valgono anche in caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO



Che obblighi ho. Quali obblighi ha l'impresa

Art. 1 - ACCERTAMENTI MEDICI

In relazione alle prestazioni offerte da:

- Soluzione 1 - Lesione per tutte le cause
- Soluzione 2 - Interventi chirurgici
- Soluzione 3 - Minori
- Soluzione 4a - Interruzione reddito per lavoratori autonomi
- Soluzione 5 - Grandi Cure,

l'Assicurato o i suoi aventi causa devono acconsentire alla visita dei medici inviati da Alleanza Assicurazioni e alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.

In relazione alla Soluzione 5 - Grandi Cure, Alleanza Assicurazioni, ricevuta tutta la documentazione sanitaria (Art. S5.4 - Denuncia della diagnosi di patologia), effettuerà visita medica per accertamento della patologia prima di procedere all'indennizzo.

Alleanza Assicurazioni potrà inoltre richiedere in ogni caso ulteriore documentazione o informazioni ove necessarie ai fini della liquidazione in esecuzione della normativa pro tempore vigente, come ad esempio: FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act), Antiriciclaggio, CRS (Common Reporting Standard), ecc che potranno essere fornite anche utilizzando gli appositi moduli disponibili in Agenzia.

Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

Ricevuta la documentazione completa, quale specificamente richiesta per ciascuna garanzia e compiuti gli accertamenti del caso, Alleanza Assicurazioni determina l'indennizzo che risulta dovuto e procede al pagamento dell'indennizzo entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione necessaria. Richieste di pagamento incomplete potrebbero comportare un rallentamento dei tempi dei pagamenti dovuti.

Alleanza Assicurazioni, al fine di agevolare l'avente diritto, mette a disposizione il "Modello di richiesta indennizzo" presso l'Agenzia che gestisce il contratto e sul sito internet www.alleanza.it.

Art. 3 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Alleanza Assicurazioni rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione verso i terzi responsabili⁷.

Art. 4 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie sui criteri di indennizzabilità ovvero sulla misura delle indennità, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte, ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti 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 devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuno delle parti.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Tale rifiuto deve risultare nel verbale definitivo.

⁷ Articolo 1916 del Codice Civile

ALLEGATO 1

CLUSTER LESIONI

	CLUSTER
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA MANDIBOLARE	1
FRATTURA COMPOSTA DEL MASSICCIO FACCIALE	1
FRATTURA SCOMPOSTA DEL MASSICCIO FACCIALE	2
FRATTURA TECA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	1
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA	2
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON LESIONE CEREBRALE	2
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA CERVICALE (per ogni vertebra)	2
FRATTURA CORPO I - II VERTEBRA CERVICALE	3
TRATTO DORSALE	
FRATTURA CORPO DALLA I ALLA XI VERTEBRA DORSALE (per ogni vertebra)	2
FRATTURA CORPO XII VERTEBRA DORSALE	3
TRATTO LOMBARE	
FRATTURA CORPO VERTEBRA LOMBARE	3
OSSO SACRO	
FRATTURA OSSO SACRO	1
COCCIGE	
FRATTURA COCCIGE	1
GABBIA TORACICA	
FRATTURA DI 2 O + COSTE	1
BACINO	
FRATTURE ANCA (non cumulabili)	1
FRATTURA ACETABOLARE SCOMPOSTA	2
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
CLAVICOLA E SCAPOLA	
FRATTURA CLAVICOLA	1
FRATTURA SCAPOLA	1
BRACCIO	
FRATTURA TESTA OMERO	2
FRATTURA OMERO	1
FRATTURA GOMITO COMPOSTA	1
FRATTURA GOMITO SCOMPOSTA	2
AVAMBRACCIO	
FRATTURA RADIO	1
FRATTURA ULNA	1
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	1
FRATTURA BIASSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	2

continua

CLUSTER

POLSO E MANO	
FRATTURA OSSA CARPALI (non cumulabili tra di loro)	1
FRATTURA DI 2 O + OSSA METACARPALI	1
DITA DELLA MANO	
FRATTURA POLLICE	1
FRATTURA DI 2 O + FALANGI DI DITA DELLA MANO (DIVERSE DEL POLLICE)	1
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
FEMORE E ROTULA	
FRATTURA FEMORE	2
FRATTURA FEMORE (CON PROTESI D'ANCA)	3
FRATTURA ROTULA SENZA INTERVENTO CHIRURGICO	1
FRATTURA ROTULA CON INTERVENTO CHIRURGICO	2
FRATTURA ROTULA CON PATELLECTOMIA	3
TIBIA E PERONE	
FRATTURA TIBIA	1
FRATTURA PERONE	1
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA	1
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE SCOMPOSTA	2
CAVIGLIA E PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	2
FRATTURA CALCAGNO	3
METATARSO	
FRATTURA DI 2 O + OSSA METATARSALI	1
FALANGI	
FRATTURA ALLUCE	1
FRATTURA DI 2 O + FALANGI DI DITA DEL PIEDE	1
LESIONI PARTICOLARI	
VISCERALI	
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	2
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	3
EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	3
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà)	3
GASTRECTOMIA TOTALE	4
RESEZIONE PARZIALE DEL TENUE	2
RESEZIONE DEL DEL TENUE INCLUSA VALVOLA ILEO-CIECALE	3
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITÀ DEL RETTO	3
COLECTOMIA TOTALE	4
AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE E ANO PRAETERATURALE	5
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE	6
LOBECTOMIA POLMONARE (per singolo lobo)	2
PNEUMECTOMIA	4
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	2
PROTESI SU AORTA TORACICA	3

continua

CLUSTER

APPARATO SENSITIVO E FISIOGNOMICO	
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	4
PERDITA MONOLATERALE DEL VISUS (oltre 9 decimi con correzione)	3
CECITÀ COMPLETA	6
SORDITÀ COMPLETA UNILATERALE (non protesizzabile)	3
SORDITÀ COMPLETA BILATERALE (protesizzabile)	2
SORDITÀ COMPLETA BILATERALE (non protesizzabile)	5
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	3
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	2
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	5
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	4
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	2
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	3
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	4
PERDITA ANATOMICA DELL'UTERO	2
LESIONI MUSCOLO-TENDINEE-LEGAMENTOSE	
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
ROTTURA TENDINE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	2
ROTTURA DEI TENDINI E/O DEI LEGAMENTI DELLE SINGOLE DITA (trattata chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	1
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
ROTTURA TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente)	2
ROTTURA TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	2
ROTTURA LEGAMENTO CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE (trattata chirurgicamente)	2
ROTTURA LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	1
LESIONI MENISCALI (trattate chirurgicamente)	1
ROTTURA TENDINE DI ACHILLE (trattata chirurgicamente)	2
ROTTURA LEGAMENTI DELLA CAVIGLIA (trattata chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	1
LUSSAZIONI	
COLONNA VERTEBRALE	
LUSSAZIONE ATLO/OCCIPITALE (TRA OCCIPITE II E SECONDA VERTEBRA CERVICALE) (evidenziata radiologicamente)	1
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	1
LUSSAZIONE SPALLA (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE POLSO (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE POLLICE (evidenziata radiologicamente)	1
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
LUSSAZIONE ANCA (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE CAVIGLIA (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA DELL'ALLUCE (evidenziata radiologicamente)	1
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE ALTRE DITA DELLA MANO (ESCLUSO POLLICE)	1
AMPUTAZIONE DI 2 O + FALANGI DI DITA DELLA MANO (ESCLUSO POLLICE)	2
AMPUTAZIONE TOTALE DI UN ALTRO DITO DELLA MANO DIVERSO DAL POLLICE	2
AMPUTAZIONE FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	2
AMPUTAZIONE TOTALE DEL POLLICE	3
AMPUTAZIONE TOTALE DEL POLLICE + 2 O + DITA DELLA MANO	4
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	5
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE ALL'AVAMBRACCIO	5
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE AL TERZO PROSSIMALE	6

continua

CLUSTER

ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	1
AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE ESCLUSO ALLUCE	1
AMPUTAZIONE DELL'ALLUCE	2
AMPUTAZIONE DI UN PIEDE (dalla linea metatarsale)	4
AMPUTAZIONE ARTO INFERIORE SOTTO IL GINOCCHIO	4
AMPUTAZIONE ARTO INFERIORE SOPRA IL GINOCCHIO	5
AMPUTAZIONE DELL'ARTO INFERIORE AL TERZO PROSSIMALE	6
AMPUTAZIONE DI ENTRAMBI I PIEDI	6
LESIONI SISTEMA NERVOSO (permanenti - stabilizzati)	
SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	
CAPO	
PARALISI DEL III NERVO CRANICO	4
PARALISI COMPLETA NERVO CRANICO DIVERSO DAL III (non cumulabili tra loro)	3
ARTO SUPERIORE	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	5
PARALISI NERVO ASCELLARE	3
PARALISI NERVO RADIALE (non cumulabile)	4
PARALISI NERVO MEDIANO (non cumulabile)	4
PARALISI NERVO ULNARE (non cumulabile)	3
ARTO INFERIORE	
PARALISI NERVO FEMORALE	4
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	5
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	3
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	2
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
AFASIA	5
LESIONI MIDOLLO SPINALE	
MONOPARESÌ DELL'ARTO SUPERIORE	5
MONOPARESÌ DELL'ARTO INFERIORE	5
PARAPARESÌ ARTI INFERIORI SENZA PERDITA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	4
PARAPARESÌ DEGLI ARTI INFERIORI CON PERDITA DELLA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	6
TETRAPARESÌ	6
USTIONI DAL 2° GRADO	
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE AL CORPO, DAL 9% AL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	2
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE AL CORPO, ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	4
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE, DAL 5% AL 25% DEL VOLTO	3
USTIONI DI 2° GRADO O SUPERIORE AL VOLTO OLTRE IL 25%	4

Le lesioni non presenti nella presente Tabella non danno luogo ad indennizzo.

ALLEGATO 2

CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI

INTERVENTO CHIRURGICO	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
Adenoidectomia	1			
Amputazione estremità prossimali arti			3	
Amputazioni estremità distali		2		
Angiografie	1			
Artrodesi medie e grandi articolazioni		2		
Artrodesi piccole articolazioni	1			
Artrodesi vertebrale (fino a 3 vertebre)		2		
Artrodesi vertebrale (oltre 3 vertebre)			3	
Artroscopie	1			
Artrotomie medie e grandi articolazioni		2		
Artrotomie piccole articolazioni	1			
Aspirazione liquido infiammatorio	1			
Cervicotomie		2		
Chirurgia demolitiva e/o ricostruttiva oro-faringea post-tumorali		2		
Craniotomia			3	
Craniotomia per impianto cocleare		2		
Craniotomia per patologie tumorali				4
Endoscopie operative	1			
Exeresi parziale organi genitali per patologie tumorali (inclusa mastoplastica)		2		
Exeresi totale organi genitali per patologie tumorali (inclusa mastoplastica)			3	
Fimosi e circoncisione	1			
Interventi addominali di robotica	1			
Interventi di cataratta	1			
Interventi distretto arterioso		2		
Interventi distretto venoso	1			
Interventi laser della retina solo per patologie degenerative e/o oncologiche	1			
Interventi percutanei (PCTA e TAVI)		2		
Interventi toracici di robotica		2		
Laparoscopie	1			
Laparoscopie per patologie tumorali		2		
Laparotomie		2		
Laparotomie per patologie tumorali			3	
Linfo-adenectomia per patologie tumorali			3	
Neurolisi	1			
Osteosintesi medi e grandi segmenti		2		
Osteosintesi piccoli segmenti	1			
Primo trapianto di cornea (escluse recidive)		2		
Protesi ortopediche		2		
Settoplastica funzionale	1			
Sutura tendini		2		
Taglio cesareo	1			
Timpano-plastica	1			
Tonsillectomia	1			
Toracoscopie		2		
Toracotomie			3	
Trapianti di cute in seguito a ustioni > 25% della superficie corporea		2		
Trapianti organi toracici e addominali				4
Trapianto di midollo osseo			3	

ALLEGATO 3

CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE

CATEGORIA	PATOLOGIA	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
Tumori	Tumori maligni (con esclusione dei tumori in situ e dei tumori della pelle - eccetto melanoma)				4
Altri tumori	Trombocitemia essenziale		2		
	Policitemia vera		2		
Malattie del sangue	Anemia aplastica			3	
	Sarcoidosi		2		
Malattie endocrine e metaboliche	Diabete mellito insulino-dipendente	1			
	Amiloidosi		2		
Malattie del sistema nervoso	Miastenia	1			
	Malattia di Alzheimer		2		
	Morbo di Parkinson			3	
	Sclerosi multipla			3	
	Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)				4
Malattie del sistema circolatorio	Cardiopatia reumatica		2		
	Cardiopatia ischemica (Classe I-II NYHA gravità 2)		2		
	Cardiopatia dilatativa (Classe I-II NYHA gravità 2)		2		
	Cardiopatia ischemica (Classe III-IV NYHA gravità 3)			3	
	Cardiopatia dilatativa (Classe III-IV NYHA gravità 3)			3	
	Embolia polmonare			3	
	Ictus cerebrale (escluso TIA)			3	
	Aneurisma cerebrale			3	
	Trombosi vena porta			3	
	Aneurisma aorta			3	
Malattie del sistema respiratorio	Broncopneumopatie cronico ostruttive	1			
	Fibrosi polmonare		2		
Malattie dell'apparato digerente	Morbo di Crohn	1			
	Colite ulcerosa	1			
	Pancreatite	1			
	Epatopatie croniche		2		
	Fibrosi e cirrosi epatica			3	
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	Artrite reumatoide	1			
	Lupus eritematoso sistemico		2		
	Spondilite anchilosante		2		
	Psoriasi sistemica		2		
Malattie dell'apparato genitourinario	Insufficienza renale cronica (IRC I-II stadio: gravità 2)	1			
	Insufficienza renale cronica (IRC III-IV stadio: gravità 3)			3	

Le patologie sono raggruppate sulla base della " **Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati - Decima Revisione**".

SOMMARIO

DEFINIZIONI	1
--------------------------	---

NORME COMUNI

Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	4
Art. 2 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - VERSAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA.	4
Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA	5
Art. 4 - DIRITTO DEL CONTRAENTE AL RIPENSAMENTO - RECESSO	5
Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO	5
Art. 6 - DURATA DEL CONTRATTO - RECESSO	5
Art. 7 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO - VARIAZIONE DEL RISCHIO	5
Art. 8 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI	6
Art. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI	6
Art. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	6
Art. 11 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI	6
Art. 12 - ONERI FISCALI	6
Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	6
Art. 14 - SANCTION CLAUSE	6
Art. 15 - VALIDITÀ TERRITORIALE	6

LE GARANZIE

SOLUZIONE 1 - Lesioni per tutte le cause

S1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	7
S1.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	7
S1.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	7
S1.4 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE	8
S1.5 - DENUNCIA DELLA LESIONE	8
S1.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE	8

SOLUZIONE 2 - Interventi chirurgici

S2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
S2.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	9
S2.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	9
S2.4 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE	9
S2.5 - DENUNCIA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO	10
S2.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE	10

SOLUZIONE 3 - Minori

S3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	10
S3.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	11
S3.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	11
S3.4 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE	12
S3.5 - DENUNCIA DEL SINISTRO	13
S3.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE	13

SOLUZIONE 4a - Interruzione reddito lavoratori autonomi

S4a.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	14
S4a.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	14
S4a.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO	15

SOLUZIONE 4b - Interruzione reddito lavoratori dipendenti

S4b.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	15
S4b.2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	15
S4b.3 - SINISTRI SUCCESSIVI PER PERDITA IMPIEGO	15
S4b.4 - DENUNCIA DELLA PERDITA IMPIEGO	16

SOLUZIONE 5 - Grandi Cure

S5.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	16
S5.1.1 ESTENSIONE DELLA GARANZIA A CORONAVIRUS – COVID-19	16
S5.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	17
S5.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	17
S5.4 - DENUNCIA DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA	17
S5.4.1 DENUNCIA DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA A SEGUITO CORONAVIRUS – COVID-19	17

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 1 - RISCHI NON ASSICURABILI	18
Art. 2 - PATOLOGIE PREESISTENTI	18
Art. 3 - ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	18
Art. 4 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER EVENTI CAUSATI DA INFORTUNIO	19
Art. 5 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI	19
Art. 6 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA GRANDI CURE	20
Art. 7 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO	20
Art. 8 - DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA	21

NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO

Art. 1 - ACCERTAMENTI MEDICI	22
Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI	22
Art. 3 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA	22
Art. 4 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE	22

ALLEGATO 1 CLUSTER LESIONI	23
---	-----------

ALLEGATO 2 CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI	27
--	-----------

ALLEGATO 3 CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE	28
---	-----------