



LINEA PROTEZIONE

SEMPLICE

con Alleanza

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aggiornamento al 23 ottobre 2023

Le presenti condizioni di assicurazione devono essere consegnate al Contraente prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione.

**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

www.alleanza.it

Capitale Sociale Euro 210.000.000,00 i.v. - Codice Fiscale e iscrizione Registro Imprese di Milano Monza Brianza Lodi 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**

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

LA POLIZZA “SEMPLICE CON ALLEANZA”

Questa è una polizza assicurativa che risponde ai bisogni di protezione e di cura della persona relativamente ai rischi di Infortunio e Malattia, di Perdita d’Impiego e che include l’erogazione di servizi di assistenza in situazioni di difficoltà determinate da imprevisti.

FUNZIONAMENTO

Semplice con Alleanza prevede sei diverse **soluzioni**:

- **Soluzione 1 – Lesioni per tutte le cause**
- **Soluzione 2 – Interventi Chirurgici**
- **Soluzione 3 – Minori**
- **Soluzione 4A – Diarie**
- **Soluzione 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti**
- **Soluzione 5 – Grandi Cure**

Ciascuna soluzione è declinata in **cinque pacchetti: small, medium, large, premium, super**. Questi prevedono, a parità di garanzie, crescenti livelli di capitale assicurato, di massimale annuo e di indennizzo.

Puoi scegliere le soluzioni da sottoscrivere in base all’età assicurativa di ciascun Assicurato:


- Per i soggetti con un’età assicurativa **inferiore a 18 anni** puoi scegliere esclusivamente la **Soluzione 3 – Minori**;
- Per i soggetti con un’età assicurativa **almeno pari a 18 anni** puoi scegliere **una o più Garanzie Opzionali**.
Le soluzioni 4a – Diarie e 4b – Interruzione del Reddito per Lavoratori Dipendenti sono alternative: non possono essere dunque sottoscritte entrambe dallo stesso assicurato.

Soluzione/età assicurativa	0 – 17 anni	18 – 65 anni	66 – 75 anni
Soluzione 1 – Lesioni per tutte le cause	Garanzia non prevista	Garanzia Opzionale	Garanzia Opzionale
Soluzione 2 – Interventi Chirurgici	Garanzia non prevista	Garanzia Opzionale	Garanzia Opzionale
Soluzione 3 – Minori	Garanzia Base	Garanzia non prevista	Garanzia non prevista
Soluzione 4A – Diarie	Garanzia non prevista	Garanzia Opzionale	Garanzia Opzionale
Soluzione 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti	Garanzia non prevista	Garanzia Opzionale	Garanzia non prevista
Soluzione 5 – Grandi Cure	Garanzia non prevista	Garanzia Opzionale	Garanzia Opzionale

AVVERTENZE

Per facilitarti la lettura del documento, abbiamo utilizzato i seguenti strumenti grafici:

- **AVVERTENZA:** per richiamare la tua attenzione a prendere consapevolezza di particolari regole;
- **Carattere grassetto:** per dare maggior risalto al testo che devi leggere con particolare attenzione;
- Box con esempi:

 Per aiutarti a comprendere, con un esempio pratico, il contenuto o il funzionamento della prestazione o del servizio.

- (→ DEFINIZIONI): per ricordarti che il termine ha il significato descritto nelle Definizioni.

Ti ricordiamo che in caso di sinistro, tu o l'Assicurato, dovete rivolgervi tempestivamente all'Agenzia di riferimento che vi aiuterà a compilare la denuncia. In alternativa, potete inviare una comunicazione per iscritto, alla sede legale di Alleanza, tramite lettera raccomandata A.R. o PEC ai seguenti recapiti:

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Piazza Tre Torri, 1 - 20145 Milano PEC: alleanza@pec.alleanza.it

Per l'attivazione delle prestazioni di assistenza, potete contattare la Struttura Organizzativa di Europ Assistance ai seguenti recapiti:

Numero Verde **800 083 702** per chiamate **dall'Italia**

Numero **02 58 24 54 68** per chiamate **dall'estero**

In alternativa, tu o l'Assicurato, potete accedere alla Sezione "Apri un sinistro" dell'Area Clienti presente sul sito www.alleanza.it.

INDICE

DEFINIZIONI	4
--------------------------	---

NORME COMUNI

Che cosa è assicurato?

Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	8
Art. 1.1 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ.	8
Art. 2 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO - VERSAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA.	9

Quando comincia la copertura?

Art. 2.1 - DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA	9
Art. 2.2 - DURATA DEL CONTRATTO - RECESSO E DISDETTA	10

Quando e come devo pagare?

Art. 2.3 - VERSAMENTO DEL PREMIO	10
--	----

Come posso revocare la proposta o far cessare il contratto?

Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA	12
Art. 4 - DIRITTO DEL CONTRAENTE AL RIPENSAMENTO – RECESSO	12
Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO.	12

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO - VARIAZIONE DEL RISCHIO	12
Art. 7 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI.	13
Art. 8 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.	13
Art. 9 - MODIFICA IN CORSO DI CONTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DA PARTE DI ALLEANZA.	13
Art. 10 - ATTIVAZIONE DELLE SOLUZIONI E MODIFICHE DA PARTE DEL CONTRAENTE	14
Art. 11 - MODALITÀ DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI	14
Art. 12 - ONERI FISCALI.	15
Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.	15
Art. 14 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI INTERNAZIONALI	15
Art. 15 - CLAUSOLA DI ESCLUSIONE TERRITORIALE.	15

Dove vale la copertura?

Art. 16 - VALIDITÀ TERRITORIALE	15
---------------------------------------	----

LE GARANZIE

SOLUZIONE 1 – Lesioni per tutte le cause

Che cosa è assicurato?

Art. S1.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.	16
Art. S1.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	16
Art. S1.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	17
Art. S1.4 ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE	17

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S1.5 DENUNCIA DELLA LESIONE.	17
Art. S1.6 RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE	18

SOLUZIONE 2 – Interventi chirurgici



Che cosa è assicurato?

Art. S2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	18
Art. S2.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO.....	19
Art. S2.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	19
Art. S2.4 ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE.....	20



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S2.5 DENUNCIA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO.....	20
Art. S2.6 RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE.....	20

SOLUZIONE 3 – Minori



Che cosa è assicurato?

Art. S3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	21
Art. S3.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO.....	22
Art. S3.3 ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE.....	23



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S3.4 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	24
Art. S3.5 DENUNCIA DEL SINISTRO.....	25
Art. S3.6 RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE.....	25

SOLUZIONE 4a – Diarie



Che cosa è assicurato?

Art. S4.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	26
Art. S4a.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	26



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S4a.3 DENUNCIA DEL SINISTRO	27
--	----

SOLUZIONE 4b – Interruzione reddito Lavoratori Dipendenti



Che cosa è assicurato?

Art. S4b.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	28
Art. S4b.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	28
Art. S4b.3 SINISTRI SUCCESSIVI PER PERDITA DI IMPIEGO.....	28



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S4b.4 DENUNCIA DELLA PERDITA DI IMPIEGO.....	28
---	----

SOLUZIONE 5 – Grandi Cure



Che cosa è assicurato?

Art. S5.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	29
Art. S5.1.1 ESTENSIONE DELLA GARANZIA A CORONAVIRUS – COVID - 19	29
Art. S5.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO.....	29
Art. S5.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	30



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S5.4 DENUNCIA DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA.....	30
Art. S5.4.1 DENUNCIA DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA A SEGUITO CORONAVIRUS - COVID-19	30

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Che cosa non è assicurato?

Art. 1 - PERSONE NON ASSICURABILI	31
Art. 2 - PATOLOGIE PREESISTENTI.....	32
Art. 3 - ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	33

Ci sono limiti di copertura?

Art. 4 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER EVENTI CAUSATI DA INFORTUNIO	33
Art. 5 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI.....	34
Art. 6 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA GRANDI CURE.....	34
Art. 7 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO.....	34

NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 1 - ACCERTAMENTI MEDICI	36
Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI.....	36
Art. 3 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA	36
Art. 4 - CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE.....	36

ALLEGATO 1 CLUSTER LESIONI	37
ALLEGATO 2 CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI.....	42
ALLEGATO 3 CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE.....	44

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Ed. O23 - Aggiornamento al 23 ottobre 2023)

NEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE “**SEMPLICE CON ALLEANZA**” AI TERMINI DI SEGUITO INDICATI È ATTRIBUITO IL SIGNIFICATO QUI PRECISATO.

DEFINIZIONI

Alcolismo -Tossicodipendenza

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi, come manifestato da almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;



Sostanza: si intendono farmaci, alcol, droghe.

- 2) Desiderio persistente o tentativi senza successo di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 3) Viene dedicata una grande quantità di tempo in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando “in catena”), o a riprendersi dai suoi effetti;
- 4) Forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo in ambito lavorativo, scolastico, familiare;
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o aggravati dagli effetti della sostanza;
- 7) Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;
- 8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- 9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o aggravato dalla sostanza;
- 10) Tolleranza alla sostanza, definita come:
 - a. il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
 - b. un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;
- 11) Astinenza alla sostanza definita come:
 - a. un malessere psico-fisico quando si tenta di ridurre l'uso della sostanza stessa; o
 - b. quando si è costretti ad una prolungata astinenza (per esempio assenza della sostanza per motivi economici).

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 o nella Repubblica di San Marino, 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 compilato 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 che può coincidere o meno con il soggetto pagante.

Day Hospital

Degenza in istituto di cura a regime esclusivamente diurno, che non comporta pernottamento, 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.

Disdetta

Comunicazione che il Contraente è tenuto ad inviare ad Alleanza, o viceversa, entro il termine di preavviso di 30 giorni, per evitare il rinnovo tacito del contratto.

Disoccupazione

Lo stato dell'Assicurato, il quale è 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.

Età anagrafica

Età calcolata in anni dalla data di nascita alla data di sottoscrizione.

Età assicurativa

Età calcolata da Alleanza per determinare il premio e le soluzioni sottoscrivibili. Si considerano gli anni interi arrotondando per eccesso le eventuali frazioni di anno superiori o uguali a 6 mesi. Può non coincidere con l'età anagrafica.

Frattura ossea

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, applicati e rimossi da personale medico.

Indennizzo

Somma predeterminata pagata da Alleanza 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 ambulatoriale

Intervento chirurgico effettuato senza degenza da medico chirurgo e che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post intervento.

Intervento chirurgico

Intervento terapeutico 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 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

Persona fisica che svolge un'attività manuale o intellettuale senza alcun rapporto o vincolo di subordinazione.

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

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

Lavoratore dipendente privato

Persona fisica che è lavoratore dipendente e non rientra nella definizione di lavoratore autonomo o di lavoratore dipendente pubblico.

Lavoratore dipendente pubblico

Persona fisica che è 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. L'elenco delle lesioni indennizzabili è riportato nell'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 o psichica (genetica e non) sviluppatasi durante la vita intrauterina.

Massimale

Importo massimo pagato da Alleanza per Assicurato e per annualità assicurativa.

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 soggetto paga ad Alleanza.

Premio di perfezionamento

Premio versato al momento della sottoscrizione del contratto.

Proposta

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

Questionario Sanitario

Elenco di domande sullo stato di salute dell'Assicurato che Alleanza utilizza al fine di valutare i rischi che assume con il contratto di assicurazione. Il documento è parte integrante del contratto e deve essere compilato e sottoscritto solamente dai soggetti con un'età anagrafica pari o superiore a 18 anni in caso di sottoscrizione della Soluzione 2 – Interventi Chirurgici e della Soluzione 5 – Grandi Cure.

Recesso

Diritto del Contraente e di Alleanza 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.

Soggetto pagante

Soggetto che si impegna al pagamento del premio dovuto ad Alleanza. Può coincidere o meno con il Contraente.

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.

Tumore maligno

Tessuto anomalo caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale.

La diagnosi di tumore maligno deve essere accompagnata dall'esame istologico.

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 è una polizza assicurativa che risponde ai bisogni di protezione e di cura della persona relativamente ai rischi di Infortunio (→ DEFINIZIONI) e Malattia (→ DEFINIZIONI), di Perdita d'Impiego e che include l'erogazione di servizi di assistenza in situazioni di difficoltà determinate da imprevisti.

Semplice con Alleanza prevede le seguenti **soluzioni** che possono essere attivate dal Contraente sulla base delle proprie esigenze:

- **Soluzione 1 – Lesioni per tutte le cause**
- **Soluzione 2 – Interventi Chirurgici**
- **Soluzione 3 – Minori**
- **Soluzione 4a – Diarie**
- **Soluzione 4b – Interruzione Reddito Lavoratori Dipendenti**
- **Soluzione 5 – Grandi Cure**

Ciascuna soluzione è declinata in **5 pacchetti** che prevedono, a parità di garanzie, crescenti livelli di capitale assicurato, di massimale annuo e di indennizzo.

I pacchetti previsti sono i seguenti: **small, medium, large, premium, super.**

Le garanzie e le prestazioni sono descritte nella sezione "GARANZIE" delle presenti condizioni di assicurazione.

L'assicurazione è operante, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie relative alle soluzioni selezionate nell'apposita sezione di Polizza.

Art. 1.1 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Sono assicurabili le persone fisiche **residenti in Italia** o nella **Repubblica di San Marino** che al momento della sottoscrizione:

1. hanno un'**età assicurativa** (→ DEFINIZIONI) compresa:
 - tra **18 anni** e **75 anni**: per le **Soluzioni 1 – Lesioni per tutte le cause, 2 – Interventi Chirurgici, 4a – Diarie** e **5 – Grandi Cure**;
 - tra **18 anni** e **65 anni**: per la **Soluzione 4b – Interruzione Reddito Lavoratori Dipendenti**;
 - tra **0 anni** e **17 anni**: per la **Soluzione 3 – Minori**.

Esempio:

Paola è nata il 17/10/2005 e sottoscrive la polizza il 17/04/2023.

Il 17/04/2023 Paola ha 17 anni e 6 mesi.

Età anagrafica: 17 anni

Età assicurativa: 18 anni

Paola può sottoscrivere le Soluzioni 1 – Lesioni, 2 – Interventi Chirurgici, 4a – Diarie, 4b – Interruzione Reddito Lavoratori Dipendenti, 5 – Grandi Cure.

2. ricevono esito positivo dalla compilazione del **Questionario Sanitario** (→ DEFINIZIONI) solo in caso di scelta delle Soluzioni **2 – Interventi Chirurgici** e **5 – Grandi Cure**;

3. sono **Lavoratori Dipendenti Privati** con contratto di lavoro disciplinato dalla legge italiana di almeno 16 ore settimanali, in caso di scelta della Soluzione **4b - Interruzione Reddito Lavoratori Dipendenti**.

Per maggiori dettagli si richiama l'Art. 1 (Persone non assicurabili) della SEZIONE 3 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE.

In caso di **modifiche in corso di contratto** non è prevista la compilazione del **Questionario Sanitario** per gli Assicurati che lo hanno già compilato al momento della sottoscrizione originaria o in occasione di una precedente modifica.

Il **Questionario Sanitario** deve dunque essere compilato esclusivamente dai **nuovi Assicurati o dagli Assicurati già presenti nella polizza che sottoscrivono per la prima volta le soluzioni 2 – Interventi Chirurgici e 5 – Grandi Cure.**

Rimangono invece ferme tutte le dichiarazioni assuntive, già svolte in precedenza, che restano valide ed efficaci.

Esempio:

10/11/2023: Marco ha sottoscritto le soluzioni **1 – Lesioni e 2 – Interventi Chirurgici**. Per poter sottoscrivere la **Soluzione 2 – Interventi Chirurgici**, compila il **Questionario Sanitario**.
10/03/2024: Marco sottoscrive la **Soluzione 5 – Grandi Cure** e decide di inserire nella polizza **un nuovo Assicurato, Andrea**. Andrea sottoscrive le soluzioni **5 – Grandi Cure e 4a Diarie**.

Al momento della modifica del contratto, il 10/03/2024, Marco e Andrea devono compilare il Questionario Sanitario per poter sottoscrivere la Soluzione 5 – Grandi Cure. A Marco non viene richiesta la compilazione del Questionario Sanitario per la Soluzione 2 – Interventi Chirurgici, in quanto lo ha già compilato al momento della sottoscrizione originaria (10/11/2023).

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



Quando comincia la copertura?

Se il pagamento del premio di perfezionamento (→ DEFINIZIONI) è andato a buon fine, il contratto entra in vigore dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata in polizza, fermi i termini di aspettativa (→ DEFINIZIONI) di cui al successivo **Art. 2.1 (Decorrenza e Termini di aspettativa)**.

Art. 2.1 - DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA

- a) In relazione alle prestazioni offerte dalle Soluzioni 1 – Lesioni per tutte le cause; 2 – Interventi Chirurgici; 3 – Minori; 4a – Diarie; 5 – Grandi Cure, la copertura assicurativa è valida a partire 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 insorta dopo la data di decorrenza del contratto e ad aborto spontaneo e terapeutico;
 - **del 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 o non diagnosticate al momento di detta stipulazione;
 - **del 300° giorno successivo a quello di effetto della garanzia** per il parto naturale o cesareo.
- b) In relazione alle prestazioni offerte dalla Soluzione 4b – Interruzione reddito lavoratori dipendenti la garanzia è valida a partire dalle ore 24.00 **del 180° giorno successivo a quello di effetto della garanzia**. 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.
- c) Se la polizza è stata emessa **in continuità** di altra polizza Semplice con Alleanza:
- **per i già Assicurati, le soluzioni e i pacchetti già attivati**, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono dalla data di effetto originaria delle soluzioni e dei pacchetti sottoscritti;
 - **per i nuovi Assicurati, le nuove soluzioni e i nuovi pacchetti** sottoscritti, i termini di aspettativa decorrono dalla data di effetto della nuova polizza.

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

Esempio:

01/08/2018: Paola ha sottoscritto il pacchetto **small** della **Soluzione 2 – Interventi Chirurgici**.

01/08/2023: Paola incrementa il livello di copertura della **Soluzione 2 – Interventi Chirurgici** sottoscrivendo il pacchetto **large**.

09/10/2023: Paola riceve la diagnosi di una patologia per la quale deve sottoporsi ad un intervento chirurgico.

25/11/2023: Paola si sottopone all'intervento chirurgico e denuncia il sinistro.

Alleanza corrisponde l'indennizzo previsto per il pacchetto small sottoscritto il 1° agosto 2018, in quanto il pacchetto large è stato sottoscritto il 1° agosto 2023 e il periodo di aspettativa per quest'ultimo (180 giorni) non si è concluso.

Art. 2.2 - DURATA DEL CONTRATTO - RECESSO E DISDETTA

Il contratto ha una durata fissa pari a **5 anni**. È previsto il **tacito rinnovo**.

Alla scadenza del quinquennio, quindi, il contratto si rinnova automaticamente per **un anno** e **così successivamente**.

Recesso

Il Contraente può inoltre recedere dal contratto, nel corso dei primi cinque anni, ad ogni scadenza annuale, senza costi e **con preavviso di 30 giorni**. Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta** secondo le modalità previste all'**Art. 10 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente Sezione, indicando "Recesso" sulla busta o, in caso di utilizzo della Posta Elettronica, nell'oggetto della comunicazione.

Disdetta

Il Contraente o Alleanza possono impedire il rinnovo inviando comunicazione scritta di disdetta (→ DEFINIZIONI) **con preavviso di almeno 30 giorni** rispetto alla relativa scadenza con le modalità previste all'**Art. 10 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente Sezione.

Proposta di modifica del contratto alla scadenza

Alleanza ha la facoltà di modificare le condizioni di assicurazione o di premio al momento del rinnovo, anche tacito, del contratto.

Almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale, Alleanza comunica al Contraente la proposta di rinnovo e le nuove condizioni.

Il Contraente può accettarle attraverso il pagamento del premio entro i 30 giorni successivi alla data di scadenza contrattuale e con le modalità previste nel successivo Art. 2.3 (Versamento del premio).

Il pagamento comporta manifestazione della volontà di rinnovare il contratto e l'accettazione delle nuove condizioni proposte. In caso contrario, il contratto si intende risolto dalla scadenza originariamente pattuita maggiorata di 30 giorni.



Quando e come devo pagare?

Art. 2.3 - VERSAMENTO DEL PREMIO

Il premio (→ DEFINIZIONI) è annuale e può essere versato anche in rate mensili, senza il pagamento di costi aggiuntivi. Sono consentiti i seguenti metodi di pagamento.

	PREMIO DI PERFEZIONAMENTO (DEPOSITO CAUZIONALE)	RATE DI PREMIO SUCCESSIVE
Premio Annuale	<ul style="list-style-type: none"> - P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili; - bonifico bancario; - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD). Consentito solo nel caso di pagamento con SDD anche delle rate successive; - assegno bancario non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A. 	<ul style="list-style-type: none"> - P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili; - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD); - assegno bancario non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A.
Frazionamento Mensile	<ul style="list-style-type: none"> - P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico, se disponibili; - bonifico bancario; - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD); - assegno bancario non trasferibile all'ordine di Alleanza Assicurazioni S.p.A. 	<ul style="list-style-type: none"> - addebito diretto su conto corrente (Sepa Direct Debit – SDD)

Il premio, anche se frazionato in più rate, è dovuto per l'intero periodo assicurativo annuo. In caso di chiusura del conto corrente sul quale è attivo l'addebito SDD, il Soggetto Pagante si impegna a darne immediata comunicazione ad Alleanza per concordare una diversa modalità di versamento.

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

AVVERTENZA:

Il pagamento del premio di perfezionamento o delle rate successive in scadenza è condizione necessaria per la validità e la decorrenza dell'assicurazione. Se non viene pagato il premio, il contratto non è operante, anche se sottoscritto.

Ferma la data di effetto indicata in Polizza, il premio di perfezionamento o le rate di premio possono essere pagati:

- **tramite POS o, se disponibili, altri mezzi di pagamento elettronico: in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di esecuzione materiale dell'operazione;**
- **con Bonifico Bancario su conto corrente intestato ad Alleanza: in questo caso il premio si intende pagato nel giorno dell'operazione materiale di disposizione dell'ordine di bonifico, o del giorno di valuta di addebito del conto se successivo, salvo il buon fine del pagamento stesso con l'effettivo accredito sul conto corrente intestato ad Alleanza;**
- **con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (SDD); salvo buon fine degli addebiti, per il premio di perfezionamento il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA; per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza.**
- **con assegno bancario non trasferibile intestato a Alleanza; in questo caso il premio si intende pagato nel giorno di consegna del titolo, salvo il buon fine dell'assegno con l'effettivo pagamento dello stesso.**

Resta salva la facoltà dell'intermediario di richiedere il pagamento del Premio anche tramite altre modalità tra quelle previste in questo articolo, nel rispetto del principio di correttezza e buona fede.



Cosa si intende per "salvo buon fine"?

La garanzia opera dalla data di decorrenza o dalle scadenze successive indicate in Polizza anche se gli importi di premio non sono stati ancora ricevuti da Alleanza; ciò solo se il pagamento del premio viene successivamente accreditato. In caso contrario, la garanzia non opera o rimane sospesa.

Art. 2.3.1 - Mancato pagamento del Premio

- Premio di perfezionamento (deposito cauzionale)

Se il Soggetto Pagante non paga il premio di perfezionamento annuale o mensile, le garanzie e i servizi previsti dalle soluzioni sottoscritte rimangono sospesi fino alle ore 24 del giorno in cui il Soggetto Pagante paga il premio dovuto.

Il contratto ha effetto dalle ore 24 della data di decorrenza della polizza, se a tale data è stato pagato il premio di perfezionamento, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

- Rate di premio successive

Se il Soggetto Pagante non paga i premi o le rate di premio successive alla prima, **la copertura rimane sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza della prima rata di premio non pagata** e produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno del **pagamento di tutte le rate scadute e non pagate e la parte del premio residuo a completamento dell'annualità**, con bonifico o recandosi direttamente presso l'Agenzia. Le scadenze successive rimangono invariate.

AVVERTENZA:

Durante il periodo di sospensione della garanzia, le prestazioni e i servizi di Assistenza non sono attivi e pertanto Alleanza non indennizza il sinistro.

Alleanza non indennizza il sinistro anche per le prestazioni effettuate successivamente alla riattivazione della polizza se la malattia si è manifestata, l'infortunio o il licenziamento è avvenuto durante il periodo di sospensione della garanzia.



Come posso revocare la proposta o far cessare il contratto?

Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Trascorso il periodo di irrevocabilità di 15 giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta¹, il Contraente (→ DEFINIZIONI), **se il contratto non è ancora concluso**, può revocare la proposta stessa inviando una **comunicazione scritta**, secondo le modalità descritte nell'**Art. 10 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente Sezione, 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 rimborsa al Soggetto Pagante il premio eventualmente versato, entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, al netto delle spese sostenute pari a € 10,00.

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 sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Di conseguenza Alleanza rimborsa al Soggetto Pagante il premio versato, al netto delle spese di emissione, 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, il Contraente e Alleanza possono recedere dal contratto **entro il 60° giorno successivo al pagamento o al rifiuto dell'indennizzo.**

Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta** secondo le modalità descritte all'**Art. 10 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente Sezione.

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

Il recesso esercitato da Alleanza ha effetto dopo 30 giorni dalla data riportata sulla comunicazione inviata al Contraente.

In tutti i casi, entro il 45° giorno successivo alla data di effetto del recesso, Alleanza rimborsa al Soggetto Pagante il rateo di premio imponibile pagato e non goduto.

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.

Salvo quanto previsto all'**Art. 2.2 (Durata del Contratto - Recesso e Disdetta)**, il Contraente e Alleanza, se non hanno esercitato la facoltà di recesso **entro il compimento del secondo anno di assicurazione**, si impegnano a mantenere in vigore l'assicurazione sino alla naturale scadenza pattuita, rinunciando a tale facoltà di recesso.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO - VARIAZIONE DEL RISCHIO

Alleanza consente l'assicurazione e determina il premio (→ DEFINIZIONI) in base alle dichiarazioni del Contraente (→ DEFINIZIONI) o dell'Assicurato (→ DEFINIZIONI).

¹ 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'assicurazione².

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad Alleanza di ogni aggravamento e diminuzione del rischio³.

Art. 7 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato⁴ **deve comunicare per iscritto ad Alleanza l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni aventi 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 (ad esempio: abbinata a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutuo fondiario o ipotecario).

Art. 8 - 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'Assicurato⁵.

Art. 9 - MODIFICA IN CORSO DI CONTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DA PARTE DI ALLEANZA

Nel periodo di validità dell'assicurazione (→ DEFINIZIONI), Alleanza si riserva la facoltà di modificare unilateralmente le clausole e le condizioni che disciplinano l'assicurazione con le modalità ed entro i limiti di legge, se la modifica è giustificata, rispetto alla **generalità dei contratti dello stesso tipo** della presente assicurazione, da:

- leggi, regolamenti o provvedimenti di autorità, anche estere, a cui Alleanza è tenuta ad adeguarsi anche in funzione del gruppo di appartenenza;
- esigenze tecniche (incluse quelle derivanti da maggiori costi o oneri gestionali) determinate da modifiche oggettive alle condizioni praticate sui mercati, compresi quelli di riassicurazione, e che hanno un'incidenza sull'assicurazione;
- evoluzioni inerenti le tecnologie e gli strumenti informatici utilizzati, direttamente o indirettamente, per l'esecuzione dell'assicurazione e le relative misure di sicurezza;
- esigenze di aggiornamento delle modalità operative di erogazione dei servizi o delle modalità di comunicazione.

Le relative comunicazioni di modifica sono effettuate da Alleanza secondo le modalità pattuite nel presente contratto (Art. 10 - Modalità di invio delle comunicazioni), con indicazione del motivo e la data di decorrenza della modifica, con preavviso minimo di **60 giorni** rispetto alla data di decorrenza comunicata.

Solo se la modifica consiste nell'aumento del prezzo delle coperture o dei servizi oggetto del contratto, Alleanza informa il Contraente del suo diritto di recedere dall'Assicurazione.

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso con comunicazione effettuata secondo le modalità pattuite nel presente contratto (Art. 10 - Modalità di invio delle comunicazioni), entro la data di decorrenza della modifica.

In tal caso, l'assicurazione si intende risolta con effetto da tale data e Alleanza rimborsa al Contraente la parte di premio relativa al periodo di rischio eventualmente non corso.

Se il Contraente non manifesta la volontà di recedere dall'assicurazione entro il termine previsto, le modifiche comunicategli si intendono approvate.

Le parti riconoscono che nell'assicurazione sono automaticamente recepite, anche senza preavviso, tutte le modifiche imposte da:

- disposizioni normative di carattere legislativo o regolamentare;
- provvedimenti delle Autorità competenti che dovessero intervenire tempo per tempo.

² Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

³ Articoli 1897 e 1898 del Codice Civile

⁴ Articolo 1910 del Codice Civile

⁵ Articolo 1891 del Codice Civile

Le clausole contrattuali interessate da tali modifiche si intendono automaticamente abrogate o sostituite, con la stessa data di decorrenza dell'entrata in vigore delle disposizioni che hanno provocato tale modifica.

Esempi:

Alleanza può modificare unilateralmente le clausole e le condizioni che disciplinano l'assicurazione se la modifica è giustificata, ad esempio:

- da limitazioni della copertura dovute all'applicazione di sanzioni internazionali;
- dall'introduzione di una nuova esclusione contrattuale;
- dallo sviluppo di un'APP per la gestione dei Sinistri;
- dalla modifica del numero verde da utilizzare per contattare la Struttura Organizzativa.

Art. 10 - ATTIVAZIONE DELLE SOLUZIONI E MODIFICHE DA PARTE DEL CONTRAENTE

Semplice con Alleanza è un contratto assicurativo che prevede specifiche soluzioni che possono essere attivate dal Contraente medesimo sulla base delle proprie esigenze e delle scelte manifestate nel corso del rapporto assicurativo.

Il Contraente, nell'ambito del contratto assicurativo in corso e senza necessità di sostituire il contratto in essere, può:

- **inserire nuovi Assicurati;**
- **attivare le specifiche soluzioni previste dalle condizioni di assicurazione;**
- **incrementare il capitale assicurato di ciascuna soluzione già sottoscritta, mediante la modifica del pacchetto scelto.**

Restano valide ed efficaci le condizioni di assicurazione delle soluzioni sottoscritte in precedenza.

Le modifiche sopra riportate:

- possono essere richieste dal Contraente alla scadenza di ogni annualità assicurativa o di ciascuna rata mensile;
- sono disposte su richiesta del Contraente attraverso la sottoscrizione, da parte del Contraente medesimo, dell'apposita documentazione fornita da Alleanza;
- producono l'aggiornamento del documento di Polizza e la consegna della versione aggiornata dello stesso al Contraente, in modo da garantire una rappresentazione aggiornata della posizione assicurativa del Contraente medesimo nel corso del rapporto assicurativo. **L'aggiornamento del documento di Polizza comporta anche l'aggiornamento del premio in funzione delle soluzioni che risultano attivate.**

Esempio:

01/10/2023: Lucia ha sottoscritto una polizza Semplice con la **Soluzione 2 – Interventi Chirurgici (pacchetto small)** e ha scelto il frazionamento mensile.

Lucia, in occasione di ciascuna scadenza di rata mensile, può inserire nella polizza un nuovo soggetto assicurato, aggiungere una nuova soluzione oppure modificare il pacchetto sottoscritto (ad esempio da small a medium) per incrementare il capitale assicurato.

Art. 11 - MODALITÀ DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni del Contraente 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 tramite:

- lettera raccomandata A.R.
- Posta Elettronica certificata PEC: alleanza@pec.allenza.it

Alleanza invia le comunicazioni al Contraente **per iscritto**:

- all'indirizzo di Posta Elettronica del Contraente, se quest'ultimo ha fornito il consenso all'invio delle comunicazioni in formato elettronico; o, in alternativa
- all'indirizzo indicato dal Contraente stesso per l'invio delle comunicazioni in formato cartaceo.

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.

Art. 14 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI INTERNAZIONALI

Alleanza non è obbligata a garantire una copertura assicurativa e non è tenuta a pagare un sinistro o a fornire una prestazione in applicazione di questo contratto se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare il sinistro o fornire la prestazione, espone Alleanza a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni derivanti da risoluzioni delle Nazioni Unite, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o dell'Italia.

Art. 15 - CLAUSOLA DI ESCLUSIONE TERRITORIALE

La presente polizza esclude la prestazione di qualsiasi servizio assicurativo, copertura o qualsiasi beneficio in relazione a perdita, danno o responsabilità: (i) risultante da attività in Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali o nelle relative acque territoriali, zona contigua, zona economica esclusiva ("le acque") (riguardo a quest'ultimo, diverso da un mero passaggio senza alcuna sosta in Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali o le acque l'eccezione delle rotte internazionali); (ii) sostenuta dal governo di Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali, da persone fisiche o giuridiche residenti in Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali, o situate in Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali o nelle loro acque territoriali; o (iii) derivante da attività che direttamente o indirettamente coinvolgano o siano effettuate a vantaggio del governo di Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali o di persone o entità residenti o situate in Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali. In ogni caso la presente esclusione territoriale non si applica alle attività svolte, o ai servizi forniti, in caso di emergenza al fine di garantire la sicurezza e/o la protezione. Non si applica inoltre ai casi in cui il rischio connesso sia stato notificato al (ri) assicuratore e lo stesso abbia confermato per iscritto la copertura per lo specifico rischio.

Rientrano nella Lista dei Paesi/territori embargati o sottoposti a sanzioni totali: Afghanistan; Bielorussia; Corea del nord; Territorio della Crimea e le regioni di Zaporizhzhia, Kherson Donetsk e Luhansk; Cuba; Iran; Libia; Myanmar; Russia; Siria; Venezuela.



Dove vale la copertura?

Art. 16 - VALIDITÀ TERRITORIALE

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

LE GARANZIE

L'Assicurazione è operante, per ciascun Assicurato (→ DEFINIZIONI), soltanto per le garanzie relative alle soluzioni selezionate in polizza.

SOLUZIONE 1 – Lesioni per tutte le cause



Che cosa è assicurato?

Art. S1.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di lesione (→ DEFINIZIONI) conseguente a infortunio (→ DEFINIZIONI) o malattia (→ DEFINIZIONI) che colpisce l'integrità fisica dell'Assicurato, Alleanza paga all'Assicurato stesso un indennizzo prefissato calcolato sulla base della regola indicata nel successivo **Art. S1.2 (Determinazione dell'indennizzo)**.

Il Contraente può scegliere l'importo del capitale assicurato selezionando uno dei seguenti pacchetti.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Capitale assicurato	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

Art. S1.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Le lesioni indennizzabili sono raggruppate in **7 CLUSTER (Allegato 1 – CLUSTER LESIONI)**. Ciascun Cluster prevede un indennizzo, pari **ad una percentuale (%) del capitale assicurato**.

Le percentuali di indennizzo sono riportate nella tabella seguente:

TABELLA INDENNIZZI PER CLUSTER LESIONI						
CLUSTER 0	CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4	CLUSTER 5	CLUSTER 6
0,5%	1%	5%	15%	30%	60%	100%

Alleanza indennizza esclusivamente le lesioni espressamente elencate nell'Allegato 1 – CLUSTER LESIONI.

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

AVVERTENZA:

L'importo complessivo pagato da Alleanza per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo non può superare il massimale annuo (→ DEFINIZIONI) previsto dal pacchetto scelto indicato in polizza.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Massimale	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

La copertura non interviene nei casi espressamente esclusi riportati agli Artt. 1, 2, 3 e 4 della Sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE".

LESIONI PER TUTTE LE CAUSE

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Esempio:

Pacchetto: Small

Capitale assicurato: € 50.000

Lesione subita: paralisi del nervo femorale

Cluster della lesione: 4

Indennizzo = € 50.000 x 30% = € 15.000

Art. S1.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Alleanza paga l'indennizzo definito in base alla regola riportata nel precedente Art. S1.2 (Determinazione dell'indennizzo) direttamente all'Assicurato.

Si riportano, di seguito, alcuni specifici criteri di indennizzabilità.

Fratture ossee (→ DEFINIZIONI)

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

Lussazioni (→ DEFINIZIONI)

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

Non è previsto il pagamento dell'indennizzo per le lussazioni successive alla prima che riguardano la stessa articolazione (definite anche recidive).

Ustioni (→ DEFINIZIONI)

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 (→ DEFINIZIONI)

In caso di paralisi strumentalmente accertata da un Istituto di Cura, determinata da una frattura vertebrale (ad esempio: frattura corpo vertebra lombare che determini paralisi completa del nervo sciatico), **l'importo dell'indennizzo viene calcolato sommando gli importi previsti in caso di paralisi e di frattura.**

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, sono liquidati:

- gli indennizzi per le lesioni, trascorsi trenta giorni dalla denuncia del sinistro;
- l'indennizzo restante fino all'intero capitale assicurato, **entro il limite del massimale annuo, se lo stato di coma si protrae per oltre sei mesi.**

Art. S1.4 ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE

Se l'Assicurato, a seguito di una lesione (→ DEFINIZIONI) indennizzabile a termini di polizza, necessita dell'assistenza di un infermiere o di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa (→ DEFINIZIONI) provvede ad inviarlo al domicilio dell'Assicurato, sostenendone il costo **fino al numero complessivo di sedute, della durata di 1 ora, previste in base al CLUSTER nel quale rientra la lesione subita, come definito dalla seguente tabella:**

CLUSTER 0, 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 o il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni concordate con la Struttura Organizzativa stessa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S1.5 DENUNCIA DELLA LESIONE

La denuncia dell'evento che ha comportato la lesione deve essere effettuata ad Alleanza **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 non è 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;

continua

- in caso di frattura o lussazione, copia del verbale di Pronto Soccorso Pubblico o della cartella clinica completa redatta dall'Istituto di Cura, nonché il 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 certificazione medica corredata da referto degli esami strumentali che certificano la lesione subita.

Art. S1.6 RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

L'Assistenza Domiciliare alla Riabilitazione può essere erogata esclusivamente attivando la Struttura Organizzativa (→ DEFINIZIONI) 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) nome e cognome;
- 2) numero di polizza seguito dal codice ALIF (fascia tessera);
- 3) indirizzo del domicilio o del luogo in cui si trova;
- 4) il recapito telefonico dove potrà essere reperito nel corso dell'assistenza;
- 5) il tipo di lesione subita e il tipo di assistenza di cui necessita.

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, laddove 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.

LESIONI PER TUTTE LE CAUSE

RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Esempio delle informazioni da fornire:

- 1) Marco Rossi
 - 2) 75000001ALIF
 - 3) Domicilio: Via Emilia 142
 - 4) Recapito telefonico: 02 453
 - 5) Lesione: frattura della rotula
- Prestazione di assistenza richiesta: fisioterapia

SOLUZIONE 2 – Interventi chirurgici



Che cosa è assicurato?

Art. S2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di intervento chirurgico (→ DEFINIZIONI), in regime di ricovero (→ DEFINIZIONI) o di Day Surgery (→ DEFINIZIONI), reso necessario da infortunio o malattia, Alleanza paga all'Assicurato un indennizzo prefissato calcolato sulla base della regola indicata nel successivo **Art. S2.2 (Determinazione dell'indennizzo)**.

Il Contraente può scegliere l'importo del capitale assicurato selezionando uno dei seguenti pacchetti.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Capitale assicurato	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

Art. 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 (Allegato 2 – CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI)**.

Ciascuna Classe prevede un indennizzo pari ad **una percentuale (%) del capitale assicurato**.

Le percentuali di indennizzo sono riportate nella tabella seguente:

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

AVVERTENZA:

L'importo complessivo pagato da Alleanza per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo non può superare il massimale annuo (→ DEFINIZIONI) previsto dal pacchetto scelto indicato in polizza.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Massimale	€ 25.000	€ 37.500	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000

La copertura non interviene nei casi espressamente esclusi riportati agli Artt. 1, 2, 3, 4, 5 della Sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE".

INTERVENTI CHIRURGICI

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Esempio:

Pacchetto: Large

Capitale assicurato: € 100.000

Intervento: Craniotomia per patologie tumorali

Indennizzo Classe 4 = € 100.000 x 25% = € 25.000

MASSIMALE ANNUO

Esempio:

Data decorrenza polizza: 22/04/2023

Pacchetto: Large

Capitale assicurato: € 100.000

Massimale: € 50.000

Nel corso della seconda annualità assicurativa (dal 22/04/2024 al 22/04/2025), l'Assicurato subisce tre interventi chirurgici, due di Classe 4 e uno di Classe 2.

1° intervento di Classe 4: Alleanza corrisponde un indennizzo pari a € 25.000 (€ 100.000 x 25%)

2° intervento di Classe 4: Alleanza corrisponde un indennizzo pari a € 25.000 (€ 100.000 x 25%)

Indennizzo totale per i due interventi = € 50.000.

3° intervento di Classe 2: Alleanza rifiuta il sinistro, in quanto ha già corrisposto all'Assicurato un importo pari al massimale previsto dal pacchetto scelto (Pacchetto small: € 50.000).

Art. S2.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Alleanza paga l'indennizzo definito in base alla regola riportata nel precedente Art. S2.2 (Determinazione dell'indennizzo) direttamente all'Assicurato.

Se l'intervento chirurgico non rientra nelle tipologie 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 utilizzata per quello specifico intervento.

Non sono considerati interventi chirurgici indennizzabili:

a) il parto naturale;

b) le biopsie;

c) gli interventi per l'incisione e il drenaggio di cisti;

d) le asportazioni di neo formazioni cutanee benigne;

e) gli interventi laser (salvo quelli espressamente previsti nell'Allegato 2 – CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI).

AVVERTENZA:

Non sono indennizzabili gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale, ad eccezione dei seguenti interventi di:

- **cataratta;**
- **tunnel carpale;**
- **ernia inguinale oppure ombelicale;**
- **asportazione o legatura delle emorroidi;**
- **polipectomia;**
- **meniscectomia.**

Se l'Assicurato si sottopone a più di un intervento nel corso della stessa seduta operatoria, viene indennizzato quello appartenente alla 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, oltre al primo intervento, **viene ulteriormente indennizzato solo il secondo, entro il limite del 50% dell'importo previsto.**

Art. 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, la Struttura Organizzativa (→ DEFINIZIONI) provvede ad inviarlo al domicilio dell'Assicurato, sostenendone il costo (onorario) **fino al numero complessivo di sedute, della durata di 1 ora, previste in base alla CLASSE in cui rientra l'intervento chirurgico al quale l'Assicurato si è sottoposto 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 o il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni concordate con la Struttura Organizzativa stessa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S2.5 DENUNCIA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO

La denuncia dell'intervento chirurgico deve essere effettuata ad Alleanza **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 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, la descrizione delle modalità dell'accadimento, l'entità e la sede delle lesioni.

Art. S2.6 RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

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

dall'Italia: Numero Verde 800.083.702
oppure
dall'estero: 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) nome e cognome;
- 2) numero di polizza seguito dal codice ALIC (fascia tessera);
- 3) indirizzo del domicilio o del luogo in cui si trova;
- 4) il recapito telefonico dove può essere reperito nel corso dell'assistenza;
- 5) il tipo di intervento chirurgico al quale l'Assicurato si è sottoposto e il tipo di assistenza di cui necessita.

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, laddove 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.

INTERVENTI CHIRURGICI

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Esempio delle informazioni da fornire:

- 1) Marco Rossi
 - 2) 75000001ALIC
 - 3) Domicilio: Via Emilia 142
 - 4) Recapito telefonico: 02 453
 - 5) Intervento Chirurgico: artrotomia
- Prestazione di assistenza richiesta: assistenza infermieristica

SOLUZIONE 3 – Minori



Che cosa è assicurato?

Art. S3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Lesioni per tutte le cause

In caso di lesione (→ DEFINIZIONI) conseguente a infortunio (→ DEFINIZIONI) o malattia (→ DEFINIZIONI) che colpisce l'integrità fisica dell'Assicurato, Alleanza paga all'Assicurato stesso un indennizzo prefissato calcolato sulla base della regola indicata nel successivo **Art. S3.2 (Determinazione dell'indennizzo)**.

Il Contraente può scegliere l'importo del capitale assicurato selezionando uno dei seguenti pacchetti.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Capitale assicurato	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

Interventi chirurgici

In caso di intervento chirurgico (→ DEFINIZIONI), in regime di ricovero (→ DEFINIZIONI) o di Day Surgery (→ DEFINIZIONI), reso necessario da infortunio o malattia, Alleanza paga all'Assicurato un indennizzo prefissato calcolato sulla base della regola indicata nel successivo **Art. S3.2 (Determinazione dell'indennizzo)**.

Il Contraente può scegliere l'importo del capitale assicurato selezionando uno dei seguenti pacchetti.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Capitale assicurato	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

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 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 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 viene ricoverato in seguito ad infortunio o malattia (certificato da un medico) 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.**

Art. S3.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Lesioni per tutte le cause

Le lesioni indennizzabili sono raggruppate in **7 CLUSTER (Allegato 1 – CLUSTER LESIONI)**. Ciascun Cluster prevede un indennizzo pari ad una percentuale (%) del capitale assicurato.

Le percentuali di indennizzo sono riportate nella tabella seguente:

TABELLA INDENNIZZI PER CLUSTER LESIONI						
CLUSTER 0	CLUSTER 1	CLUSTER 2	CLUSTER 3	CLUSTER 4	CLUSTER 5	CLUSTER 6
0,5%	1%	5%	15%	30%	60%	100%

Alleanza indennizza esclusivamente le lesioni espressamente elencate nell'Allegato 1 – CLUSTER LESIONI.

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

AVVERTENZA:

L'importo complessivo pagato da Alleanza per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo non può superare il massimale annuo (→ DEFINIZIONI) previsto dal pacchetto scelto indicato in polizza.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Massimale	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

La copertura non interviene nei casi espressamente esclusi riportati agli Artt. 1, 2, 3 e 4 della Sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE".

LESIONI PER TUTTE LE CAUSE

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Esempio:

Pacchetto: Premium

Capitale assicurato: € 150.000

Lesione subita: lussazione del polso

Cluster della lesione: 2

Indennizzo = € 150.000 x 5% = € 7.500

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 (Allegato 2 – CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI)**.

Ciascuna Classe prevede un indennizzo pari ad una percentuale (%) del capitale assicurato.

Le percentuali di indennizzo sono riportate nella tabella seguente:

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

AVVERTENZA:

L'importo complessivo pagato da Alleanza per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo non può superare il massimale annuo (→ DEFINIZIONI) previsto dal pacchetto scelto indicato in polizza.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Massimale	€ 25.000	€ 37.500	€ 50.000	€ 75.000	€100.000

La copertura non interviene nei casi espressamente esclusi riportati agli Artt. 1, 2, 3, 4 e 5 della Sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE".

INTERVENTI CHIRURGICI

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Esempio:

Pacchetto: Large

Capitale assicurato: € 100.000

Intervento: Adenoidectomia

Classe: 1

Indennizzo = € 100.000 x 1% = € 1.000

Art. S3.3 ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE

Se l'Assicurato, a seguito di una Lesione o di Intervento Chirurgico indennizzabili a termini di polizza, necessita dell'assistenza di un infermiere o di un fisioterapista, la Struttura Organizzativa provvede ad inviarlo al domicilio dell'Assicurato, sostenendone il costo **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 al quale l'Assicurato si è sottoposto, come definito dalla seguente tabella:**

LESIONI		
CLUSTER 0, 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 o il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni concordate con la Struttura Organizzativa stessa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S3.4 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Lesioni per tutte le cause

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

Si riportano, di seguito, alcuni specifici criteri di indennizzabilità.

Fratture ossee (→ DEFINIZIONI)

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

Lussazioni (→ DEFINIZIONI)

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

Non è previsto il pagamento dell'indennizzo per le lussazioni successive alla prima che riguardano la stessa articolazione (definite anche recidive).

Ustioni (→ DEFINIZIONI)

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 (→ DEFINIZIONI)

In caso di paralisi strumentalmente accertata da un Istituto di Cura, determinata da una frattura vertebrale (ad esempio: frattura corpo vertebra lombare che determini paralisi completa del nervo sciatico), **l'importo dell'indennizzo viene calcolato sommando gli importi previsti in caso di paralisi e di frattura.**

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, sono liquidati:

- gli indennizzi per le lesioni, trascorsi trenta giorni dalla denuncia del sinistro;
- l'indennizzo restante fino all'intero capitale assicurato, **entro il limite del massimale annuo, se lo stato di coma si protrae per oltre sei mesi.**

Interventi chirurgici

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

Se l'intervento chirurgico non rientra nelle tipologie 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 utilizzata per quello specifico intervento.

Non sono considerati interventi chirurgici indennizzabili:

- a) il parto naturale;
- b) le biopsie;
- c) gli interventi per l'incisione e il drenaggio di cisti;
- d) le asportazioni di neo formazioni cutanee benigne;
- e) gli interventi laser (salvo quelli espressamente previsti nell'**Allegato 2 – CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI**).

AVVERTENZA:

Non sono indennizzabili gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale, ad eccezione dei seguenti interventi di:

- cataratta;
- tunnel carpale;
- ernia inguinale oppure ombelicale;
- asportazione o legatura delle emorroidi;
- polipectomia;
- meniscectomia.

Se l'Assicurato si sottopone a più di un intervento nel corso della stessa seduta operatoria, viene indennizzato quello appartenente alla 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, oltre al primo intervento, **viene ulteriormente indennizzato solo il secondo, entro il limite del 50% dell'importo previsto.**

Art. S3.5 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia dell'evento che ha comportato la lesione o dell'intervento chirurgico deve essere effettuata ad Alleanza **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 non è già in possesso di un documento in corso di validità;
- decreto del giudice tutelare se l'avente diritto alla liquidazione è minorenni.

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;
- in caso di frattura o lussazione, copia del verbale di Pronto Soccorso Pubblico o della cartella clinica redatta dall'Istituto di Cura nonché il 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 certificazione medica corredata da referto degli 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.

Art. S3.6 RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

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

dall'Italia: Numero Verde 800.083.702

oppure

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

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.

LESIONI PER TUTTE LE CAUSE**DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO****Esempio delle informazioni da fornire:**

- 1) Marco Rossi
 - 2) 75000002ALPJ
 - 3) Domicilio: Via Emilia 142
 - 4) Recapito telefonico: 02 453
 - 5) Lesione: frattura del polso
- Prestazione di assistenza richiesta: assistenza infermieristica

**SOLUZIONE 4a – Diarie****Che cosa è assicurato?****Art. S4.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Alleanza paga all'Assicurato un indennizzo giornaliero in caso di:

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

Il Contraente può scegliere gli importi degli indennizzi giornalieri selezionando uno dei seguenti pacchetti.

Pacchetto	Diaria da ricovero ospedaliero	Diaria da immobilizzazione	Diaria da convalescenza post ricovero
Small	€ 50	€ 50	€ 25
Medium	€ 70	€ 70	€ 35
Large	€ 90	€ 90	€ 45
Premium	€ 110	€ 110	€ 55
Super	€ 130	€ 130	€ 65

Art. S4a.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**Diaria da ricovero ospedaliero**

In caso di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico in regime di Day Surgery, Alleanza paga un indennizzo variabile in funzione del pacchetto scelto indicato in polizza, per ogni giorno di ricovero, **fino ad un massimo di 360 giorni (massimale → DEFINIZIONI).**

Per il parto naturale viene pagato un indennizzo forfettario di **3 giorni.**

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

Diaria da immobilizzazione

In caso di immobilizzazione, Alleanza paga un indennizzo variabile in funzione del pacchetto scelto indicato in polizza, **per un numero di giorni calcolati a partire dall'applicazione e fino alla rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante da parte di personale medico, entro il limite di 60 giorni.**

Per maggiori dettagli, si rinvia al box riportato di seguito.

AVVERTENZA:

La garanzia "Diaria da immobilizzazione" non è cumulabile con la garanzia "Diaria da ricovero ospedaliero".

Pertanto, in caso di ricovero ospedaliero, la diaria da immobilizzazione viene riconosciuta dal giorno di dimissione dall'Istituto di Cura, fino alla rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante.

Diaria da convalescenza post ricovero

A seguito di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico in regime di Day Surgery, indennizzabile a termini di polizza, Alleanza paga un indennizzo variabile in funzione del pacchetto scelto indicato in polizza, **per ogni giorno di convalescenza prescritta direttamente dall'Istituto di Cura e riportata nella cartella clinica, entro il limite di 20 giorni.**

Nel conteggio dei giorni indennizzabili non vengono inclusi il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura e il giorno di rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante.

AVVERTENZA:

La garanzia "Diaria da convalescenza post ricovero" non è cumulabile con la garanzia "Diaria da immobilizzazione".

Pertanto, la diaria da convalescenza post ricovero viene pagata 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.

La copertura non interviene nei casi espressamente esclusi riportati agli Artt. 1, 2, 3, 4, 5 della Sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE".



IMMOBILIZZAZIONE: si intende l'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante *apparecchi ortopedici immobilizzanti*, **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 uno 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 (ad esempio: ginocchiera *DonJoy*).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S4a.3 DENUNCIA DEL SINISTRO

La denuncia dell'evento indennizzabile a termini di polizza deve essere effettuata ad Alleanza **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 non è 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 dell'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



Che cosa è assicurato?

Art. S4b.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di disoccupazione (→ DEFINIZIONI) a seguito di Perdita di Impiego per licenziamento per giustificato motivo oggettivo, Alleanza paga all'Assicurato un indennizzo variabile in funzione del pacchetto scelto indicato in polizza.

Il Contraente può scegliere l'importo dell'indennizzo mensile selezionando uno dei seguenti pacchetti.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Capitale assicurato	€ 600	€ 800	€ 1.000	€ 1.200	€ 1.400

AVVERTENZA:

Alleanza paga l'indennizzo mensile per ogni mese di disoccupazione documentata, fino ad un massimo di 12 mensilità per sinistro.

La copertura non interviene nei casi espressamente esclusi riportati agli Artt. 1, 3, 7 della Sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE".

Art. S4b.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

- è classificabile come Lavoratore Dipendente Privato (→ DEFINIZIONI);
- 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).

Art. S4b.3 SINISTRI SUCCESSIVI PER PERDITA DI IMPIEGO

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S4b.4 DENUNCIA DELLA PERDITA DI IMPIEGO

La denuncia della Perdita di Impiego deve essere effettuata ad Alleanza **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 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 di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegna ad autorizzare il proprio datore di lavoro a fornire tutte le informazioni indispensabili per l'erogazione delle prestazioni previste dall'assicurazione.

SOLUZIONE 5 – Grandi Cure



Che cosa è assicurato?

Art. S5.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di prima diagnosi di una patologia tra quelle espressamente elencate nell'Allegato 3 – CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE, Alleanza paga all'Assicurato un indennizzo prefissato calcolato sulla base della regola indicata nel successivo Art. S5.2 (Determinazione dell'indennizzo).

Il Contraente può scegliere l'importo del capitale assicurato selezionando uno dei seguenti pacchetti.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Capitale assicurato	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

Art. 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 paga all'Assicurato un indennizzo prefissato, pari al 10% del capitale assicurato indicato in polizza.

Art. S5.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Le patologie indennizzabili sono raggruppate in 4 CLASSI (Allegato 3 – CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE). Ciascuna Classe prevede un indennizzo pari ad una percentuale (%) del capitale assicurato, riportata nella tabella seguente:

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

AVVERTENZA:

L'importo complessivo pagato da Alleanza per Assicurato, per sinistro e per anno assicurativo non può superare il massimale annuo (→ DEFINIZIONI) previsto dal pacchetto scelto indicato in polizza.

Pacchetto	Small	Medium	Large	Premium	Super
Massimale	€ 50.000	€ 75.000	€ 100.000	€ 150.000	€ 200.000

La copertura non interviene nei casi espressamente esclusi riportati agli Artt. 1, 2, 3, 6 della Sezione "ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE".

GRANDI CURE

DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Esempio:

Pacchetto: Large
 Capitale assicurato: € 100.000
 Patologia: Diagnosi del morbo di Parkinson
 Classe: 3
 Indennizzo = € 100.000 x 15% = 15.000

Art. S5.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Alleanza paga l'indennizzo definito in base al precedente **Art. S5.2 (Determinazione dell'indennizzo)**.

- **Non sono indennizzabili le patologie non espressamente elencate nell'Allegato 3 – CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE.**
- **Non sono indennizzabili le patologie diagnosticate in coincidenza del decesso dell'Assicurato.**
- **Non sono indennizzabili le patologie diagnosticate in Pronto Soccorso o in successivo ricovero in reparti di Rianimazione o Terapia Intensiva, se il decesso avviene nel corso dello stesso ricovero, prima del passaggio a reparti di degenza ordinaria.**



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. S5.4 DENUNCIA DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA

La denuncia della prima diagnosi della patologia deve essere effettuata ad Alleanza **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 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 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.
- In caso di tumore maligno (→ DEFINIZIONI), la diagnosi di tumore maligno deve essere accompagnata dall'esame istologico.

Art. 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 **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 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 - PERSONE NON ASSICURABILI

Alleanza non assicura, per tutte le soluzioni:

- a) persone residenti all'estero, con l'eccezione della Repubblica di San Marino;
- b) persone affette da alcolismo (→ DEFINIZIONI) o tossicodipendenza (→ DEFINIZIONI).
- c) persone con un'età assicurativa superiore a:
 - 75 anni: per le soluzioni 1 – Lesioni, 2 – Interventi Chirurgici, 4a – Diarie e 5 – Grandi Cure;
 - 65 anni: per la Soluzione 4b – Interruzione Reddito Lavoratori Dipendenti;
 - 17 anni: per la Soluzione 3 – Minori.

Alleanza non assicura, per la Soluzione 2 – Interventi Chirurgici:

- a) persone che si sono sottoposte negli ultimi 10 anni ad un intervento chirurgico a seguito della diagnosi di una malattia cardio-vascolare; o
- b) persone che si sono sottoposte negli ultimi 10 anni ad un intervento chirurgico a seguito della diagnosi di un tumore maligno.

Alleanza non assicura, per la Soluzione 5 – Grandi Cure:

- a) persone con un'età anagrafica o superiore a 18 anni che presentano almeno una o più delle seguenti condizioni:
 - hanno un indice di massa corporea (BMI) inferiore o uguale a 16,5 ovvero superiore o uguale a 40;
 - hanno un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 30 e 39 e assumono quotidianamente farmaci per il cuore;
 - hanno un indice di massa corporea (BMI) compreso tra 30 e 39 e almeno due risposte positive (SI) alle domande del Questionario Sanitario;
 - fumano o hanno fumato negli ultimi due anni più di 20 sigarette al giorno oppure sigarette elettroniche da meno di due anni e assumono quotidianamente:
 - due o più farmaci per l'ipertensione; o
 - almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); o
 - almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia);
 - rispondono positivamente (SI) ad almeno tre domande del Questionario Sanitario;
 - hanno un'esenzione per patologia cronica che ha determinato un'invalidità civile superiore al 46% e assumono quotidianamente:
 - due o più farmaci per l'ipertensione; o
 - almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); o
 - almeno un farmaco per la cura del diabete; o
 - almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia);
 - hanno ricevuto una diagnosi di tumore, ictus, emorragia cerebrale o infarto nei 10 anni precedenti la sottoscrizione della polizza e assumono quotidianamente:
 - due o più farmaci per l'ipertensione; o
 - almeno un farmaco per il cuore (ad eccezione di cardioaspirina o farmaci per ipertensione); o
 - almeno un farmaco per la cura del diabete; o
 - almeno un farmaco per patologie respiratorie, anche per via aerea (ad eccezione di antistaminici per allergia).

AVVERTENZA:

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

**BMI: Body Mass Index (Indice di Massa Corporea)**

È un indice per la valutazione generale del peso corporeo. Si ottiene dividendo il peso in kg con il quadrato dell'altezza espressa in metri.

Esempio: un soggetto alto 1,70 m e pesa 120 kg. L'indice di massa corporea sarà pari a 41,52 ($120/1,70^2$).

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 o diagnosticati anteriormente alla sottoscrizione della proposta.

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

Se la polizza è stata emessa in continuità di altra polizza Semplice con Alleanza e in caso di attivazione delle soluzioni e di modifiche in corso del contratto da parte del Contraente:

- **per i già Assicurati, le soluzioni e i pacchetti già attivati, l'assicurazione non è operante per conseguenze dirette di infortuni, malattie o stati patologici, malformazioni o difetti fisici conosciuti o diagnosticati anteriormente alla data di effetto originaria delle soluzioni e dei pacchetti sottoscritti;**
- **per i nuovi Assicurati, le nuove soluzioni e i nuovi pacchetti sottoscritti, l'assicurazione non è operante per conseguenze dirette di infortuni, malattie o stati patologici, malformazioni o difetti fisici conosciuti o diagnosticati anteriormente alla data di effetto della nuova polizza.**

DETERMINAZIONE DELLE PREESISTENZE**Esempi:****1. Prima sottoscrizione della Polizza**

Data decorrenza polizza: 25/03/2023

Data diagnosi malattia: 10/10/2022

L'assicurato subisce un intervento chirurgico a seguito della malattia diagnosticata il 10/10/2022. Il sinistro viene rifiutato in quanto l'intervento chirurgico è conseguenza diretta della patologia diagnosticata prima della data di decorrenza della polizza.

2. Emissione in continuità - Sottoscrizione di una nuova soluzione

Data decorrenza polizza n. 1: 20/09/2018

Soluzione 2 – Interventi Chirurgici

Data decorrenza polizza n. 2 emessa in continuità della Polizza n. 1: 20/09/2023

Soluzioni 2 – Interventi Chirurgici e 5 – Grandi Cure

Per la definizione della preesistenza viene considerata:

- la data di decorrenza della Polizza n. 1 (20/09/2018) per tutti i sinistri denunciati per la Soluzione 2 – Interventi Chirurgici
- la data di decorrenza della Polizza n. 2 (20/09/2023) per tutti i sinistri denunciati per la Soluzione 5 – Grandi Cure

3. Emissione in continuità - Sottoscrizione di un nuovo pacchetto

Data decorrenza Polizza n. 1: 20/09/2018

Soluzione 2 – Interventi Chirurgici – pacchetto small

Data decorrenza Polizza n. 2 emessa in continuità della Polizza n. 1: 20/09/2023

Soluzione 2 – Interventi Chirurgici – pacchetto medium

01/04/2024: l'Assicurato subisce un intervento chirurgico il 30/09/2023 a seguito di una malattia diagnosticata il 01/08/2023.

L'indennizzo viene calcolato sulla base del capitale assicurato con il pacchetto small.

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 atti terroristici o di guerra, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- b. conseguenti a terremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni;
- c. causati da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 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 svolta a qualunque titolo e dalla attività di palombaro;
- d. pratica di qualsiasi attività sportiva che comporta remunerazione o contributi di qualunque tipo, in forma diretta o indiretta;
- 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, arrampicata libera (free-climbing), free solo, 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 snowboard 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 (come ad esempio: Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia di Stato, Polizia Penitenziaria);
- m. di servizio di guardia armata, guardia del corpo, guardia giurata, portavalori.

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 ad eccezione degli interventi di cataratta; tunnel carpale; ernia inguinale oppure ombelicale; asportazione o legatura delle emorroidi; polipectomia; meniscectomia.

Sono inoltre esclusi i ricoveri ospedalieri e gli interventi chirurgici:

- a. finalizzati al trattamento dell'infertilità, sterilità e impotenza e comunque quelli relativi alla fecondazione assistita e alla contraccezione;
- 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, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 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 e testicolari 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 e disturbi psichici in genere compresi comportamenti nevrotici, forme manicodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico;
- g. per cure non rientranti nei protocolli dell'OMS (detti anche 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.

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 di qualsiasi organo o apparato (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come pre-maligni o non-invasivi;
- tutte le neoformazioni benigne e maligne della cute (ad eccezione del melanoma), incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose;
- attacco ischemico transitorio (TIA).

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 o temporaneo o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (come ad esempio, contratto di inserimento, apprendistato) 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.**

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 – Diarie
- Soluzione 5 – Grandi Cure

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

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

Alleanza può 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 Antiriciclaggio, che potranno essere fornite anche utilizzando gli appositi moduli disponibili in Agenzia.

Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

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

Alleanza, al fine di agevolare l'avente diritto, mette a disposizione il "Modulo di richiesta indennizzo" presso l'Agenzia che gestisce il contratto.

Art. 3 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Alleanza rinuncia al proprio diritto di surroga verso gli eventuali responsabili dell'evento dannoso indennizzato, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, lasciando agli stessi la facoltà di far valere eventuali pretese nei confronti dei responsabili. Lascia così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.⁶

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.

⁶ 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
FRATTURA DI UNA COSTA	0
FRATTURA DELLO STERNO	0
BACINO	
FRATTURE ANCA (non cumulabili)	1
FRATTURA ACETABOLARE SCOMPOSTA	2
FRATTURA ALI ILIACHE, BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA E OSSA PUBICHE	0
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
CLAVICOLA E SCAPOLA	
FRATTURA CLAVICOLA	1
FRATTURA SCAPOLA	1
BRACCIO	
FRATTURA TESTA OMERI	2
FRATTURA OMERI	1
FRATTURA GOMITO COMPOSTA	1
FRATTURA GOMITO SCOMPOSTA	2
FRATTURA DEL TROCITE OMERALE	0

continua

CLUSTER

		CLUSTER
AVAMBRACCIO		
FRATTURA RADIO		1
FRATTURA ULNA		1
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA		1
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA		2
POLSO E MANO		
FRATTURA OSSA CARPALI (non cumulabili tra di loro)		1
FRATTURA DI 2 O + OSSA METACARPALI		1
FRATTURA DI UN SOLO OSSO METACARPALE		0
DITA DELLA MANO		
FRATTURA POLLICE		1
FRATTURA DI 2 O + FALANGI DI DITA DELLA MANO (DIVERSE DEL POLLICE)		1
FRATTURA DI UNA SOLA FALANGE DI DITA DELLA MANO (DIVERSE DAL POLLICE)		0
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
FRATTURA DEL GRANDE TROCANTERE		0
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
FRATTURA DI OGNI ALTRO OSSO TARSALE		0
METATARSO		
FRATTURA DI UN OSSO METATARSALE		0
FRATTURA DI 2 O + OSSA METATARSALI		1
FALANGI		
FRATTURA ALLUCE		1
FRATTURA DI UNA QUALSIASI FALANGE DI OGNI ALTRO DITO DEL PIEDE (ESCLUSO L'ALLUCE)		0
FRATTURA DI 2 O + FALANGI DI DITA DEL PIEDE		1

continua

CLUSTER

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 PRAETERNATURALE	5
PANCREATECTOMIA SUBTOTALE	6
LOBECTOMIA POLMONARE (per singolo lobo)	2
PNEUMECTOMIA	4
PROTESI SU AORTA ADDOMINALE	2
PROTESI SU AORTA TORACICA	3
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
LESIONE DEL TENDINE SOVRASPINATO (se trattata chirurgicamente)	0
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

continua

CLUSTER

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
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (evidenziata radiologicamente)	0
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
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

continua

CLUSTER

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	
MONOPARESIS DELL'ARTO SUPERIORE	5
MONOPARESIS DELL'ARTO INFERIORE	5
PARAPARESIS ARTI INFERIORI SENZA PERDITA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	4
PARAPARESIS DEGLI ARTI INFERIORI CON PERDITA DELLA CAPACITÀ DEAMBULATORIA	6
TETRAPARESIS	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

AVVERTENZA:

Se l'intervento chirurgico al quale si sottopone il cliente non è compreso nel presente elenco, l'intervento verrà ricondotto ad una delle 4 classi di indennizzo sulla base del criterio di importanza e complessità più simile alla tipologia e alla tecnica operatoria di seguito descritte.

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 maligne				4
Endoscopie operative	1			
Exeresi parziale organi genitali per patologie tumorali (inclusa mastoplastica)		2		
Exeresi totale organi genitali per patologie tumorali (inclusa mastoplastica)			3	
Exeresi neoformazioni tumorali maligne cutanee	1			
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 maligne		2		
Laparotomie		2		
Laparotomie per patologie tumorali maligne			3	
Linfo-adenectomia per patologie tumorali			3	
Neurolisi	1			
Osteosintesi medi e grandi segmenti		2		

continua

INTERVENTO CHIRURGICO	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3	CLASSE 4
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				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 (<i>Classe I-II NYHA gravità 2</i>)		2		
	Cardiopatia dilatativa (<i>Classe I-II NYHA gravità 2</i>)		2		
	Cardiopatia ischemica (<i>Classe III-IV NYHA gravità 3</i>)			3	
	Cardiopatia dilatativa (<i>Classe III-IV NYHA gravità 3</i>)			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 (<i>IRC I-II stadio: gravità 2</i>)	1			
	Insufficienza renale cronica (<i>IRC III-IV stadio: gravità 3</i>)			3	

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