



LINEA PROTEZIONE

SEMPLICE

con Alleanza

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Aggiornamento al 25 novembre 2021

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

Un contratto semplice e chiaro:

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

Alleanza Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri 1 - 20145 Milano - Tel. +39 02 40824111

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**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Ed. O21 - Aggiornamento al 25 novembre 2021)

DEFINIZIONI

Annualità assicurativa

La prima annualità assicurativa coincide con il periodo che intercorre tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale. Per le annualità assicurative successive è il periodo che intercorre tra due consecutive ricorrenze annuali del contratto. In caso di frazionamento, per ciascuna annualità è previsto il versamento di dodici premi ricorrenti mensili.

Arbitrato

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

Articolazioni

Strutture anatomiche che mettono in reciproco contatto due o più ossa. Si distinguono in grandi articolazioni (ginocchio, anca, gomito, spalla) e piccole articolazioni (polso, mano, piede, vertebre).

Aspettativa

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

Assicurato

Persona fisica residente in Italia 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.

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.

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 realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali simili, applicati e rimossi da personale medico.

Indennizzo

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

Infortunio

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

Intervento ambulatoriale

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

Istituto di cura

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

Lavoratore autonomo

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

Massimale

Importo massimo pagato da Alleanza Assicurazioni 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 pagante versa ad Alleanza Assicurazioni.

Proposta

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

Recesso

Diritto del Contraente e di Alleanza Assicurazioni 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 Assicurazioni. 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.

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 l'assicurazione che risponde ai bisogni di protezione e di cura della persona relativamente ai rischi di Infortuni e Malattia, di Perdita d'Impiego e per l'erogazione di servizi di Assistenza in situazioni di difficoltà determinate da imprevisti.

Le garanzie e le prestazioni che ne conseguono sono descritte nelle rispettive Soluzioni.

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



Quando comincia la copertura?

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

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

Pertanto il versamento della prima rata, che viene trattenuta da Alleanza Assicurazioni a titolo di deposito cauzionale, non determina di per sé la conclusione del contratto.

Se è stato versato il premio, il contratto entra in vigore, dalle ore 24 della data di decorrenza indicata in polizza, fermi i termini di aspettativa 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 da:

- Soluzione 1 - Lesioni per tutte le cause
- Soluzione 2 - Interventi chirurgici
- Soluzione 3 - Minori
- Soluzione 4a - Diarie
- Soluzione 5 - Grandi Cure,

la garanzia è valida dalle ore 24.00:

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

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

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

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

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



Quando e come devo pagare?

Art. 2.2 - Versamento del Premio

Il premio è annuale e può essere versato anche in rate mensili, senza il pagamento di costi aggiuntivi.

Sono consentiti i seguenti metodi di pagamento.

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

L'uso da parte di Alleanza Assicurazioni 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 della prima rata di premio o delle rate successive in scadenza è condizione necessaria affinché l'assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Se non viene pagato il premio, il contratto non è operante, anche se sottoscritto.

Ferma la data di effetto indicata in Polizza, il premio 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 Assicurazioni S.p.A.: **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 Assicurazioni S.p.A.;
- con autorizzazione permanente di addebito su conto corrente (**SDD**); **salvo buon fine degli addebiti**, per la **prima rata il premio si intende pagato nel giorno di firma del mandato SEPA; per le rate successive, alle scadenze prefissate in Polizza.**



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 Assicurazioni; ciò a condizione che il pagamento del premio venga successivamente accreditato. In caso contrario, la garanzia non opera o rimane sospesa.

Art. 2.2.1 - Mancato pagamento del Premio

- Prima rata di premio (deposito cauzionale)

Se il Soggetto Pagante non paga il primo premio annuale o la prima rata di premio 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 in cui è stato concluso, se a tale data sono stati pagati il premio o la prima rata di premio, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

- Rate di premio successive

Se il Soggetto Pagante non paga 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 Assicurazioni non indennizza il sinistro. Alleanza Assicurazioni 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 disdire la polizza?

Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Trascorso il periodo di irrevocabilità di 15 giorni dalla data di sottoscrizione della Proposta¹, il Contraente, **se il contratto non è ancora concluso**, può revocare la proposta stessa inviando una **comunicazione scritta**, secondo le modalità descritte nell'**Art. 11 (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 Assicurazioni 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 Assicurazioni sono liberi da ogni obbligo contrattuale. Di conseguenza Alleanza Assicurazioni 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 Assicurazioni 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. 11 (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 Assicurazioni.

¹ Artt. 1329 e 1887 del Codice Civile

Il recesso esercitato da Alleanza Assicurazioni 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 Assicurazioni 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 dal successivo Art. 6 (Durata del Contratto – Recesso), il Contraente e Alleanza Assicurazioni, 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.

Art. 6 - DURATA DEL CONTRATTO – RECESSO

Il contratto ha la durata indicata nel modulo di polizza.

Il Contraente può recedere dal contratto 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. 11 (Modalità di invio delle comunicazioni) della presente Sezione**, indicando "Recesso" sulla busta o, in caso di utilizzo della Posta Elettronica, nell'oggetto della comunicazione.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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

Alleanza Assicurazioni consente l'assicurazione e determina il premio in base alle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato.

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 Assicurazioni di ogni aggravamento e diminuzione del rischio³.

Art. 8 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato⁴ **deve comunicare per iscritto ad Alleanza Assicurazioni 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: abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutuo fondiario o ipotecario).

Art. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, in tale caso gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁵.

Art. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

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:

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

² Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile

³ Articoli 1897 e 1898 del Codice Civile

⁴ Articoli 1910 del Codice Civile

⁵ Art. 1891 del Codice Civile

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 Assicurazioni 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 Assicurazioni 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.



Dove vale la copertura?

Art. 15 - VALIDITÀ TERRITORIALE

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

LE GARANZIE

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

SOLUZIONE 1 - Lesioni per tutte le cause



Che cosa è assicurato?

S1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

S1.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Le lesioni indennizzabili sono raggruppate in 7 CLUSTER (vedi ALLEGATO 1 - CLUSTER LESIONI), ciascuno dei quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale (%) del capitale assicurato, riportata 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%

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

Esempio

Capitale assicurato:	€ 50.000
Lesione subita:	paralisi del nervo femorale
Cluster della lesione:	4
Indennizzo:	€ 50.000 x 30% = € 15.000

S1.3 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE

Se l'Assicurato, a seguito di una lesione indennizzabile 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, 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 e/o il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni concordate con la Struttura Organizzativa stessa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S1.4 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

L'importo massimo pagato da Alleanza Assicurazioni per ciascun sinistro e per anno assicurativo non può comunque superare il capitale assicurato per persona assicurata.

Fratture ossee

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

Lussazioni

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

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

Paralisi

In caso di paralisi, strumentalmente accertata 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 pagati:

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

S1.5 - DENUNCIA DELLA LESIONE

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

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non 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;
- 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/o certificazione medica corredata da referto degli esami strumentali che certificano la lesione subita.

S1.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

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

dall'Italia al Numero Verde 800.083.702

oppure

dall'estero al Numero +39 02.58.24.54.68

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

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

- 1) nome e cognome;
- 2) numero di polizza seguito dal codice ALIF (fascia tessera);



Esempio

Se il numero della polizza è 75000001, l'Assicurato dovrà comunicare:
75000001ALIF

- 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, 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.

SOLUZIONE 2 - Interventi chirurgici



Che cosa è assicurato?

S2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Non sono indennizzabili gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale.

S2.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

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



Esempio

Capitale assicurato: € 100.000
 Intervento: Craniotomia per patologie tumorali
 Indennizzo Classe 4: € 100.000 x 25% = € 25.000

S2.3 - 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 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 e/o il fisioterapista inviato dalla Struttura Organizzativa, alle condizioni concordate con la Struttura Organizzativa stessa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S2.4 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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).**

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.**

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

S2.5 - DENUNCIA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO

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

La denuncia deve contenere:

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

S2.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE

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

dall'Italia: 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);



Esempio

Se il numero della polizza è 75000136, l'Assicurato dovrà comunicare:
75000136ALIC

- 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 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.

SOLUZIONE 3 - Minori



Che cosa è assicurato?

S3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Lesioni per tutte le cause

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

Intervento chirurgico

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

Non sono indennizzabili gli interventi chirurgici effettuati in regime ambulatoriale.

Assistenza Medica e Pediatrica

a) Consulenza medica

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

b) Consulenza pediatrica

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

c) Invio di una baby-sitter

Se uno dei genitori viene ricoverato in seguito ad infortunio e/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.**

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.

S3.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

Lesioni per tutte le cause

Le lesioni indennizzabili sono raggruppate in 7 CLUSTER (vedi ALLEGATO 1 - CLUSTER LESIONI), ciascuno dei quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale (%) del capitale assicurato, riportato nella tabella seguente:

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

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

**Esempio**

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 (vedi ALLEGATO 2 - CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI), ciascuna delle quali prevede un indennizzo, pari alla percentuale (%) del capitale assicurato, riportato nella tabella seguente:

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

**Esempio**

Capitale assicurato:	€ 100.000
Intervento:	Adenoidectomia
Classe:	1
Indennizzo:	€ 100.000 x 1% = € 1.000

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

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

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S3.4 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**Lesioni per tutte le cause**

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

L'importo massimo pagato da Alleanza Assicurazioni per ciascun sinistro e per anno assicurativo non può comunque superare il capitale assicurato per persona assicurata.

Fratture ossee

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

Lussazioni

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

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

Paralisi

In caso di paralisi, strumentalmente accertata 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 pagati:

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

Interventi chirurgici

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).**

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.

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

S3.5 - DENUNCIA DEL SINISTRO

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

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non è già in possesso di un documento in corso di validità;
- decreto del giudice tutelare se l'avente diritto alla liquidazione è minorenne.

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/o 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.

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);



Esempio

Se il numero della polizza è 75000138, l'Assicurato dovrà comunicare:
75000138ALPJ

- 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, se necessario, relativi alla salute e a reati e condanne penali, così come indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati ricevuta.

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

SOLUZIONE 4a - Diarie



Che cosa è assicurato?

S4a.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

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

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

Indennità per ricovero ospedaliero

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

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**.

Indennità per immobilizzazione

In caso di immobilizzazione, Alleanza Assicurazioni paga l'indennizzo previsto dal pacchetto scelto dall'Assicurato e riportato in polizza, **per un numero di giorni calcolati a partire dall'applicazione e fino alla rimozione dell'apparecchio ortopedico immobilizzante, entro il limite di 60 giorni**.

Immobilizzazione

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

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, prescritta da 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*)

AVVERTENZA: La garanzia "Indennità per immobilizzazione" non è cumulabile con la garanzia "Indennità per ricovero ospedaliero".

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

Indennità per convalescenza post ricovero

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

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 "Indennità per convalescenza post ricovero" non è cumulabile con la garanzia "Indennità per immobilizzazione".

Pertanto, l'Indennità per 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.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S4a.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO

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

La denuncia deve contenere:

- copia di un documento di riconoscimento dell'avente diritto se Alleanza Assicurazioni non 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?

Perdita di impiego

S4b.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

S4b.2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

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

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

S4b.3 - SINISTRI SUCCESSIVI PER PERDITA 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?

S4b.4 - DENUNCIA DELLA PERDITA DI IMPIEGO

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

La denuncia deve contenere:

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

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

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

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire ad Alleanza Assicurazioni di svolgere le indagini e gli accertamenti necessari nonché, ove richiesti, si impegna ad autorizzare il 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?

S5.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Non sono indennizzabili patologie che non sono espressamente elencate.

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

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

S5.1.1 - Estensione della garanzia a Coronavirus – Covid - 19

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

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

S5.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

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

Esempio

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S5.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

Se nel corso della stessa annualità assicurativa vengono diagnosticate, per la prima volta, più patologie rientranti tra quelle espressamente elencate nell'ALLEGATO 3 - CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE, l'importo complessivo degli indennizzi corrisposto nel corso dell'annualità assicurativa **non può superare, per persona assicurata, il capitale assicurato previsto per il pacchetto prescelto e indicato in polizza.**

S5.4 - DENUNCIA DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA

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

La denuncia deve contenere:

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

S5.4.1 - Denuncia di ricovero in terapia intensiva a seguito Coronavirus – Covid - 19

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

La denuncia deve contenere:

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

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE



Che cosa non è assicurato?

Art. 1 - RISCHI NON ASSICURABILI

Alleanza Assicurazioni non assicura, per tutte le Soluzioni:

- a) persone residenti all'estero, con l'eccezione della Repubblica di San Marino
- b) persone affette da:
 - 1) alcoolismo;
 - 2) tossicodipendenza;
 - 3) sieropositività HIV;
 - 4) le seguenti malattie mentali: sindrome organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidei, forme maniaco-depressive.
- c) persone che soffrono o hanno sofferto delle seguenti patologie:
 - 1) tumori maligni diagnosticati e/o trattati nei dieci anni precedenti alla data di sottoscrizione della proposta;
 - 2) diabete in terapia insulinica;
 - 3) malattie neurodegenerative (come ad esempio: Malattia di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, morbo di Parkinson);
 - 4) epatopatie croniche e cirrosi epatica;
 - 5) pancreatite cronica;
 - 6) ictus cerebrale ischemico (incluso TIA) o emorragico insorto nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della proposta;
 - 7) grave scompenso d'organi (come ad esempio rene, surrene, ipofisi, pancreas);
 - 8) patologie cardiache diagnosticate e/o trattate nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della proposta:
 - a. insufficienza cardiaca;
 - b. coronaropatie;
 - c. aritmie cardiache (come ad esempio: fibrillazione atriale, tachicardia sopra-ventricolare) ad eccezione delle extrasistole benigne.

AVVERTENZA: Il Contraente prende atto e riconosce che se Alleanza Assicurazioni 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.

Art. 2 - PATOLOGIE PREESISTENTI

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

L'assunzione continuativa di farmaci specifici per patologia (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.

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



Ci sono limiti di copertura?

Art. 4 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER EVENTI CAUSATI DA INFORTUNIO

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

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

Sono inoltre esclusi i ricoveri ospedalieri e gli interventi chirurgici:

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

- e. per protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi protesici e di implantologia;
- f. per la cura di malattie mentali, disturbi psichici in genere;
- g. per cure non rientranti nei protocolli dell'OMS (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 (inclusa la displasia della cervice uterina CIN-1, CIN-2 e CIN-3) o che sono istologicamente descritti come pre-maligni o non-invasivi;
- tutti i tumori della pelle, incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose;
- attacco ischemico transitorio (TIA).

Art. 7 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO

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

- a. l'Assicurato non ha prestato la propria attività lavorativa come Lavoratore Dipendente Privato in modo continuativo per i 12 mesi immediatamente precedenti la data in cui si è verificato il sinistro. Non vengono considerate eventuali interruzioni del rapporto di lavoro di durata non superiore a 2 settimane;
- b. l'Assicurato, al momento del sinistro, non aveva concluso e superato il periodo di prova;
- c. alla data di decorrenza dell'assicurazione, l'Assicurato era a conoscenza della prossima disoccupazione, o comunque gli erano note circostanze che oggettivamente facevano prevedere che tale evento si sarebbe verificato;
- d. la disoccupazione è conseguenza di licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, o di licenziamento disciplinare, o è conseguenza di risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza derivante dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);
- e. la disoccupazione è conseguenza di pensionamento o prepensionamento;
- f. la disoccupazione è un evento programmato in base alla natura di rapporto a tempo determinato del contratto di lavoro o se, comunque, il rapporto di lavoro dell'Assicurato aveva carattere stagionale e/o temporaneo e/o la relativa perdita è la conseguenza della scadenza di un termine (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 Assicurazioni e alle indagini, valutazioni ed accertamenti necessari per la determinazione del diritto all'indennizzo.**

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

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

Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

Ricevuta la documentazione completa attinente al sinistro e compiuti gli accertamenti del caso, Alleanza Assicurazioni, **entro trenta giorni** dal ricevimento della documentazione stessa:

- paga l'indennizzo, se l'esito della valutazione è positivo; in caso contrario
- informa l'Assicurato del rifiuto.

Richieste di pagamento incomplete potrebbero comportare un rallentamento dei tempi dei pagamenti dovuti.

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

Art. 3 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

Alleanza Assicurazioni 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 Art. 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

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

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

ALLEGATO 3

CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE

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

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

SOMMARIO

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

NORME COMUNI

Che cosa è assicurato?

Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO	4
--------------------------------------	---

Quando comincia la copertura?

Art. 2 - CONCLUSIONE DEL CONTRATTO – VERSAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA.....	4
Art. 2.1 - DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA	4

Quando e come devo pagare?

Art. 2.2 - VERSAMENTO DEL PREMIO.....	5
---------------------------------------	---

Come posso disdire la polizza?

Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA	6
Art. 4 - DIRITTO DEL CONTRAENTE AL RIPENSAMENTO – RECESSO	6
Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	6
Art. 6 - DURATA DEL CONTRATTO – RECESSO.....	7

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 7 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE O ASSICURATO – VARIAZIONE DEL RISCHIO.....	7
Art. 8 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI.....	7
Art. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI.....	7
Art. 10 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	7
Art. 11 - MODALITÀ DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI	7
Art. 12 - ONERI FISCALI.....	8
Art. 13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	8
Art. 14 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI INTERNAZIONALI	8

Dove vale la copertura?

Art. 15 - VALIDITÀ TERRITORIALE	8
---------------------------------------	---

LE GARANZIE

SOLUZIONE 1 - Lesioni per tutte le cause

Che cosa è assicurato?

S1.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
S1.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	9
S1.3 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE.....	9

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S1.4 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.....	9
S1.5 - DENUNCIA DELLA LESIONE	10
S1.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE	10

SOLUZIONE 2 - Interventi chirurgici

Che cosa è assicurato?

S2.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	11
S2.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	11
S2.3 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE.....	11

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S2.4 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.....	12
S2.5 - DENUNCIA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO	12
S2.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE	12

SOLUZIONE 3 - Minori

Che cosa è assicurato?

S3.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	13
S3.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	13
S3.3 - ASSISTENZA DOMICILIARE ALLA RIABILITAZIONE.....	14

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S3.4 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.....	14
S3.5 - DENUNCIA DEL SINISTRO	15
S3.6 - RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE	16

SOLUZIONE 4a - Diarie

Che cosa è assicurato?

S4a.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	16
S4a.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ	17

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S4a.3 - DENUNCIA DEL SINISTRO	18
-------------------------------------	----

SOLUZIONE 4b - Interruzione reddito Lavoratori Dipendenti

Che cosa è assicurato?

Perdita di impiego.....	18
S4b.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	18
S4b.2 - CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	18
S4b.3 - SINISTRI SUCCESSIVI PER PERDITA DI IMPIEGO	18

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S4b.4 - DENUNCIA DELLA PERDITA DI IMPIEGO.....	19
--	----

SOLUZIONE 5 - Grandi Cure

Che cosa è assicurato?

S5.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	19
S5.2 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO	20

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

S5.3 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ.....	20
S5.4 - DENUNCIA DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA	20

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Che cosa non è assicurato?

Art. 1 - RISCHI NON ASSICURABILI	21
Art. 2 - PATOLOGIE PREESISTENTI.....	21
Art. 3 - ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	21

Ci sono limiti di copertura?

Art. 4 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER EVENTI CAUSATI DA INFORTUNIO	22
Art. 5 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI.....	22
Art. 6 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA GRANDI CURE.....	23
Art. 7 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO.....	23

NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Art. 1 - ACCERTAMENTI MEDICI	24
Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI.....	24
Art. 3 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA	24
Art. 4 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE	24

ALLEGATO 1 CLUSTER LESIONI	25
---	-----------

ALLEGATO 2 CLASSI INTERVENTI CHIRURGICI.....	30
---	-----------

ALLEGATO 3 CLASSI PATOLOGIE ASSICURATE.....	31
--	-----------