LINEA **PROTEZIONE**

SEMPLICE
con Alleanza

Assicurazione infortuni, malattia e perdita di impiego

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
Aggiornamento al 19 ottobre 2026

Le presenti condizioni di assicurazione, con Documento informativo precontrattuale (DIP) e Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni) devono essere consegnati al Contraente prima della firma della Proposta di Assicurazione.

Il contratto è realizzato secondo le Linee Guida del Tavolo Tecnico "Contratti Semplici e Chiari" coordinato dall'ANIA, aggiornate in base alle "Linee Guida per contratti chiari e comprensibili 2024".

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.

GENERALI

ALLEANZA ASSICURAZIONI

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO 1

"SEMPLICE CON ALLEANZA" 1
FUNZIONAMENTO 1
AVVERTENZE 2
AREA CLIENTI E CONTATTI UTILI 2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 3

DEFINIZIONI 3

NORME COMUNI 7

Che cosa è assicurato?

Art. 1 - OGGETTO DEL CONTRATTO 7
Art. 1.1 - REQUISITI DI ASSICURABILITÀ 7

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA 8
Art. 2.1 - DECORRENZA E TERMINI DI ASPETTATIVA 8
Art. 2.2 - DURATA DEL CONTRATTO – RECESSO E DISDETTA 9

Quando e come devo pagare?

Art. 2.3 - PAGAMENTO DEL PREMIO 9
Art. 2.3.1 - MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO 10

Come posso disdire la polizza?

Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA 11
Art. 4 - DIRITTO DEL CONTRAENTE AL RIPENSAMENTO – RECESSO 11
Art. 5 - RECESSO IN CASO DI SINISTRO 11

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa.

Art. 6 - DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO – VARIAZIONE DEL RISCHIO 11
Art. 7 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI 12
Art. 8 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI 12
Art. 9 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE 12
Art. 10 - MODIFICA IN CORSO DI CONTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DA PARTE DI ALLEANZA 12
Art. 11 - ATTIVAZIONE DELLE SOLUZIONI E MODIFICHE DA PARTE DEL CONTRAENTE 13
Art. 12 - MODALITÀ DI INVIO DELLE COMUNICAZIONI 14
Art. 13 - ONERI FISCALI 14
Art. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 14
Art. 15 - CLAUSOLA DI INOPERATIVITÀ DELLA COPERTURA PER SANZIONI INTERNAZIONALI 14
Art. 16 - CLAUSOLA DI ESCLUSIONE TERRITORIALE 14
Art. 17 - PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO 14

Dove vale la copertura?

Art. 18 - VALIDITÀ TERRITORIALE 14

LE GARANZIE 15

SOLUZIONE 1 – Lesioni per tutte le cause

Che cosa è assicurato?

Art. S1.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 15
Art. S1.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO 15
Art. S1.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ 16
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 18
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 21

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 23
Art. S3.5 DENUNCIA DEL SINISTRO 25
Art. S3.6 RICHIESTA ASSISTENZA DOMICILIARE 26

SOLUZIONE 4A – Diarie

Che cosa è assicurato?

Art. S4A.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 27
Art. S4A.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ 27

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa.

Art. S4A.3 DENUNCIA DEL SINISTRO 29

SOLUZIONE 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti

Che cosa è assicurato?

Art. S4B.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE . . . 29
Art. S4B.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ . . . 30
Art. S4B.3 SINISTRI SUCCESSIVI PER PERDITA DI IMPIEGO . . . 30

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa.

Art. S4B.4 DENUNCIA DELLA PERDITA DI IMPIEGO . . . 30

SOLUZIONE 5 – Grandi Cure

Che cosa è assicurato?

Art. S5.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE. . . . 30
Art. S5.1.1 ESTENSIONE DELLA GARANZIA A CORONAVIRUS – COVID-19 . . . 31
Art. S5.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO . . . 31
Art. S5.3 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ . . . 31

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa.

Art. S5.4 DENUNCIA DELLA DIAGNOSI DI PATOLOGIA. . . . 32
Art. S5.4.1 DENUNCIA DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA A SEGUITO CORONAVIRUS – COVID-19. . . . 32

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE . . . 33

Che cosa non è assicurato?

Art. 1 - PERSONE NON ASSICURABILI . . . 33
Art. 2 - STATI DI SALUTE PREESISTENTI . . . 34
Art. 3 - ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE . . . 35

Ci sono limiti di copertura?

Art. 4 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER EVENTI CAUSATI DA INFORTUNIO . . . 35
Art. 5 - ESCLUSIONI SPECIFICHE PER INTERVENTI CHIRURGICI E RICOVERI OSPEDALIERI . . . 36
Art. 6 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA GRANDI CURE. . . . 36
Art. 7 - ESCLUSIONI SPECIFICHE GARANZIA PERDITA DI IMPIEGO. . . . 37

NORME COMUNI IN CASO DI SINISTRO . . . 38

Che obblighi ho?
Quali obblighi ha l'impresa.

Art. 1 - ACCERTAMENTI MEDICI . . . 38
Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI. . . . 38
Art. 3 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA . . . 38
Art. 4 - CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE . . . 38

ALLEGATO 1 **CLUSTER LESIONI** . . . 40
ALLEGATO 2 **INTERVENTI CHIRURGICI** . . . 45
ALLEGATO 3 **PATOLOGIE ASSICURATE** . . . 47

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

"SEMPLICE CON ALLEANZA"

Semplice con Alleanza è un'Assicurazione pensata per proteggerti in caso di Infortunio, Malattia e Perdita d'Impiego che ti garantisce un sostegno finanziario nei momenti di difficoltà. Prevede anche l'erogazione di servizi di assistenza in situazioni di difficoltà determinate da imprevisti.

Semplice con Alleanza può essere sottoscritta solo da persone fisiche.

FUNZIONAMENTO

Semplice con Alleanza prevede 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 **5 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 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 **pari o superiore a 18 anni** puoi scegliere **una o più Garanzie Opzionali**.

Le soluzioni **4A – Diarie** e **4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti sono alternative**: non possono essere dunque scelte entrambe dallo stesso Assicurato.

La **Soluzione 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti è vincolata**, può essere quindi selezionata solo in abbinamento ad altre due soluzioni delle quali almeno una deve essere di pacchetto pari o superiore rispetto a quello scelto per la Soluzione 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti.

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;
- Lettera iniziale maiuscola: per indicare che la parola è presente e ha il significato descritto nelle definizioni;
- box con esempi:

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

AREA CLIENTI E CONTATTI UTILI

Ti ricordiamo che in caso di Sinistro, tu o l'Assicurato, dovete rivolgervi subito all'Agenzia di riferimento che vi aiuta 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 Redion Italy Insurance S.p.A. 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 all'Area Clienti attraverso il sito **www.alleanza.it** o scaricando l'App Alleanza.

È POSSIBILE REGISTRARSI E ACCEDERE IN MODO GRATUITO ALL'AREA CLIENTI DAL SITO INTERNET WWW.ALLEANZA.IT O DALL'APP ALLEANZA

Tramite l'Area Clienti è possibile, **ad esempio**:

- verificare i contratti attivi e non attivi e le garanzie acquistate;
- verificare lo stato di pagamento dei Premi e le relative scadenze;
- effettuare il pagamento dei Premi successivi al primo;
- visualizzare e scaricare la documentazione contrattuale;
- verificare i contatti dell'Agenzia di riferimento;
- consultare e aggiornare i dati personali e i consensi privacy;
- segnalare un Sinistro.

Nel testo delle Condizioni, Alleanza Assicurazioni S.p.A. è indicata come Alleanza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(Ed. 026 - Aggiornamento al 19 ottobre 2026)

DEFINIZIONI

I TERMINI DI SEGUITO INDICATI HANNO IL SIGNIFICATO QUI PRECISATO E SONO SEMPRE RIPORTATI NEL TESTO CON LETTERA INIZIALE MAIUSCOLA

Alcolismo -Tossicodipendenza
Una condizione patologica cronica caratterizzata dal consumo continuativo o di abuso di quantità, di alcool o sostanze o farmaci psicotropi, in misura tale da determinare nell'organismo la comparsa di una vera e propria dipendenza attestata da documentazione medica.

Anamnesi prossima
Documenti sanitari che riguardano la patologia oggetto della prestazione. L'anamnesi deve essere datata e dettagliata.

Anamnesi remota
Storia cronologica delle malattie, traumi e interventi sofferti nel passato. L'anamnesi deve essere datata e dettagliata.

Annualità assicurativa
È il periodo che intercorre, per il primo anno, tra la data di decorrenza e la prima ricorrenza annuale e per le annualità successive è il periodo che intercorre tra due consecutive ricorrenze annuali.

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 pagamento 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 agiscono 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 che contiene le generalità per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente
Persona fisica 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.

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 selezionabili. 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 o paramedico.

Indennizzo
Somma predeterminata pagata da Alleanza in caso di sinistro.

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

Intervento in Regime 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.
Non rientrano nella definizione gli accertamenti diagnostici.

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 istituiti 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 rientrano nella definizione 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 indicato in Polizza che può essere indennizzato da Alleanza per Assicurato, per sinistro 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 pagato al momento della firma del contratto.

Proposta
Modulo firmato 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 firmato solamente dai soggetti con un'età anagrafica pari o superiore a 18 anni in caso di scelta della Soluzione 2 – Interventi Chirurgici e della Soluzione 5 – Grandi Cure.

Regola dei Nove
Metodo per valutare la gravità delle ustioni. Opera attraverso una suddivisione del corpo umano in varie regioni, ognuna delle quali corrisponde a una percentuale (%) approssimativa della superficie corporea totale.

Suddivisione in percentuale (%) del corpo umano secondo la regola dei nove:

- Testa e collo (9%)
- Ciascun arto superiore (9%)
- Ciascun arto inferiore (18%)
- Tronco anteriore (18%)
- Tronco posteriore (18%)
- Area genitale (1%)

La classificazione su indicata è applicata a livello europeo, si può consultare sul sito dell'Istituto Dermatologico Europeo (IDE) ed è utilizzata dai professionisti medici per determinare l'estensione dell'ustione.

Ricovero
Degenza in istituto di cura che comporta 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.

Stati Preesistenti
Per la validità delle coperture assicurative, sono considerati stati preesistenti le malattie e gli infortuni che, alla data di decorrenza della copertura, non risultano clinicamente guariti, ovvero con postumi, necessità di cure o terapie, oppure con recidive o complicanze in atto. Lo stato di salute deve essere certificato da un medico abilitato. Allenza si riserva la facoltà di richiedere idonea documentazione attestante la guarigione clinica pregressa.

Struttura Organizzativa
Struttura di Redion Italy Insurance S.p.A. - Via del Mulino n. 4 - 20057 Assago (MI), 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 un'Assicurazione che tutela l'Assicurato dai 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.

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 del 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 opera, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie relative alle soluzioni indicate in 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** compresa:
   - tra **18 anni** e **75 anni**: per le **Soluzioni 1 – Lesioni**, **2 – Interventi Chirurgici**, **4A – Diarie** e **5 – Grandi Cure**;
   - tra **18 anni** e **65 anni**: per la **Soluzione 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti**;
   - tra **0 anni** e **17 anni**: per la **Soluzione 3 – Minori**.
2. ricevono esito positivo dalla compilazione del Questionario Sanitario 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 del 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 in modo esclusivo dai **nuovi Assicurati o dagli Assicurati già presenti nella Polizza che scelgono 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:

Paola è nata il 17/10/2005 e firma 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 scegliere le soluzioni 1 – Lesioni, 2 – Interventi Chirurgici, 4A – Diarie, 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti, 5 – Grandi Cure.

ESEMPIO:

10/11/2023: Marco ha scelto le Soluzioni 1 – Lesioni e 2 – Interventi Chirurgici. Per poter attivare la Soluzione 2 – Interventi Chirurgici, compila il Questionario Sanitario.
10/03/2024: Marco sceglie la Soluzione 5 – Grandi Cure e decide di inserire nella Polizza un nuovo Assicurato, Andrea. Andrea sceglie 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 attivare 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 firma originaria della Polizza (10/11/2023).

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Art. 2 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

Se il pagamento del Premio di perfezionamento è andato a buon fine, il contratto è in vigore dalle ore 24:00 della data di decorrenza indicata in Polizza, fermi i termini di Aspettativa indicati 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 gli eventi che conseguono a Malattia che sono l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche o malformazioni insorte prima della stipula del contratto, non conosciute o non diagnosticate al momento della stipula stessa;
   - **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 scelti;
   - **per i nuovi Assicurati**, **le nuove soluzioni e i nuovi pacchetti** scelti, 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 sceglie il pacchetto small della Soluzione 2 – Interventi Chirurgici.
01/08/2023: Paola incrementa il livello di copertura della Soluzione 2 – Interventi Chirurgici con la scelta del 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 ad un Intervento Chirurgico per Malattia e denuncia il Sinistro.

Alleanza corrisponde l'Indennizzo previsto per il pacchetto small scelto il 01/08/2018, in quanto il pacchetto large è stato scelto il 01/08/2023 e il periodo di Aspettativa per lo stesso (180 giorni) non si è concluso.

Art. 2.2 - DURATA DEL CONTRATTO – RECESSO E DISDETTA

Il contratto ha una durata iniziale di **5 anni con tacito rinnovo**. **Alla scadenza del quinquennio** il contratto si rinnova automaticamente per **un anno** e **così per gli anni successivi**.

Recesso

Il Contraente può comunque recedere dal contratto, nel corso dei primi 5 anni, a ogni Annualità assicurativa, senza costi e **con preavviso di almeno 30 giorni**. Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta** secondo le modalità previste all'**Art. 12 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente sezione, con l'indicazione di "Recesso" sulla busta o, in caso di utilizzo dell'e-mail o PEC, nell'oggetto della comunicazione.

Disdetta

Il Contraente o Alleanza possono impedire il rinnovo con l'invio di una comunicazione scritta di disdetta **con preavviso di almeno 30 giorni** rispetto alla relativa scadenza con le modalità previste all'**Art. 12 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente sezione, con l'indicazione di "Disdetta" sulla busta o, in caso di utilizzo dell'e-mail o PEC, nell'oggetto della comunicazione.

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 (Pagamento 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 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio è annuale e può essere pagato 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	- **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..	- **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	- **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..	- addebito diretto su conto corrente (**Sepa Direct Debit – SDD**); - **P.O.S. o altri mezzi di pagamento elettronico**, se disponibili.

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 pagamento.

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 pagamento del Premio.

AVVERTENZE:

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 opera, anche se firmato.

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 anche se gli importi di Premio non sono stati ancora ricevuti da Alleanza solo se il Premio è successivamente accreditato. In caso di mancato accredito le garanzie non operano o rimangono sospese. Resta comunque fermo quanto previsto dall'**Art. 2.3.1 (Mancato pagamento del Premio)**.

Il Soggetto Pagante può verificare le date di scadenza delle singole rate di Premio e i pagamenti effettuati nella sezione "Pagamenti" dell'Area Clienti sul sito **www.alleanza.it** o dell'App Alleanza.

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 scelte rimangono sospesi fino alle ore 24:00 del giorno in cui il Soggetto Pagante paga il Premio dovuto.

Il contratto ha effetto dalle ore 24:00 della data di decorrenza della Polizza, se a tale data è stato pagato il Premio di perfezionamento, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 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 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza della prima rata di Premio non pagata** e produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24:00 del giorno del **pagamento di tutte le rate scadute e non pagate e la parte del Premio residuo a completamento dell'Annualità assicurativa**, 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 disdire la polizza?

Art. 3 - REVOCA DELLA PROPOSTA

Trascorso il periodo di irrevocabilità di 15 giorni dalla data di firma della Proposta(1), il Contraente, **se il contratto non è ancora concluso**, può revocare la Proposta stessa. Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta**, secondo le modalità descritte nell'**Art. 12 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente sezione, con l'indicazione di "Revoca" sulla busta o, in caso di utilizzo dell'e-mail o PEC, 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 pagato, 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 per intero mediante tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente può recedere **entro 14 giorni dalla conclusione del contratto**. Il Contraente deve inviare una **comunicazione scritta** secondo le modalità descritte all'**Art. 12 (Modalità di invio delle comunicazioni)** della presente sezione.

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 pagato, 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. 12 (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 30° giorno successivo alla data di effetto del recesso, Alleanza rimborsa al Soggetto Pagante il rateo di Premio imponibile pagato e non goduto.

Il pagamento 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 E DELL'ASSICURATO – VARIAZIONE DEL RISCHIO

Alleanza consente l'Assicurazione e determina il Premio in base alle dichiarazioni del Contraente/Assicurato sui dati e le circostanze richiesti. **Il Contraente/Assicurato deve fornire ad Alleanza informazioni precise e complete che possono influire sulla valutazione del Rischio.** Se il Contraente/Assicurato fornisce dati

(1) Artt. 1329 e 1887 del Codice Civile

inesatti o parziali sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, può:
- perdere del tutto o in parte l'Indennizzo, e
- determinare la cessazione dell'Assicurazione(2).

Alleanza può trattenere i Premi già incassati e il Premio per il periodo di Assicurazione in corso.

Il Contraente/Assicurato **deve subito comunicare** ad Alleanza se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da aumentare la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (**aggravamento del Rischio**). Se non rispetta questo obbligo, può perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo(3).

Il Contraente/Assicurato può inoltre comunicare ad Alleanza se nel corso del contratto la situazione considerata al momento in cui il contratto ha avuto inizio si modifica in modo da diminuire la probabilità che l'evento dannoso si verifichi (**diminuzione del Rischio**). In tal caso, per la scadenza di Premio successiva alla comunicazione, Alleanza può richiedere il minor Premio o recedere dal contratto(4).

AVVERTENZA:

per i soli Assicurati maggiorenni, l'assunzione avviene sulla base delle risposte fornite al Questionario Sanitario. In fase di firma del Questionario Sanitario, l'Assicurato deve verificare la corretta compilazione.

Art. 7 - ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Il Contraente o l'Assicurato(5) **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: abbinate a biglietti di viaggio, conti correnti, carte di credito, mutuo fondiario o ipotecario).

Art. 8 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

La presente Assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, pertanto gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato(6).

Art. 9 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 10 - MODIFICA IN CORSO DI CONTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE DA PARTE DI ALLEANZA

Nel periodo di validità dell'Assicurazione, 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 che riguardano 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. 12 - 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.

(2) Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile
(3) Art. 1898 del Codice Civile
(4) Art. 1897 del Codice Civile
(5) Artt. 1910 del Codice Civile
(6) Art. 1891 del Codice Civile

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. 12 - 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.

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. 11 - ATTIVAZIONE DELLE SOLUZIONI E MODIFICHE DA PARTE DEL CONTRAENTE

Semplice con Alleanza è un'Assicurazione 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 attivata**, **mediante la modifica del pacchetto scelto**.

Restano valide ed efficaci le condizioni di Assicurazione delle soluzioni scelte 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 firma, 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 firmato 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 scelto (ad esempio da small a medium) per incrementare il capitale assicurato.

Art. 12 - 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.
- PEC: alleanza@pec.alleanza.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. 13 - ONERI FISCALI

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

Art. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Fermo ciò, all'interno del presente contratto alcuni articoli possono essere disciplinati in maniera più favorevole al Contraente.

Art. 15 - 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 o beneficio in applicazione di questo contratto, se il fatto di garantire la copertura assicurativa, pagare un Sinistro o fornire una prestazione o riconoscere un beneficio espone Alleanza a sanzioni anche finanziarie o commerciali, divieti o restrizioni che derivano da risoluzioni delle Nazioni Unite, da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti o dell'Italia. Se nelle Condizioni di assicurazione è presente una norma contrattuale difforme, questa disposizione prevale su ogni altra.

Art. 16 - CLAUSOLA DI ESCLUSIONE TERRITORIALE

Questo contratto esclude la prestazione di qualsiasi servizio assicurativo, copertura o beneficio in relazione a perdite, danni o responsabilità:

(i) che derivano da attività svolte nei Paesi elencati in calce alla presente clausola o nelle loro acque territoriali, zona contigua, zona economica esclusiva ("le Acque"), diverse dal solo passaggio senza alcuna sosta in uno o più dei predetti Paesi/Territori o loro Acque e con l'eccezione delle rotte internazionali;

(ii) sostenuti dal governo di uno o più dei predetti Paesi/Territori, da persone o entità residenti o situate in uno dei predetti Paesi o territori o nelle loro acque territoriali;

(iii) che derivano da attività che, direttamente o indirettamente, coinvolgono o avvantaggiano il governo di uno o più dei predetti Paesi/Territori, persone o entità giuridiche residenti o situate in uno o più degli stessi.

Tuttavia, questa esclusione non si applica alle attività svolte o ai servizi forniti in caso di emergenza per ragioni di sicurezza o quando il rischio è stato notificato all'assicuratore e quest'ultimo ha confermato per iscritto la copertura per il rischio medesimo.

Paesi/Territori non compresi nell'oggetto del rischio assicurato ai sensi della presente clausola:
Iran, Siria, Corea del Nord, Regioni Crimea, Donetsk, Luhansk, Kherson e Zaporizhzhia, Bielorussia, Federazione Russa, Cuba, Venezuela, Afghanistan, Myanmar (Burma).

Art. 17 - PRESCRIZIONE DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti che derivano dall'Assicurazione **si prescrivono dopo 2 anni** dalla data del fatto che ha dato origine al diritto, come ad es., 2 anni dalla data del sinistro per il diritto all'indennizzo.

Dove vale la copertura?

Art. 18 - 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 opera, per ciascun Assicurato, soltanto per le garanzie relative alle soluzioni presenti in Polizza.

SOLUZIONE 1 – Lesioni per tutte le cause

Che cosa è assicurato?

Art. S1.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di Lesione conseguente a Infortunio o Malattia 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 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, i principali criteri di indennizzabilità.

Lesioni da Infortunio

Le Lesioni da infortunio devono essere certificate dal verbale di pronto soccorso emesso non oltre 15 giorni dalla data dell'Infortunio.

Fratture ossee

Le Fratture ossee **devono essere diagnosticate** da un esame radiografico.

Se la Frattura è causata da Infortunio, l'esame radiografico deve essere eseguito presso un pronto soccorso entro 15 giorni dalla data dell'evento; se la Frattura è causata da Malattia, l'esame radiografico può essere eseguito anche presso un Istituto di cura.

Fratture vertebre

Le fratture alle vertebre **devono essere diagnosticate** da una risonanza magnetica eseguita presso un Istituto di cura.

Se la frattura alla vertebra è causata da Infortunio la risonanza magnetica deve essere effettuata entro 15 giorni dalla data dell'evento.

Lussazioni

Le Lussazioni devono essere certificate dal verbale di pronto soccorso se causate da Infortunio, o dalla Cartella Clinica redatta dall'Istituto di cura se causate da Malattia e, in entrambi i casi, devono essere diagnosticate da un esame radiografico eseguito prima del riposizionamento (definito anche riduzione).

In caso di Lussazioni in soggetti impossibilitati ad eseguire l'esame radiografico, per motivi di salute o di salvaguardia del proprio benessere, la Lussazione deve essere diagnosticata da una risonanza magnetica eseguita entro 4 mesi dal verificarsi dell'evento.

La riduzione della Lussazione deve essere effettuata da un medico presso un pronto soccorso o presso un Istituto di cura.

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

Lesioni muscolo tendinee-legamentose

Le Lesioni muscolo tendinee-legamentose devono essere certificate dal verbale di pronto soccorso se causate da Infortunio, o dalla Cartella Clinica redatta dall'Istituto di cura se causate da Malattia e, in entrambi i casi, devono essere diagnosticate da una risonanza magnetica effettuata presso un Istituto di cura.

Ustioni

La quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da Ustioni avviene in base a quanto è indicato:

- nella Cartella Clinica rilasciata dall'Istituto di cura;
- dalla Regola dei Nove se nella Cartella Clinica non è presente la percentuale di superficie corporea ustionata, ma è indicata solo la zona del corpo interessata dall'Ustione.

Con riferimento al primo punto si precisa che, ai fini della liquidazione, le informazioni indicate nella Cartella Clinica deve essere coerenti con quanto è previsto dalla Regola dei Nove.

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 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**.

ESEMPIO DI LUSSAZIONE IN SOGGETTO IMPOSSIBILITATO AD ESEGUIRE L'ESAME RADIOGRAFICO

Paola si è lussata la spalla ed è in stato di gravidanza; quindi, per motivi di salvaguardia del benessere del proprio bambino può rifiutarsi di eseguire una radiografia per accertare la lussazione.
Ai fini assicurativi, Paola è quindi considerata un soggetto impossibilitato ad eseguire l'esame radiografico. Per tale motivo per provare l'avvenuta Lussazione e ottenere il pagamento dell'indennizzo, Paola deve eseguire una risonanza magnetica entro 4 mesi da quando si è verificato l'evento.

Art. S1.4 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 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 **entro 10 giorni dalla data dell'evento**.

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;
- in caso di Lesione da Infortunio, copia del verbale di pronto soccorso;
- in caso di Frattura ossea, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa se causata da Malattia, in entrambi i casi referto dell'esame radiografico;
- in caso di frattura delle vertebre, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa se causata da Malattia, in entrambi i casi referto della risonanza magnetica eseguita sia in relazione all'evento denunciato sia in occasione dei successivi controlli;
- in caso di Lussazione, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa se causata da Malattia, in entrambi i casi referto dell'esame radiografico effettuato prima del riposizionamento e autorizzazione firmata dall'Assicurato per accesso agli atti sanitari.
  Per i soggetti impossibilitati ad eseguire l'esame radiografico, la denuncia dovrà contenere, referto della risonanza magnetica in sostituzione di quello dell'esame radiografico e, in aggiunta a quanto sopra, certificato del medico di famiglia con l'indicazione dell'impossibilità ad eseguire l'esame radiografico;
- in caso di Lesione muscolo tendineo-legamentosa, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa relativa al Ricovero per l'Intervento Chirurgico per il trattamento della Lesione se causata da Malattia, in entrambi i casi referto della risonanza magnetica;
- in ogni altro caso, copia della Cartella Clinica completa e certificazione medica corredata da referto degli esami strumentali che certificano la Lesione subita.

La documentazione medica elencata deve essere leggibile in tutte le sue parti o, in alternativa, deve essere redatta in formato digitale.

Art. 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);
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 **deve contattare** o far contattare la Struttura Organizzativa per fornire 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, in regime di Ricovero o di Day Surgery, 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 – 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 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 – 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 neoformazioni cutanee benigne;
e) gli Interventi laser (salvo quelli espressamente previsti nell'Allegato 2 – 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 che appartiene 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 provvede ad inviarlo al domicilio dell'Assicurato e sostiene 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), dove deve essere indicata la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;
- certificazione del medico specialista che ha posto la diagnosi con l'indicazione dell'Intervento chirurgico;
- documenti sanitari inerenti alla patologia oggetto della prestazione (Anamnesi prossima) e storia cronologica delle malattie, traumi e interventi sofferti nel passato (Anamnesi remota) datata e dettagliata. L'anamnesi deve contenere la data della prima diagnosi della patologia oggetto dell'Intervento chirurgico;
- referti ed esami strumentali eseguiti prima e dopo l'Intervento chirurgico;
- ogni altra documentazione medica integrativa contenente diagnosi circostanziata attestante lo stato patologico e la necessità dell'Intervento;
- in caso di Intervento chirurgico dovuto a Infortunio, in aggiunta a quanto su elencato: descrizione dettagliata delle modalità dell'accadimento, data dell'evento, l'entità e la sede delle Lesioni e copia del verbale del pronto soccorso.

La documentazione medica elencata deve essere leggibile in tutte le sue parti o, in alternativa, deve essere redatta in formato digitale.

Art. 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 deve 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 **deve contattare** o far contattare la Struttura Organizzativa, per fornire 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 conseguente a Infortunio o Malattia 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

Intervento chirurgico

In caso di Intervento chirurgico, in regime di Ricovero o di Day Surgery, 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 **e tiene a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di 7 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 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".

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 – 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 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".

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 - 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 e sostiene 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, i principali criteri di indennizzabilità.

Lesioni da Infortunio

Le Lesioni da infortunio **devono essere certificate** dal verbale di pronto soccorso emesso non oltre 15 giorni dalla data dell'Infortunio.

Fratture ossee

Le Fratture ossee **devono essere diagnosticate** da un esame radiografico.

Se la Frattura è causata da Infortunio, l'esame radiografico deve essere eseguito presso un pronto soccorso entro 15 giorni dalla data dell'evento; se la Frattura è causata da Malattia, l'esame radiografico può essere eseguito anche presso un Istituto di cura.

Fratture vertebre

Le fratture alle vertebre **devono essere diagnosticate** da una risonanza magnetica eseguita presso un Istituto di cura.

Se la frattura alla vertebra è causata da Infortunio la risonanza magnetica deve essere effettuata entro 15 giorni dalla data dell'evento.

Lussazioni

Le Lussazioni **devono essere certificate** dal verbale di pronto soccorso se causate da Infortunio, o dalla Cartella Clinica redatta dall'Istituto di cura se causate da Malattia e, in entrambi i casi, devono essere diagnosticate da un esame radiografico eseguito prima del riposizionamento (definito anche riduzione).

In caso di Lussazioni in soggetti impossibilitati ad eseguire l'esame radiografico, per motivi di salute o di salvaguardia del proprio benessere, la Lussazione deve essere diagnosticata da una risonanza magnetica eseguita entro 4 mesi dal verificarsi dell'evento.

La riduzione della Lussazione deve essere effettuata da un medico presso un pronto soccorso o presso un Istituto di cura.

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

Lesioni muscolo tendinee-legamentose

Le Lesioni muscolo tendinee-legamentose **devono essere certificate** dal verbale di pronto soccorso se causate da Infortunio, o dalla Cartella Clinica redatta dall'Istituto di cura se causate da Malattia e, in entrambi i casi, devono essere diagnosticate da una risonanza magnetica effettuata presso un Istituto di cura.

Ustioni

La quantificazione della percentuale di superficie corporea colpita da Ustioni avviene in base a quanto è indicato:

- nella Cartella Clinica rilasciata dall'Istituto di cura;
- dalla Regola dei Nove se nella Cartella Clinica non è presente la percentuale di superficie corporea ustionata, ma è indicata solo la zona del corpo interessata dall'Ustione.

Con riferimento al primo punto si precisa che, ai fini della liquidazione, **le informazioni indicate nella Cartella Clinica devono essere coerenti con quanto è previsto dalla Regola dei Nove**.

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 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 – 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 neoformazioni cutanee benigne;
e) gli interventi laser (salvo quelli espressamente previsti nell'Allegato 2 – 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 che appartiene 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 **entro 10 giorni dalla data dell'evento** in caso di **Lesione**, **non appena possibile** in caso di **Intervento chirurgico**.

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 minorenne.

Inoltre:

In caso di Lesione deve contenere:

- 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 Lesione da Infortunio, copia del verbale di pronto soccorso;
- in caso di Frattura ossea, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa se causata da Malattia, in entrambi i casi referto dell'esame radiografico;
- in caso di frattura delle vertebre, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa se causata da Malattia, in entrambi i casi referto della risonanza magnetica eseguita sia in relazione all'evento denunciato sia in occasione dei successivi controlli;
- in caso di Lussazione, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa se causata da Malattia, in entrambi i casi referto dell'esame radiografico effettuato prima del riposizionamento e autorizzazione firmata dall'Assicurato per accesso agli atti sanitari.
  Per i soggetti impossibilitati ad eseguire l'esame radiografico, la denuncia dovrà contenere, referto della risonanza magnetica in sostituzione di quello dell'esame radiografico e, in aggiunta a quanto sopra, certificato del medico di famiglia con l'indicazione dell'impossibilità ad eseguire l'esame radiografico;

- in caso di Lesione muscolo tendineo-legamentosa, copia del verbale di pronto soccorso se causata da Infortunio, o copia della Cartella Clinica completa relativa al Ricovero per l'Intervento Chirurgico per il trattamento della Lesione se causata da Malattia, in entrambi i casi referto della risonanza magnetica;
- in ogni altro caso, copia della Cartella Clinica completa e certificazione medica corredata da referto degli esami strumentali che certificano la Lesione subita.

La documentazione medica elencata deve essere leggibile in tutte le sue parti o, **in alternativa**, **deve essere redatta in formato digitale.**

In caso di Intervento chirurgico deve contenere:

- copia della Cartella Clinica completa, comprensiva della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dove deve essere indicata la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;
- certificazione del medico specialista che ha posto la diagnosi con l'indicazione dell'Intervento chirurgico;
- documenti sanitari inerenti alla patologia oggetto della prestazione (Anamnesi prossima) e storia cronologica delle malattie, traumi e interventi sofferti nel passato (Anamnesi remota) datata e dettagliata. L'anamnesi deve contenere la data della prima diagnosi della patologia oggetto dell'Intervento chirurgico;
- referti ed esami strumentali eseguiti prima e dopo l'Intervento chirurgico;
- ogni altra documentazione medica integrativa contenente diagnosi circostanziata attestante lo stato patologico e la necessità dell'Intervento;
- in caso di Intervento chirurgico dovuto a Infortunio, in aggiunta a quanto su elencato: descrizione dettagliata delle modalità dell'accadimento, data dell'evento, l'entità e la sede delle Lesioni e copia del verbale del pronto soccorso.

La documentazione medica elencata deve essere leggibile in tutte le sue parti o, in alternativa, deve essere redatta in formato digitale.

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 **deve 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 **deve contattare** o far contattare le Struttura Organizzativa, per fornire 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. S4A.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- **Ricovero ospedaliero** o **Intervento chirurgico in regime di Ricovero o di Day Surgery**;
- **Immobilizzazione** per l'applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante equivalente;
- **convalescenza post Ricovero ospedaliero o Intervento chirurgico in regime di Ricovero o 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 Ricovero o di Day Surgery, Alleanza paga un Indennizzo variabile in funzione del pacchetto scelto indicato in Polizza, per ogni giorno di Ricovero, **fino ad un massimale di 360 giorni per ogni Ricovero e Annualità assicurativa.**.

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 o paramedico**, **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 Ricovero o 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'eventuale apparecchio ortopedico immobilizzante applicato.

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".

DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO
ESEMPIO DI GARANZIA DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO NON CUMULABILE CON LA GARANZIA DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE.

ESEMPIO 1:
Marco è stato ricoverato in Istituto di Cura dal 25/9 al 30/9, viene dimesso dall'Istituto di Cura il 30/9 con apparecchio immobilizzante applicato lo stesso giorno e che deve tenere fino al 10/10. Il 10/10 Marco si reca presso l'Istituto di Cura dove tolgono l'apparecchio immobilizzante e prescrivono la convalescenza fino al 20/10.
Alleanza paga a Marco:
- la Diaria da Ricovero dal 25/9 al 29/9;
- la Diaria da Immobilizzazione dal 30/9 (giorno di applicazione dell'apparecchio immobilizzante) al 10/10;
- la Diaria da convalescenza post Ricovero dall'10/10 (giorno di rimozione dell'apparecchio immobilizzante) al 20/10.

ESEMPIO 2:
Marco è stato ricoverato in Istituto di Cura dal 25/9 al 30/9, viene dimesso dall'Istituto di Cura il 30/9 con apparecchio immobilizzante applicato lo stesso giorno e che deve tenere fino al 10/10. Il 10/10 Marco si reca presso l'Istituto di Cura dove tolgono l'apparecchio immobilizzante e senza prescrizione di convalescenza.
Alleanza paga a Marco:
- la Diaria da Ricovero dal 25/9 al 29/9;
- la Diaria da Immobilizzazione dal 30/9 (giorno di applicazione dell'apparecchio immobilizzante) al 10/10, senza pagare anche la Diaria da convalescenza post Ricovero.

IMMOBILIZZAZIONE: si intende l'Immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante *apparecchi ortopedici immobilizzanti*, **applicati e rimossi da personale medico o paramedico**.
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 "molli";
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 deve contenere:

- 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 Ricovero dovuto a Infortunio, in aggiunta a quanto su elencato: descrizione dettagliata delle modalità dell'accadimento, data dell'evento, l'entità e la sede delle Lesioni e copia del verbale del pronto soccorso.

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 deve contenere:

- 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 ossea, della lesione capsulare o della rottura legamentosa completa o parziale;
- 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.

La documentazione medica elencata deve essere leggibile in tutte le sue parti o, in alternativa, deve essere redatta in formato digitale.

SOLUZIONE 4B – Interruzione del Reddito Lavoratori Dipendenti

Che cosa è assicurato?

Art. S4B.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di Disoccupazione 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:

Allenza 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;
- 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 di 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 che attesta l'assenza di trattamento pensionistico successivo 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 con l'invio di 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 – 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

AVVERTENZA:

l'Indennizzo è riconosciuto esclusivamente in occasione della prima diagnosi della patologia assicurata e non è dovuto per successive manifestazioni della medesima patologia.

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 – 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 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 – PATOLOGIE ASSICURATE;**
- **le patologie diagnosticate in coincidenza del decesso dell'Assicurato;**
- **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, la diagnosi di Tumore maligno deve essere accompagnata dall'esame istologico.

La documentazione medica elencata deve essere leggibile in tutte le sue part o in alternativa, deve essere redatta in formato digitale.

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 **entro 10 giorni dalla data dell'evento**.

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.

La documentazione medica elencata deve essere leggibile in tutte le sue parti o, in alternativa, deve essere redatta in formato digitale.

ESCLUSIONI CONTRATTUALI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Che cosa non è assicurato?

Art. 1 - PERSONE NON ASSICURABILI

Alleanza non assicura, per tutte le Soluzioni, persone:

a) residenti all'estero, con l'eccezione della Repubblica di San Marino;
b) affette da Alcolismo o Tossicodipendenza;
c) 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 del Reddito Lavoratori Dipendenti**;
- **17 anni**: per la **Soluzione 3 – Minori**.

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

a) che si sono sottoposte negli ultimi 10 anni ad un Intervento chirurgico a seguito della diagnosi di una Malattia cardio-vascolare; o
b) 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 pari 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 firma 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 - STATI DI SALUTE PREESISTENTI

Per tutte le garanzie, l'Assicurazione non opera per Malformazioni, Difetti fisici e Stati Preesistenti conosciuti o diagnosticati prima della firma della Proposta. Per la validità delle coperture assicurative, sono considerati Stati Preesistenti le Malattie e gli Infortuni che, alla data di decorrenza della copertura, non risultano clinicamente guariti, ovvero con postumi, necessità di cure o terapie, oppure con recidive o complicanze in atto. Lo stato di salute deve essere certificato da un medico abilitato; Allenza si riserva la facoltà di richiedere idonea documentazione attestante la guarigione clinica pregressa.

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.

La deviazione del setto o della piramide nasale è compresa nella copertura solo se resa necessaria da Infortunio, su presentazione di certificazione rilasciata dal pronto soccorso o da una struttura privata equivalente e di esame radiografico che attesta la frattura delle ossa nasali.

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 opera per conseguenze dirette di Infortuni, Malattie o Stati Preesistenti, Malformazioni o Difetti fisici conosciuti o diagnosticati prima della data di effetto originaria delle soluzioni e dei pacchetti scelti;**
- **per i nuovi Assicurati, le nuove soluzioni e i nuovi pacchetti scelti, l'Assicurazione non opera per conseguenze dirette di Infortuni, Malattie o Stati Preesistenti, Malformazioni o Difetti fisici conosciuti o diagnosticati prima della data di effetto della nuova Polizza.**

DETERMINAZIONE DELLE PREESISTENZE - ESEMPI

1. FIRMA 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 – SCELTA DI UNA NUOVA SOLUZIONE

Data decorrenza Polizza 1: 20/09/2018
Soluzione 2 – Interventi Chirurgici
Data decorrenza Polizza 2 emessa in continuità della Polizza 1: 20/09/2023
Soluzione 2 – Interventi Chirurgici e 5 – Grandi Cure
Per la definizione della preesistenza viene considerata:

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

3. EMISSIONE IN CONTINUITÀ – SCELTA DI UN NUOVO PACCHETTO

Data decorrenza Polizza 1: 20/09/2018
Soluzione 2 – Interventi Chirurgici – pacchetto small
Data decorrenza Polizza 2 emessa in continuità della Polizza 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 la soluzione small.

Art. 3 - ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Con riferimento a tutte le garanzie, l'Assicurazione non opera per eventi:

a. **causati da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione, contaminazioni chimiche o biologiche che derivano da Atti terroristici o di guerra, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;**
b. **che conseguono 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. **che derivano da intossicazioni causati da abuso di psicofarmaci o farmaci e da uso di sostanze stupefacenti o allucinogene;**
e. **che derivano da alterazione dello stato psicofisico causato dall'assunzione di droghe, alcool o medicinali attestato da documentazione medica ed esami ematochimici;**
f. **che derivano da stato di ebbrezza (per stato di ebbrezza si intende il superamento del tasso alcolemico previsto dal Codice della strada ai fini dell'applicazione delle sanzioni ivi previste);**
g. **che derivano da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, anche su sé stesso, tentato suicidio.**
h. **che derivano da Malattie mentali e disturbi psichici in genere compresi comportamenti nevrotici, forme maniacodepressive, psicosi, schizofrenia, sindromi ansiose o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso, disturbi dello sviluppo psicologico.**

⚠ 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 che derivano da:

a. **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;**
b. **pratica di paracadutismo o immersioni con autorespiratore svolta a qualunque titolo e dalla attività di palombaro;**
c. **pratica di qualsiasi attività sportiva che comporta remunerazione o contributi di qualunque tipo, in forma diretta o indiretta;**
d. **partecipazione a corse e gare automobilistiche, motociclistiche e motonautiche ed alle relative prove ed allenamenti;**
e. **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;**
f. **utilizzo di veicoli non immatricolati o non conformi alla normativa vigente (quali monopattini irregolari, ecc.), nonché dall'impiego di mezzi non soggetti a obbligo di immatricolazione (es. motocicli da motocross, ecc.) all'interno di aree private, quali strade ad uso non pubblico o terreni privati, e strade pubbliche;**
g. **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 della scala UIAA, 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 idroscì, 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:

h. **che comportano accesso a tetti, ponteggi, impalcature, scavi e cave;**
i. **che comportano contatto con correnti ad alta tensione, esplosivi, acidi, sostanze e miscele ustionanti o combustibili;**
j. **di addestramento e intervento Vigili del Fuoco;**

continua

k. 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);

l. di servizio di guardia armata, guardia del corpo, guardia giurata, portavalori.

Sono, inoltre, escluse:

- **le lesioni non espressamente elencate nell'Allegato 1 – LESIONI;**
- **le ernie.**

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 artificiale 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. che hanno finalità esclusivamente dietologiche o estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o Malattia oncologica. Con riferimento all'applicazione di endoprotesi mammarie e testicolari sono comprese solo quelle relative alla sede anatomica della Lesione derivante da Infortunio o Malattia oncologica;

e. di chirurgia bariatrica finalizzati alla cura dell'obesità;

f. per protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del parodonto, gli interventi protesici e di implantologia, salvo quelli causati da Infortunio documentati da certificato di pronto soccorso o da una struttura privata equivalente;

g. legati ai disturbi dell'identità sessuale;

h. di chirurgia preventiva, rimozione profilattica, compresi quelli a seguito di mutazione genetica;

i. per cure che non rientrano 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, del carcinoma a cellule di Merkel, del linfoma cutaneo e del sarcoma Kaposi), incluse le ipercheratosi, i carcinomi basocellulari, i carcinomi a cellule squamose;**
- **attacco ischemico transitorio (TIA).**
- **le patologie non espressamente elencate nell'Allegato 3 – PATOLOGIE ASSICURATE;**
- **le patologie diagnosticate in coincidenza del decesso dell'Assicurato;**
- **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.**

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 dovuta a licenziamento per giusta causa o per giustificato motivo soggettivo, o a licenziamento disciplinare, o è dovuta alla risoluzione consensuale del rapporto di lavoro a fronte di una vertenza che deriva dalle precedenti contestazioni (giusta causa, giustificato motivo soggettivo, disciplinare);**
e. **la Disoccupazione è dovuta a 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 dovuta alla 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 avviene 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 dovuta al superamento del periodo di comporto, 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 dovuta a 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**, **se richiesto da Alleanza**, **sottoporsi a visita da parte dei medici incaricati dalla stessa (autorizzando a tal fine la deroga al segreto professionale dei medici curanti), nonché alle indagini**, **valutazioni e accertamenti – da effettuarsi in Italia – necessari per la determinazione del diritto all'Indennizzo**. L'Assicurato o i suoi aventi causa devono inoltre **fornire tutta la documentazione**, **medica e non**, che Alleanza ritiene necessario acquisire ai fini di una completa e corretta istruttoria del Sinistro.

In relazione alla Soluzione 5 – Grandi Cure si precisa che, Alleanza, una volta ricevuta tutta la documentazione richiesta in caso di denuncia di diagnosi di patologia (Art. S5.4 - Denuncia della diagnosi di patologia), **procede, prima del pagamento dell'Indennizzo, a effettuare una visita medica per l'accertamento della patologia stessa.**

Alleanza si riserva inoltre la facoltà di richiedere, in ogni caso, ulteriore documentazione o informazioni ritenute necessarie per la liquidazione in conformità alla normativa vigente.

Art. 2 - PAGAMENTO DEGLI INDENNIZZI

Ricevuta la documentazione necessaria per l'accertamento del diritto all'Indennizzo e per la sua quantificazione, Alleanza procede:
- al pagamento;
- alla comunicazione dei motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

Il pagamento o la comunicazione sono comunque effettuati entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione necessaria.

Richieste di pagamento incomplete possono 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.(7)

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.

(7) Art. 1916 del Codice Civile

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato e contribuisce 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.

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
FRATTURA PROCESSO TRASVERSO/SPINOSO DI UNA VERTEBRA	0
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 OMERO	2
FRATTURA OMERO	1
FRATTURA GOMITO COMPOSTA (con rottura di almeno due delle tre le ossa: radio, ulna e omero)	1
FRATTURA GOMITO SCOMPOSTA (con rottura di almeno due delle tre le ossa: radio, ulna e omero)	2
FRATTURA DEL TROCHITE 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	
FRATURA 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
LESIONI PARTICOLARI	
VISCERALI	
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	2
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA PARZIALE	0
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA TOTALE	3
EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	3

continua

	CLUSTER
GASTRORESEZIONE ESTESA (oltre la metà)	3
GASTRECTOMIA TOTALE	4
RESEZIONE PARZIALE DEL TENUE	2
RESEZIONE DEL TENUE INCLUSA VALVOLA ILEO-CIECALE	3
RESEZIONE PARZIALE DEL COLON CON INTEGRITA' 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
PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBE LE OVAIE	2
PERDITA ANATOMICA DI UNA MAMMELLA PER PATOLOGIE TUMORALI	1
PERDITA ANATOMICA DI ENTRAMBE LE MAMMELLE PER PATOLOGIE TUMORALI	2
PERDITA ANATOMICA DI UNA TUBA	1
PERDITA ANATOMICA DI DUE TUBE	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

continua

	CLUSTER
ROTTURA TENDINE DI ACHILLE (trattata chirurgicamente)	2
ROTTURA LEGAMENTI DELLA CAVIGLIA (trattata chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	1
LUSSAZIONI	
COLONNA VERTEBRALE	
LUSSAZIONE ATLO/OCCIPITALE (TRA OCCIPITE II E SECONDA VERTEBRA CERVICALE) (evidenziata radiologicamente)	1
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	1
LUSSAZIONE SPALLA (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE POLSO (evidenziata radiologicamente)	2
LUSSAZIONE POLLICE (evidenziata radiologicamente)	1
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
LUSSAZIONE ROTULA (evidenziata radiologicamente)	1
LUSSAZIONE GINOCCHIO (evidenziata radiologicamente)	2
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 e 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 - stabilizzate)	
SISTEMA NERVOSO PERIFERICO	
CAPO	
PARALISI DEL III NERVO CRANICO	4
PARALISI COMPLETA DEL NERVO CRANICO DIVERSO DAL III (non cumulabili tra loro)	3

continua

	CLUSTER
ARTO SUPERIORE	
LESIONE TOTALE PLESSO BRACHIALE	5
PARALISI NERVO ASCELLARE	3
PARALISI NERVO RADIALE (non cumulabile)	4
PARALISI NERVO MEDIANO (non cumulabile)	4
PARALISI NERVO ULNARE (non cumulabile)	3
ARTO INFERIORE	
PARALISI NERVO FEMORALE	4
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO	5
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO ESTERNO	3
PARALISI COMPLETA NERVO SCIATICO POPLITEO INTERNO	2
LESIONI SISTEMA NERVOSO CENTRALE	
AFASIA	5
LESIONI MIDOLLO SPINALE	
MONOPARESI DELL'ARTO SUPERIORE	5
MONOPARESI DELL'ARTO INFERIORE	5
PARAPARESI ARTI INFERIORI SENZA PERDITA CAPACITA' DEAMBULATORIA	4
PARAPARESI DEGLI ARTI INFERIORI CON PERDITA DELLA CAPACITA' DEAMBULATORIA	6
TETRAPARESI	6
USTIONI DAL 2° GRADO (Certificate e quantificate dalla Cartella Clinica rilasciata dall'Istituto di cura)	
USTIONI DI II GRADO O SUPERIORE AL CORPO, DAL 9% AL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	2
USTIONI DI II GRADO O SUPERIORE AL CORPO, ESTESE A PIÙ DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	4
USTIONI DI II GRADO O SUPERIORE, DAL 5% AL 25% DEL VOLTO	3
USTIONI DI II GRADO O SUPERIORE AL VOLTO OLTRE IL 25%	4

Le Lesioni non presenti in questa tabella non danno luogo ad Indennizzo.

ALLEGATO 2
INTERVENTI CHIRURGICI

AVVERTENZA:

se l'Intervento chirurgico al quale si sottopone l'Assicurato non è compreso nel presente elenco, l'Intervento è 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			
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			
Asportazione della fistola (Fistolectomia)	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: • melanoma • carcinoma spinocellulare • carcinoma basocellulare • carcinoma squamocellulare • sarcoma di Kaposi • linfoma cutaneo • carcinoma a cellule di Merkel	1			
Interventi addominali di robotica	1			
Interventi di cataratta	1			
Interventi distretto arterioso		2		
Interventi distretto venoso	1			
Interventi laser della retina	1			
Interventi percutanei (PCTA e TAVI)		2		
Interventi toracici di robotica		2		
Laparoscopie	1			
Laparoscopie per patologie tumorali maligne		2		
Laparotomie		2		

continua

INTERVENTO CHIRURGICO	CLASSE			
Laparotomie per patologie tumorali maligne			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
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 *(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		
	Artrite psoriasica		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"**.