



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione del Ramo Danni

Indennità giornaliera per ricoveri per Confcommercio

Il presente documento contenente:

- Glossario
- Condizioni di Polizza

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione della proposta



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA



Vittoria
Assicurazioni

Area Riservata	pag. 2
1 - Glossario	pag. 5
2 - Condizioni Generali di Assicurazione	pag. 7
3 - Garanzie	pag. 11
4 - Condizioni Particolari	pag. 16
5 - Condizioni che regolano il Caso di Sinistro	pag. 18

AREA RISERVATA

In ottemperanza al Provvedimento IVASS n° 7 del 16/07/2013, si comunica che sul sito internet dell'Impresa - www.vittoriaassicurazioni.com - è disponibile la sezione "AREA RISERVATA", che consente ad ogni Cliente di consultare la propria posizione assicurativa, registrandosi al Servizio.

Per registrarsi è sufficiente seguire le indicazioni riportate sul sito.

Per ottenere maggiori informazioni sul Servizio o ottenere assistenza sull'utilizzo del sistema è possibile rivolgersi al proprio Intermediario.

Tabella Scoperti, Franchigie e Sottolimiti di indennizzo

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimiti di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Indennità giornaliera ricovero Ricovero	3.1	Non previsto	Non prevista	Indennità giornaliera dal giorno di ricovero fino all'avvenuta dimissione, per massimo 365 giorni per anno. In caso di parto naturale, indennità giornaliera per massimo di 5 giorni. Limitatamente al periodo di ricovero, l'Impresa corrisponderà per ogni giorno di ricovero che comporti grande intervento chirurgico o che avvenga in reparto di rianimazione o terapia intensiva, il doppio dell'indennità giornaliera pattuita. Dal ventunesimo giorno, l'indennità giornaliera pattuita sarà aumentata del 50% in caso di ricovero per oltre 20 giorni consecutivi. In caso di ricovero d'urgenza all'estero, reso necessario da malattia improvvisa o infortunio, sarà corrisposta il doppio dell'indennità giornaliera pattuita. In caso di parto, sarà corrisposta indennità giornaliera pattuita a seguito di ricovero effettuato nei primi 90 giorni di vita per eliminazione o correzione malformazioni del neonato.
Indennità giornaliera ricovero Day Hospital	3.1	Non previsto	L'indennità giornaliera è dovuta esclusivamente per durata superiore a 2 giorni consecutivi, salvo le festività. La franchigia non opera in caso di interventi chirurgici, chemioterapia oncologica e radioterapia antitumorale.	Indennità giornaliera pari a quella assicurata per caso di ricovero con il massimo di 150 giorni. La garanzia non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici
Indennità per spese di cartella clinica	3.1	Non previsto	Non prevista	Indennità forfettaria di € 15 per ciascun sinistro
Indennità giornaliera per convalescenza Convalescenza per malattia o infortunio successiva ad un ricovero	3.2	Non previsto	Non prevista	Indennità giornaliera verrà corrisposta per massimo 150 giorni per anno e con limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero

Garanzia o bene colpito da sinistro (se assicurato in base a quanto risulta in polizza)	Riferimento (art.)	Scoperto (per sinistro salvo diversa indicazione)	Franchigia (per sinistro salvo diversa indicazione)	Sottolimito di indennizzo o di risarcimento (per anno assicurativo, salvo diversa indicazione)
Indennità giornaliera per convalescenza Convalescenza per infortunio non successiva ad un ricovero, per Assicurati portatori di gessatura	3.2	Non previsto	Non prevista	Indennità giornaliera per massimo 90 giorni per ogni anno
Indennità giornaliera per convalescenza Convalescenza per infortunio successiva ad un ricovero per Assicurati portatori di gessatura	3.2	Non previsto	Non prevista	A scelta tra opzione Convalescenza per malattia o infortunio successiva oppure non successiva a ricovero
Convalescenza seguente a ricovero per parto, aborto, malattie della gravidanza e del puerperio, day hospital	3.2	Non previsto	Non prevista	Nessun indennità

Ai sotto elencati termini le parti attribuiscono il seguente significato:

Assicurato

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Consumatore

È inteso come la persona fisica che agisce per scopi estranei rispetto all'attività imprenditoriale commerciale, artigianale o professionale eventualmente svolta.

Contraente

il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza

il periodo tra la fine della fase acuta della malattia e la stabilizzazione o la guarigione.

Gessatura

l'applicazione di apparecchiatura gessata, oppure la contenzione con fasce rigide o apparecchi ortopedici esterni di materiale vario purché immobilizzanti ed inamovibili, la necessità dei quali venga stabilita da Medici-Chirurghi.

Day hospital

struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, quando eroghi prestazioni chirurgiche o terapie mediche eseguite da medici specialisti.

Impresa

VITTORIA ASSICURAZIONI S.p.A ed eventuali Coassicuratrici.

Indennità giornaliera

l'importo prescelto dall'Assicurato sul simple di polizza mod. PA 027.315 per il caso di ricovero in istituto di cura, od anche per il caso di convalescenza.

Infortunio

è considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Istituto di cura

Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche e riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani.

Malattia

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malformazione, difetto fisico

alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

Ricovero

permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Scoperto

parte del danno indennizzabile espressa in percentuale sull'ammontare del danno che rimane a carico dell'assicurato.

2.1 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità giornaliera, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2.2 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve dare comunicazione all'Impresa della stipulazione di altre assicurazioni per i medesimi rischi ai quali si riferisce la presente. Se il Contraente omette dolosamente di dare tale comunicazione, l'Impresa non è tenuta a corrispondere l'indennizzo.

In caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art.1910 del Codice Civile.

2.3 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E SUCCESSIVE SCADENZE DI PREMIO

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno in cui è firmata la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data successiva; in caso diverso decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.

Per le rate successive alla prima è concesso il termine di rispetto di 15 giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite (art. 1901 del Codice Civile).

In tutti i casi in cui il Contraente ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit, le modalità di pagamento sono disciplinate dalle disposizioni contenute nell'allegato "SEPA Direct Debit" che forma parte integrante del contratto.

È facoltà dell'Impresa rinunciare al frazionamento mensile in caso di contratti poliennali. Tale facoltà potrà essere esercitata ad ogni scadenza annuale previo avviso al Contraente con preavviso non inferiore a 60 giorni.

È in tal caso facoltà del Contraente recedere dal contratto a tale scadenza previo avviso all'Impresa con preavviso non inferiore a 15 giorni.

2.4 - PAGAMENTO DEL PREMIO E STIPULA INDIPENDENTE DA ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE

La prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro il rilascio di quietanze che devono riportare la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito esclusivamente presso l'Agenzia cui è assegnata la polizza o presso la sede della Vittoria Assicurazioni S.p.A.

La sottoscrizione della presente polizza, indipendentemente dalla stipulazione di altre assicurazioni pubbliche o private, presenti o future, impegna il Contraente a mantenere in

vita la polizza stessa per tutta la durata pattuita e a pagare le rate di premio alle scadenze convenute.

Quanto sopra fermo restando il contenuto di cui al precedente art.2.2

In tutti i casi in cui il Contraente ha aderito al sistema di pagamento tramite SEPA Direct Debit, le rate di premio, successive alla prima, devono essere pagate alle scadenze stabilite e il rilascio della quietanza è sostituito dalla conferma di pagamento tramite SMS al numero di cellulare indicato nel contratto. Le modalità del pagamento delle rate sono disciplinate dall'allegato "SEPA Direct Debit" che forma parte integrante del contratto.

2.5 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

2.6 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Ogni comunicazione deve essere fatta con lettera raccomandata all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Direzione dell'Impresa.

2.7 - FACOLTÀ DELL'IMPRESA DI MODIFICARE IL PREMIO IN CORSO DI POLIZZA CONSEGUENTE DIRITTO DI RECESSO DEL CONTRAENTE.

Ad ogni scadenza annuale l'Impresa ha la facoltà di modificare il premio della presente polizza, in aggiunta a quanto previsto dall'art. "4.1 Adeguamento garanzia".

La variazione di premio è evidenziata sulla quietanza rilasciata al Contraente che, provvedendo al pagamento del premio così modificato, acconsente al rinnovo del contratto alle nuove condizioni di premio.

Qualora il Contraente non accetti le nuove condizioni astenendosi dal pagamento del premio, l'assicurazione cesserà automaticamente ogni effetto dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della rata in scadenza e il contratto si intenderà risolto senza alcuna formalità.

2.8 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art.1891 del Codice Civile.

2.9 - PROROGA DELLA POLIZZA

Ai sensi dell'art. 1899 del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21 della L. n° 99 del 23 luglio 2009, qualora la durata della polizza sia superiore a cinque anni l'Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Fermo quanto sopra, la polizza di durata non inferiore ad 1 anno, giunta alla sua naturale scadenza ed in assenza di disdetta data da una delle Parti con lettera

raccomandata almeno 60 giorni prima della scadenza medesima, è prorogata una o più volte, per una durata di 1 anno per ciascuna proroga.

2.10 - IMPOSTE E TASSE

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, presenti e futuri, relativi al premio, alla polizza e agli altri atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dall'Impresa.

2.11 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per quanto non espressamente regolato valgono le norme di legge.

2.12 - MEDIAZIONE OBBLIGATORIA

Fatto salvo il preventivo espletamento delle procedure previste in polizza per la soluzione delle eventuali controversie concernenti le richieste d'indennizzo originate da sinistri regolarmente protocollati, per tutte le controversie nascenti o comunque collegate a questo contratto, per le quali non sia stato possibile raggiungere una soluzione amichevole e per le quali si intenda promuovere un giudizio, è condizione di procedibilità esperire un preliminare tentativo di mediazione, in base al disposto dell'art. 5 del D.Lgs n.28 del 4 marzo 2010 e successive modifiche (di seguito "Decreto 28").

Il tentativo di mediazione si svolgerà davanti ad uno degli Organismi di Mediazione di volta in volta scelti dalla parte richiedente, tra quelli presenti nel luogo del giudice territorialmente competente, ovvero, nel caso in cui il contratto sia stato stipulato con un "consumatore" ai sensi dell'art. 33 del Codice del Consumo, nel luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o Assicurato.

La parte che viene chiamata in mediazione (sia Vittoria, sia il Contraente) si riserva il diritto di non partecipare alla procedura di mediazione, motivando per iscritto all'organismo di mediazione prescelto le ragioni che giustificano la propria mancata partecipazione.

Laddove il regolamento dell'Organismo prescelto preveda la possibilità di svolgere la mediazione in forma telematica (on line), si conviene che la mediazione sarà iniziata e svolta in tale forma anche se ad aderire sia solo una delle due parti.

In ogni caso la parte istante si impegna:

1. ad indicare nell'istanza di mediazione i dati identificativi dell'oggetto della controversia (ad es. numero e data del sinistro, numero della polizza), nonché ad indicare all'Organismo di Mediazione il seguente indirizzo di posta elettronica certificata per la notifica alla Compagnia della relativa istanza: mediazione@pecvittoriaassicurazioni.it
2. a richiedere all'Organismo di Mediazione un preavviso di almeno 15 giorni lavorativi per il primo incontro di mediazione.

Si applicherà al tentativo il regolamento di mediazione, approvato dal Ministero della Giustizia, dell'Organismo prescelto. Le sedi, il regolamento, la modulistica e le tabelle delle indennità in vigore al momento dell'attivazione della procedura sono consultabili all'indirizzo internet dell'Organismo prescelto.

2.13 - DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI VENDITA A DISTANZA

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, ove il contratto sia stipulato da un consumatore, così come definito dal codice del Consumo, il contraente ha diritto di recedere dal contratto nei 14 giorni successivi al perfezionamento della polizza avvenuto con il pagamento del premio, effettuando richiesta scritta da inviare tramite lettera raccomandata a/r a Vittoria Assicurazioni S.p.a. Via Ignazio Gardella 2 – 20149 Milano. In tal caso l'Impresa trattiene la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Premessa

L'Impresa, in base alle dichiarazioni rese dal Contraente, anche in nome e per conto degli Assicurati, risultanti sul simple di polizza mod. PA 027.380, nonché alle condizioni di seguito riportate, garantisce agli Assicurati medesimi il pagamento delle indennità giornaliere per gli importi e le garanzie prescelti.

3.1 - GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO

A) Ricovero

In caso di **ricovero** dell'Assicurato in istituto di cura, reso necessario da infortunio, malattia, parto, aborto terapeutico, spontaneo o post-traumatico, verrà corrisposta l'indennità giornaliera pattuita a decorrere dal giorno del ricovero fino a quello dell'avvenuta dimissione, **per un periodo massimo di 365 giorni per anno assicurativo**.

In caso di parto naturale l'indennità giornaliera viene corrisposta **per un massimo di 5 giorni**.

Maggiorazione dell'indennità giornaliera

Si conviene altresì che limitatamente al periodo di ricovero, l'Impresa corrisponderà:

a) **il doppio** dell'indennità giornaliera pattuita per ogni giorno di ricovero che comporti grande intervento chirurgico o che avvenga in reparto di rianimazione o di terapia intensiva.

Si considerano grandi interventi chirurgici quelli individuati nell'elenco di cui al capitolo 6);

b) a partire **dal ventunesimo giorno**, l'indennità giornaliera pattuita **aumentata del 50%** in caso di ricovero che si protragga **per oltre 20 giorni consecutivi**;

c) **il doppio** dell'indennità giornaliera pattuita in caso di ricovero d'urgenza all'estero, reso necessario da malattia improvvisa o infortunio che si manifesti o accada all'estero. Per malattia improvvisa si intende una malattia acuta di cui l'Assicurato non è a conoscenza e che non sia la manifestazione di un precedente morbo.

In ogni caso, per effetto delle maggiorazioni di cui sopra, **l'importo massimo dell'indennità giornaliera per ricovero non potrà eccedere il doppio della somma assicurata, quale risulta in polizza**.

Cure al neonato

In caso di parto l'Impresa corrisponde l'indennità giornaliera, pattuita per l'Assicurata, a seguito di ricovero, **effettuato nei primi 90 giorni di vita**, reso necessario per l'eliminazione o correzione di malformazioni al neonato.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora dell'inizio del ricovero e quella della dimissione.

B) Day Hospital

La garanzia viene estesa in caso di degenza dell'Assicurato in regime di day hospital, resa necessaria da infortunio o malattia, per una indennità giornaliera **pari a quella assicurata per il caso di ricovero, con il massimo di 150 giorni per anno assicurativo.**

L'indennità giornaliera è dovuta esclusivamente per durata superiore a 2 giorni consecutivi, salvo le festività. La franchigia non opera in caso di:

- interventi chirurgici;
- chemioterapia oncologica;
- radioterapia antitumorale.

Ad integrazione dell'art. 3.4, la garanzia non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Nei confronti dell'Assicurato affetto da malattia cronica insorta dopo la stipulazione del contratto, l'assicurazione è prestata - per ciascun anno assicurativo successivo al manifestarsi di tale patologia - **fino ad un massimo di 30 giorni.**

C) Indennità per spese di cartella clinica

L'Impresa corrisponde all'Assicurato l'indennità forfettaria di euro 15,00 per ciascun sinistro comportante ricovero a titolo di concorso spese per il rilascio della cartella clinica relativa al sinistro denunciato.

3.2 – GARANZIA INDENNITA' GIORNALIERA PER CONVALESCENZA

L'Impresa assicura la corresponsione dell'indennità giornaliera pattuita con le seguenti modalità:

a) Convalescenza per malattia o infortunio successiva ad un ricovero

In caso di convalescenza successiva ad un ricovero in istituto di cura o intervento chirurgico in day hospital, verrà corrisposta l'indennità giornaliera a decorrere dal giorno successivo a quello della dimissione dall'istituto di cura fino a quello della guarigione clinica.

L'indennità giornaliera verrà corrisposta **per un massimo di 150 giorni per anno assicurativo e con il limite di 4 volte i giorni di durata del ricovero**, in caso di infortunio o malattia;

b) Convalescenza per infortunio non successiva ad un ricovero, per Assicurati portatori di gessatura

In caso di convalescenza conseguente ad infortunio che renda necessaria una gessatura e che non comporti ricovero in istituto di cura, l'indennità giornaliera verrà corrisposta per tutto il periodo durante il quale si è resa necessaria la gessatura, fino alla rimozione della stessa e comunque **per un periodo massimo di 90 giorni per ogni anno assicurativo.**

c) Convalescenza per infortunio, successiva ad un ricovero, per Assicurati portatori di gessatura

In caso di convalescenza conseguente ad infortunio che renda necessaria una gessatura e che comporti ricovero in istituto di cura, l'Assicurato potrà scegliere, per il pagamento dell'indennità giornaliera, la garanzia in forma a), oppure la garanzia in forma b).

Sono equiparate a gessatura anche le osteosintesi documentate da referti radiologici e certificati medici.

Per quest'ultime l'Impresa corrisponderà l'indennità giornaliera per un periodo massimo di 30 giorni.

Nessuna indennità verrà corrisposta per convalescenza seguente ad un ricovero per qualsiasi tipo di parto, aborto, malattie della gravidanza e del puerperio, day hospital salvo in quest'ultimo caso per quanto previsto al punto a).

3.3 – DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE E TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo il disposto dell'art.2.3, la garanzia decorre:

- dal momento in cui ha effetto l'assicurazione, per gli infortuni;
- dal 30° giorno successivo, per le malattie;
- dal 180° giorno successivo per le conseguenze di stati patologici (malattie) diagnosticati o sottoposti ad accertamenti, o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione, purchè dichiarati dal Contraente/Assicurato al momento della stipulazione e compresi in garanzia mediante specifico atto contrattuale;
- dal 300° giorno successivo per il parto, relativamente alla garanzia indennità giornaliera per ricovero.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante con il termine di aspettativa di 90 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra decorrono:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le indennità giornaliere da quest'ultima previsti, se previsti anche dalla presente polizza;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori indennità giornaliere ed alle diverse prestazioni da esse previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di una stessa polizza.

3.4 – ESCLUSIONI E VARIAZIONI IN CORSO DI POLIZZA

La garanzia non opera per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie (quindi anche stati

patologici) che abbiano dato origine a cure o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della polizza, sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione e, in ogni caso, non comprese in garanzia mediante specifico atto contrattuale;

- b) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere;
- c) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche e alle relative prove e allenamenti, oppure dalla partecipazione ad imprese di carattere eccezionale o temerario (salvo che ritratti di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana, o per legittima difesa, ferme restando le altre esclusioni previste dal presente articolo);
- d) gli infortuni conseguenti a stato di etilismo acuto;
- e) gli infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) l'accertamento e l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e malformazioni;
- g) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere e le manifestazioni riferibili ad "esaurimento nervoso";
- h) le prestazioni per intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni; nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- i) l'aborto volontario non terapeutico, nonché per le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio), nonché per quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie;
- k) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- l) eventi derivanti da inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- m) le cure, gli accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici determinati da positività H.I.V. e da A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate;
- n) le patologie varicose manifestatesi, secondo giudizio medico, prima della stipulazione della polizza;
- o) gli infortuni derivanti, in modo diretto o indiretto, dallo svolgimento delle attività tipiche del servizio svolto nelle Forze Armate o dell'Ordine.

Le garanzie prestate con la presente assicurazione non operano in caso di tentato suicidio e atti di autolesionismo dell'Assicurato.

Per le maggiori indennità giornaliere e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso della polizza, le disposizioni di cui alle lettere a), f) e n) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella della polizza. Per variazione si intende anche la ripresa della polizza senza soluzione di continuità, od anche la sostituzione di altra polizza, precedentemente in corso con la Vittoria Assicurazioni S.p.A.

3.5 – PERSONE NON ASSICURABILI E CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da :

- alcolismo;
- tossicodipendenze;
- A.I.D.S. o sindromi correlate;
- Sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi in genere.

La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico dell'Assicurato costituisce, per il medesimo, causa di cessazione dell'assicurazione, senza obbligo dell'Impresa di corrispondere alcun indennizzo. In tal caso l'Impresa restituisce al Contraente la parte di premio, al netto delle imposte, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento in cui l'Impresa ha ricevuto comunicazione della situazione di inassicurabilità (o ne è comunque venuta a conoscenza) e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

3.6 – INFORTUNI CAUSATI DA COLPA GRAVE – TUMULTI – RISCHIO GUERRA – MALORE O INCOSCENZA

Sono compresi i ricoveri per infortuni derivanti da malore o incoscienza e, inoltre, l'assicurazione comprende, a parziale deroga dell'art.1900 del Codice Civile (in operatività della garanzia per dolo o colpa grave), nonché dell'art.1912 (in operatività della garanzia per terremoto, guerra e insurrezione, tumulti popolari), i ricoveri per gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato e quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva, nonché i ricoveri per gli infortuni avvenuti all'estero (esclusi comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra, guerra civile, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata o non), per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

3.7 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

L'Impresa rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art.1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili.

3.8 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo, ma il pagamento delle indennità è effettuato in Italia, con moneta in corso in Italia al momento del sinistro.

4 - CONDIZIONI PARTICOLARI

(VALIDE SE RICHIAMATE SUL SIMPLO DI POLIZZA PA 027.380)

4.1 – ADEGUAMENTO GARANZIA

Le indennità giornaliere ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali degli indici dei "Prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati", pubblicati dall'Istituto centrale di Statistica di Roma, in conformità a quanto segue:

- a) nel corso di ogni anno solare sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione, in più o in meno, rispetto all'indice inizialmente adottato, o al suo equivalente, le indennità giornaliere ed il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua dietro rilascio all'Assicurato di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Qualora in conseguenza della variazione degli indici, le indennità giornaliere ed il premio venissero a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, sarà in facoltà dell'Assicurato e dell'Impresa di rinunciare all'aggiornamento della polizza e le indennità giornaliere ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo aggiornamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, l'Impresa proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento. Mancando l'accordo si procederà come per il caso di raddoppio degli importi iniziali.

4.2 - GESSATURA "ESTESA" (VALIDA SE OPERANTE LA GARANZIA "INDENNITA' GIORNALIERA PER CONVALESCENZA ")

Fermo restando quanto previsto ai punti b) e c) dell'art. 3.2, l'assicurazione si intende estesa anche ai casi di immobilità fisica, comportante la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni professionali derivante da:

- frattura del bacino o dell'anca;
- frattura cranica;
- frattura delle costole;
- frattura della colonna vertebrale.

Tale estensione è operante purché vi sia frattura radiologicamente accertata e non sia comunque clinicamente possibile applicare alcun mezzo di contenzione rientrante nella definizione di gessatura.

L'indennità giornaliera, documentata da referti radiologici e certificati medici attestanti il periodo di immobilità viene corrisposta per un periodo di 20 giorni per la frattura della costola e di 60 giorni per le altre fratture.

4.3 – RETTA DELL'ACCOMPAGNATORE

L'Impresa rimborsa, fino al limite giornaliero previsto in polizza, le spese per il vitto ed il pernottamento in Istituto di Cura dell'accompagnatore.

Il rimborso verrà corrisposto **per un massimo di 60 giorni per anno assicurativo e per persona assicurata.**

L'Impresa effettuerà la liquidazione **su presentazione, in originale, delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate.**

4.4 – ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

L'Impresa rimborsa, fino al limite giornaliero previsto in polizza, le spese sostenute dall'assicurato per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il ricovero.

Il rimborso verrà corrisposto **per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo e per persona assicurata.**

L'Impresa effettuerà la liquidazione **su presentazione, in originale, delle notule, distinte e ricevute, debitamente intestate e quietanzate.**

4.5 – RIMBORSO DELLE SPESE SOSTENUTE PRIMA E DOPO IL RICOVERO

In caso di ricovero in istituto di cura comportante almeno due pernottamenti, reso necessario da malattia o infortunio, l'Impresa rimborsa, **fino a concorrenza della somma assicurata di € 1.500,00 quale disponibilità per anno assicurativo e per persona assicurata risultante in polizza**, le spese sostenute per :

- esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, **effettuati nei 60 giorni precedenti il ricovero**, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricovero stesso;
- esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici o rieducativi, **effettuati nei 60 giorni successivi alla data delle dimissioni dal ricovero**, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

L'impresa rimborsa l'80% delle spese sostenute, fermo restando a carico dell'Assicurato il rimanente 20% con il minimo di € 100,00 per ogni sinistro.

Le voci di spesa per le quali venga richiesto il rimborso del solo ticket saranno invece oggetto di rimborso integrale senza applicazione dello scoperto con il minimo sopra indicato.

Il rimborso delle spese, debitamente documentate, avverrà solo a cura ultimata e presentando gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari e quietanzate oltre alla documentazione prevista all'art.5.2 lettera a).

Qualora intervengano il Servizio sanitario Nazionale od altri Enti, privati e non, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto all'Assicurato/Contraente.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio – ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Pur essendo la documentazione acquisita dall'Impresa, quest'ultima tuttavia restituisce la parte relativa alle spese previa iscrizione dell'importo rimborsato e della data del rimborso.

L'Impresa ed il Contraente hanno la facoltà di annullare ad ogni scadenza annuale l'operatività della garanzia mediante comunicazione scritta da inviarsi entro i 30 giorni precedenti la data di scadenza medesima.

5 - CONDIZIONI CHE REGOLANO IL CASO DI SINISTRO

5.1 – DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art.3.3 – Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa, la data del sinistro è quella del giorno in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, quella del giorno in cui si è verificato l'infortunio che ha comportato una gessatura.

L'Impresa effettua, nei termini previsti dalla polizza, il pagamento delle indennità giornaliere indipendentemente dal fatto che il ricovero o la convalescenza perdurino nel corso di annualità assicurative diverse da quella del sinistro, comunque non oltre 1 anno dalla scadenza della polizza.

5.2 – MODALITA' PER LA DENUNCIA DEI SINISTRI E DOCUMENTAZIONE MEDICA NECESSARIA PER LA LIQUIDAZIONE

I sinistri devono essere denunciati alla Direzione dell'Impresa o all'Agenzia cui è assegnata la polizza entro 5 giorni da quando il Contraente ne sia venuto a conoscenza.

In caso di impossibilità del Contraente/Assicurato, la denuncia può essere effettuata anche da eventuali altri Assicurati; se non risultano altri Assicurati, il Contraente/Assicurato dovrà denunciare il sinistro al momento della riacquistata possibilità.

In caso di decesso del Contraente/Assicurato, gli obblighi di cui sopra possono essere adempiuti dagli eredi legittimi.

Alla denuncia di sinistro deve essere allegato certificato medico in originale da cui risulti la diagnosi circostanziata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa e fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della indennità giornaliera.

Il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, o ai suoi eredi, su presentazione:

- a) per indennità giornaliera da ricovero o day Hospital, di copia della cartella clinica completa dalla quale risulti la diagnosi circostanziata e la durata del ricovero;
- b) per l'indennità giornaliera da convalescenza, dei certificati medici in originale attestanti lo stato di convalescenza dopo la cessazione del ricovero, o durante il periodo in cui l'Assicurato è portatore di gessatura.

Il pagamento delle indennità giornaliera è eseguito, con moneta in corso in Italia, presso la sede dell'Impresa o dell'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 15 giorni dalla data della liquidazione.

Nel caso in cui il rischio relativo alla presente polizza sia ripartito per quote fra più Imprese, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dalla polizza, esclusa ogni responsabilità solidale.

5.3 – CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sul diritto del Contraente/Assicurato al pagamento delle indennità, le parti possono concordemente conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici,

nominati uno per parte ed il terzo 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 del Contraente/Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.



Le presenti Condizioni di Assicurazione sono state aggiornate in data 01/01/2019



Vittoria
Assicurazioni

Vittoria Assicurazioni S.p.A. | Capitale Sociale Euro 67.378.924 interamente versato | Partita IVA, Codice Fiscale e Registro Imprese di Milano n. 01329510158 | Sede e Direzione: Italia 20149 Milano Via Ignazio Gardella 2
vittoriaassicurazioni@pec.vittoriaassicurazioni.it | Iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione
Sezione I n.1.00014 | Società facente parte del Gruppo Vittoria Assicurazioni iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi n.008 | Soggetta all'attività di direzione e coordinamento della Capogruppo Yafa S.p.A.

PB027380-CGA-EDZ-0119 - INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERI PER CONFCOMMERCIO