

Polizza n° _____

Contraente _____

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A TUTELA DELLA PERSONA

Socio In Salute

Prestazioni assicurate da



Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente e all'Assicurato prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

BCC Assicurazioni S.p.A.

- a) BCC Assicurazioni S.p.A. Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124;
- b) Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia;
- c) Telefono:02/466275; Sito Internet: www.bccassicurazioni.com; e-mail: bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it; bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it;
- d) Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni: provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996;
- e) Società di revisione: PKF ITALIA SPA, Viale Vittorio Veneto, 10 – 20124 Milano.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto della Compagnia al 31 dicembre 2015 ammonta a Euro 14.339.000 di cui Euro 14.321.000 sono relativi al capitale sociale e al totale delle riserve.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione vita, che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, al 31 dicembre 2015 risulta pari al 388%.

3. Conflitto di interessi

Il presente contratto è un prodotto Bcc Assicurazioni S.p.A. società facente parte del Gruppo Cattolica Assicurazioni e partecipata da Iccrea Holding S.p.A.

Il presente prodotto è intermediato da Banca di Credito Cooperativo.

Il collocamento del presente contratto potrebbe comportare il rischio di un conflitto di interesse derivante dalla situazione sopra descritta.

La Compagnia si riserva la facoltà di comunicare, prontamente e per iscritto, ogni eventuale successiva variazione rilevante circa quanto sopra.

Le Compagnia, pur in presenza di eventuali situazioni di conflitto di interesse, opererà in modo tale da non recare pregiudizio alcuno al Contraente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto ha durata annuale (1 anni) con tacito rinnovo. Per aspetti di dettaglio si veda art. 7 delle CGA

AVVERTENZA - Termini e modalità di e disdetta

E' facoltà del Contraente recedere dal contratto, inviando lettera Raccomandata A.R., almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dello stesso.

BCC Assicurazioni S.p.A.
– Customer Care –
Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano
Telefono: 02/ 466275

4. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

4.1 Coperture assicurative offerte

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a prestare la copertura all'Assicurato in caso di:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC); Artt. 20 - 29 delle Condizioni di Assicurazione;
- Responsabilità Civile (RC); Artt. 30 - 35 delle Condizioni di Assicurazione;
- Tutela Legale (TL); Artt. 36 - 46 delle Condizioni di Assicurazione;

4.2 AVVERTENZA - Limitazioni ed Esclusioni

Per conoscere in dettaglio le Limitazioni e le Esclusioni derivanti dalla presente Polizza si rimanda rispettivamente ai seguenti articoli delle CGA:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC), Art. 22 delle Condizioni di Assicurazione;
- Responsabilità Civile (RC), Art. 31 delle Condizioni di Assicurazione;
- Tutela Legale (TL), Art. 46 delle Condizioni di Assicurazione.

4.3 AVVERTENZA – Franchigie, scoperti e massimali

Per conoscere in dettaglio le Franchigie, gli Scoperti e i Massimali applicabili alle singole garanzie si rimanda ai seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio Artt. 21, 26, 32, 36.

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo allo Scoperto, alla Franchigia e al Massimale:

Esempio numerico di Scoperto

Somma assicurata : € 15.000

Ammontare del danno : € 5.000

Scoperto del 30% con un minimo di € 2.000 : (€ 5.000 x 30%) = € 1.500 → scoperto € 2.000

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 5.000 - € 2.000 = € 3.000

Esempio numerico di Franchigia

Es.1

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €10.000

Franchigia fissa: € 150

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 10.000 - € 150 = € 9.850

Es. 2

Somma assicurata : € 100.000

Ammontare del danno : €100

Franchigia fissa: € 150

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 0

Esempio numerico di Massimale

Es.1

Somma assicurata: € 100.000

Ammontare del danno : € 110.000

Franchigia fissa: € 100

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 100.000 (massimale) - € 100 (franchigia) = € 99.900

Quota a carico dell'Assicurato: € 10.000 (ammontare del danno extra massimale) + €100 (franchigia) = € 10.100

Es. 2

Somma assicurata: € 100.000

Massimale : 20% della somma assicurata con un massimo € 25.000 → € 20.000

Ammontare del danno : € 22.500

Franchigia fissa: € 100

Danno Indennizzabile/risarcibile : € 20.000 (massimale) - € 100 (franchigia) = € 19.900

Quota a carico dell'Assicurato: € 2.500 (ammontare del danno extra massimale) + €100 (franchigia) = € 2.600

4.4 AVVERTENZA – Età assicurabile

L'Assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 75 anni.

Qualora si raggiunga il 75esimo anno di età nel corso del periodo annuale di assicurazione, la copertura resterà pienamente operante fino alla scadenza del periodo assicurativo in corso per poi cessare.

4.5 AVVERTENZA – Periodi di Carenza

Per i Grandi interventi Chirurgici le garanzie hanno effetto:

- per gli infortuni: dalle ore 24.00 del giorno di pagamento effettivo del premio
- per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione della polizza: dal 30° giorno successivo a quello dell'effettivo pagamento del premio
- per le malattie preesistenti alla sottoscrizione della polizza e non note all'Assicurato: dal 120° giorno successivo a quello dell'effettivo pagamento del premio

Resta ferma l'esclusione per le malattie preesistenti note all'Assicurato al momento della sottoscrizione della presente copertura.

Per gli aspetti di dettaglio si veda l'Art. 24 delle Condizioni di Polizza

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – nullità

5.1 AVVERTENZA - Dichiarazioni false o reticenti:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato o della Banca Contraente della Polizza relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la

perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892 o 1893 o 1894 c.c..

5.2 AVVERTENZA - Questionario Sanitario:

Si richiama l'Attenzione dell'Assicurato a rendere dichiarazioni esatte complete e veritiere in ordine alle domande poste nel questionario sanitario/Dichiarazione dello stato di salute determinante per la valutazione ed assunzione del rischio, con l'avvertenza che ove ciò non avvenga o risultino poi dichiarazioni inesatte incomplete o non veritiere la garanzia assicurativa potrà in tutto o in parte non essere operante o essere annullata dall'origine.

6. Aggravamento o diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

7. Premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento dello stesso.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'Art. 1901 del C.Civ.

7.1 Mezzi di Pagamento

Mezzi di pagamento a disposizione del Contraente:

Il pagamento del premio può essere eseguito esclusivamente mediante addebito in conto.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

La Polizza non prevede adeguamenti o indicizzazioni del premio.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

10. Legge applicabile al contratto

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, valgono le norme di legge della Repubblica Italiana.

11. Regime fiscale

premi relativi sono soggetti alle seguenti aliquote d'imposta sulle assicurazioni:

- Infortuni e Malattia: 2,5%
- Responsabilità Civile: 22,25%
- Tutela Legale: 21,25%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

12.1 AVVERTENZA- Modalità e termini per la denuncia del sinistro **PER LA GARANZIA GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

L'Assicurato può scegliere se ricorrere:

1. **agli Istituti di Cura Convenzionati:** In questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'Istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. **agli Istituti di Cura Non Convenzionati:** In questo caso la Compagnia rimborsa le spese sostenute all'Assicurato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali

1- RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI - PAGAMENTO DIRETTO:

In questo caso l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi, dovranno preventivamente contattare telefonicamente la:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 - 90.48.26
dall'estero al numero 015 – 255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla centrale operativa, che l'Assicurato dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati".

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA, con successivo rimborso delle spese sostenute.

12.2 AVVERTENZA - Assistenza diretta - Convenzioni

Per conoscere l'elenco degli Istituti di Cura convenzionati con la Società si rimanda al sito internet della Compagnia. www.cattolica.it

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con la Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, preventivamente contattare la:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 - 90.48.26
dall'estero al numero 015 – 255.96.40
entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico

PER LA GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

L'Assicurato, o se impossibilitato a farlo i suoi familiari, deve ai sensi dell'art. 1913 cod. civ. dare avviso del sinistro a:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D - 37135 Verona
oppure telefonando al Numero Verde 800.206692
Fax 800.33.44.31
e-mail: sinistrire@bccassicurazioni.bcc.it

entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

La denuncia deve contenere, ove possibile, la descrizione dei fatti, l'indicazione delle conseguenze del sinistro, il nome ed il domicilio dei soggetti danneggiati e degli eventuali testimoni dell'accaduto, la data, il luogo e le cause del sinistro note all'Assicurato

GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, in sede stragiudiziale o giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici, avvalendosi della collaborazione dell'Assicurato e di tutti i diritti e di tutte le azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano stati da essa designati, e non risponde di multe od ammende, né delle spese di giustizia penale.

L'Assicurato è tenuto

- a) ad astenersi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità, senza essersi preventivamente consultato con la Società o con i legali e tecnici incaricati dalla stessa;
- b) a trasmettere tempestivamente alla Società ogni atto giudiziario a lui notificato o a un componente del suo nucleo familiare;
- c) a collaborare con la Società per consentire la corretta e puntuale gestione della vertenza;
- d) a produrre la documentazione in suo possesso o – se non immediatamente disponibile - ragionevolmente acquisibile dal medesimo;
- e) a comparire in giudizio a semplice richiesta della Società, ove la procedura giudiziale lo prevedesse o se la sua comparizione in giudizio sia ragionevolmente ritenuta dalla Società utile e necessaria per la difesa.

Qualora l'Assicurato non adempia a tali obblighi , è facoltà della Società di ritenersi esonerata dall'obbligo di assumere la difesa.

PER LA GARANZIA TUTELA LEGALE

L'Assicurato deve immediatamente denunciare ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire alla Compagnia c/o ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa. L'Assicurato può denunciare i nuovi sinistri tramite: mail alla casella

denunce@arag.it
o al numero di
fax **+39.045.82.90.557**

Per la successiva trattazione dei sinistri già aperti e successivi scambi di corrispondenza può essere utilizzata la posta ordinaria:

ARAG - Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A.

Ufficio Sinistri
Viale del Commercio, 59 - 37135 Verona
o al numero di fax **+39.045.82.90.449**

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A
- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo -
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: **02/21072280**
E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto. Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

14. AVVERTENZA – Arbitrato

Per ogni controversia diversa da quelle previste dall'articolo precedente, è competente esclusivamente – a scelta della parte attrice – l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o sede dell'Assicurato

BCC Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Il Rappresentante Legale
Carlo Barbera



GLOSSARIO

DEFINIZIONI VALIDE PER L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Nel testo che segue si intende per:

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Cartella Clinica

Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente

La persona fisica che stipula il contratto di assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Decorrenza

Momento in cui il contratto è concluso, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

Franchigia

La parte di danno espressa in misura fissa che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo

La somma che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di sinistro.

Intermediario Collocatore

Le Banche di Credito Cooperativo.

Massimale

La somma massima, stabilita nel contratto, che la Società è tenuta a corrispondere all'Assicurato in caso di uno o più sinistri avvenuti nello stesso anno assicurativo.

Parti

L'Assicurato e la Società.

Polizza

Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio

La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che la Società ha stabilito quale importo dovuto e da pagarsi dal Contraente in base alla presente Polizza.

Rischio

La possibilità che si verifichi un sinistro.

Scoperto

La percentuale del danno che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

In caso di sinistro che preveda lo scoperto e a franchigia, sarà applicato prima lo scoperto e poi la franchigia nelle modalità contrattuali previste.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

Società

BCC Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**Carenza**

Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione concluso non sono efficaci. Qualora l'evento assicurato avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurativa.

Cartella Clinica

Documento ufficiale, atto pubblico o altra documentazione medica equivalente, redatta durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Centrale Operativa

La struttura di Mapfre Warranty S.p.A. costituita da medici, tecnici e operatori, che in virtù di specifica convenzione stipulata con la Società provvede, per incarico di quest'ultima: al contatto telefonico con l'Assicurato ad organizzare ed erogare le prestazioni di assistenza previste nel contratto ed ad organizzare i ricoveri all'estero presso gli istituti di cura convenzionati.

Day Hospital

La permanenza diurna in un Istituto di Cura (senza pernottamento) con finalità terapeutiche o chirurgiche. Non è considerato Day Hospital la permanenza in istituto presso il Pronto Soccorso.

E' escluso il day hospital diagnostico, anche se praticato chirurgicamente, salvo non sia direttamente connesso con un ricovero o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e sia effettuato entro i 100 giorni precedenti e i 180 giorni successivi. Inoltre è compreso il day hospital diagnostico, qualora sia stata scelta la garanzia aggiuntiva visite specialistiche, esami di alta diagnostica e trattamenti terapeutici ambulatoriali, entro i termini previsti da tale garanzia.

Grande Intervento Chirurgico (GIC)

Tutti gli interventi chirurgici riportati nell'elenco allegato alla presente Polizza.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità temporanea od una invalidità permanente;

Istituto di Cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera e al ricovero dei malati. Sono esclusi: gli stabilimenti termali, le cliniche e le case di cura per la convalescenza, per la lunga

degenza, per la cura dei malati cronici e le strutture che prestano prevalentemente cure con finalità dietologiche ed estetiche.

Istituti di Cura Convenzionati

Gli ospedali, le cliniche e le case di cura convenzionate con la Centrale Operativa, presso i quali l'Assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto.

La verifica delle cliniche convenzionate deve essere effettuata dall'Assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la Centrale Operativa.

Intervento Chirurgico

Atto medico, praticato in istituto di cura o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata a intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Ricovero

La permanenza in un Istituto di Cura (quest'ultima deve prevedere almeno un pernottamento) o il day hospital.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE RESPONSABILITA' CIVILE

Assicurato

La persona fisica, nonché i componenti del suo nucleo familiare che abbia la presente polizza.

Convivente more uxorio

La persona, che in forza di un rapporto personale con l'assicurato, duraturo e continuativo, nonché adeguatamente documentato e socialmente noto, convive stabilmente con l'assicurato e ha in comune con lo stesso la residenza anagrafica (o il domicilio abituale) e lo stato di famiglia.

Sono escluse le persone che convivono "more uxorio" con soggetti appartenenti al nucleo familiare dell'assicurato.

Cose

Sia gli oggetti materiali sia gli animali.

Dimora Abituale

La residenza anagrafica dell'Assicurato.

Dimora Secondaria

Casa o Appartamento non dimora abituale.

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone che compongono il nucleo familiare secondo quanto risulta dallo Stato di Famiglia dell'Assicurato, compreso il convivente more uxorio e i figli non coniugati di questi se conviventi con l'assicurato.

DEFINIZIONI VALIDE PER LA SEZIONE TUTELA LEGALE

Ammenda: pena pecuniaria stabilita per le contravvenzioni, in contrapposizione alla **multa**, pena pecuniaria prevista per i delitti.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.

Arbitrato: istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di controversie concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.

Assistenza giudiziale: attività di difesa di un legale quando si attribuisce al giudice la decisione sull'oggetto della controversia.

Assistenza stragiudiziale: attività che viene svolta al fine di comporre qualsiasi vertenza prima del ricorso al giudice e per evitarlo.

Caso assicurativo: sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.

Contributo Unificato: Imposta di bollo sugli Atti giudiziari - contributo unificato istituito dall'articolo 9 legge 23 dicembre 1999, n. 488, modificato dal decreto legge 11 marzo 2002, n. 28, convertito dalla legge 10 maggio 2002, n. 91, confluito nel Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di giustizia, approvato con D.P.R. del 30 maggio 2002 n. 115.

Costituzione di parte civile: il soggetto che, all'interno del processo penale, esercita l'azione civile è denominato parte civile. L'azione civile è quella diretta a fare valere la pretesa civilistica al risarcimento del danno. Quindi, i danni risarcibili sono sia quelli patrimoniali, che hanno un contenuto quantificabile in termini economici, che quelli non patrimoniali ovvero denominati danni morali e derivanti dalle sofferenze patite in conseguenza della condotta illecita. L'atto che introduce l'azione civile nel processo penale è l'atto di costituzione di parte civile oppure l'atto di trasferimento in sede penale dell'azione civile, già promossa nella sua naturale sede.

Controparte: la parte avversaria in una controversia.

Consulente tecnico d'ufficio (C.T.U.): svolge la funzione di Ausiliario del Giudice lavorando per lo stesso in un rapporto strettamente fiduciario. Scopo del Consulente è quello di rispondere in maniera puntuale e precisa ai quesiti che il Giudice formula nell'udienza di conferimento dell'incarico e di relazionarne i risultati nell'elaborato peritale che prende il nome di Consulenza Tecnica d'Ufficio.

Consulente tecnico di parte (C.T.P.): libero professionista, al quale una parte in causa conferisce un incarico peritale in quanto ritiene l'incaricato esperto in uno specifico settore. Se un soggetto è coinvolto in una causa pendente o intende intraprenderne una (il caso dell'accertamento tecnico preventivo) incarica una persona di propria fiducia (il consulente di parte appunto) affinché questa affianchi il consulente tecnico nominato dal giudice. Il giudice, infatti, con l'ordinanza di nomina del CTU, assegna alle parti un termine entro il quale possono nominare un loro consulente tecnico.

Danno di natura contrattuale: danno dovuto ad un inadempimento o violazione di una obbligazione assunta tramite un contratto scritto o verbale.

Danno extracontrattuale: danno ingiusto conseguente a fatto illecito.

Denuncia: atto con il quale chiunque abbia notizia di un reato perseguibile d'ufficio ne informa il pubblico ministero o un ufficiale di polizia giudiziaria.

Delitto colposo: è solo quello espressamente previsto come tale (e a tale titolo contestato) dalla legge penale e commesso per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di leggi, ma senza volontà né intenzione di causare l'evento lesivo.

Delitto doloso: qualsiasi delitto all'infuori di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi o preterintenzionali.

Diritti reali: sono i diritti che hanno per oggetto una cosa: esempio la proprietà, l'usufrutto, l'uso, l'usucapione, l'abitazione, le servitù (es. di passaggio), il pegno, l'ipoteca, etc. Con questa definizione includiamo anche il possesso.

Esecuzione forzata è l'attuazione in via coatta del diritto del creditore.

Si distingue in:

- **Espropriazione forzata**, attinente alle obbligazioni pecuniarie e consistente nel pignoramento dei beni del debitore con conseguente loro liquidazione;
- **Esecuzione forzata in forma specifica**, attinente alle obbligazioni di consegnare, di fare e di non fare e consistente nel conseguimento coatto di quanto dedotto in prestazione. Presupposto processuale dell'esecuzione forzata è il titolo esecutivo, che formalmente legittima il creditore all'esperimento di azione esecutiva. Sono titoli esecutivi le sentenze, le scritture private autenticate (es cambiali), gli atti ricevuti da notaio o altro PU.

Estinzione del reato: le cause di estinzione del reato sono fatti giuridici che per l'ordinamento giuridico italiano annullano o cancellano la punibilità di un fatto costitutivo di reato. Sono:

- morte del reo prima della condanna (150cp)
- amnistia (151cp)
- rimessione della querela (152)
- prescrizione del reato (157cp)
- oblazione (contravvenzioni) 162cp
- sospensione condizionale della pena (167cp)
- perdono giudiziale per i minori di anni 18 (169cp)

Inabilitazione: è un istituto del diritto civile che esclude parzialmente il soggetto dalla capacità di agire.

Incidente: sinistro dovuto a caso fortuito, imperizia, negligenza, inosservanza di norme o regolamenti, connesso con la circolazione stradale, che provochi danni al veicolo tali da renderne impossibile l'utilizzo in condizioni normali.

Interdizione: è riferito ad un soggetto maggiorenne nei confronti del quale un tribunale ordinario, anche prima della maggiore età, abbia emesso provvedimento di interdizione.

L'interdizione ha effetto immediato dal giorno di pubblicazione della sentenza (art.421) e può essere revocata soltanto su istanza di legittimi richiedenti (art.429) ma non dell'interdetto stesso.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni private e di interesse collettivo

Locatario: persona fisica/giuridica che riceve il veicolo in locazione.

Massimale: somma massima liquidabile dalla Società per ogni caso assicurativo denunciato limitatamente agli oneri indicati nell'art. 1 – Oggetto dell'Assicurazione.

Mediazione obbligatoria D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010: la mediazione, rispetto ad alcune materie, si pone come condizione di procedibilità per l'avvio del processo. Si tratta dei casi in cui il rapporto tra le parti è destinato, per le più diverse ragioni, a prolungarsi nel tempo, anche oltre la definizione della singola controversia. Ovvero dei casi di rapporti particolarmente conflittuali, rispetto ai quali, anche per

la natura della lite, è quindi particolarmente più fertile il terreno della composizione stragiudiziale. La mediazione diviene condizione di procedibilità per le seguenti materie:

- condominio;
- diritti reali;
- divisione;
- successioni ereditarie;
- patti di famiglia;
- locazione;
- comodato;
- affitto di azienda;
- risarcimento del danno derivante dalla circolazione di veicoli e natanti;
- risarcimento del danno derivante da responsabilità medica;
- risarcimento del danno derivante da diffamazione con il mezzo della stampa o altro mezzo di pubblicità;
- contratti assicurativi, bancari e finanziari.

Morte presunta: è un istituto giuridico di volontaria giurisdizione del diritto italiano con il quale, attraverso una pronuncia del Tribunale, una persona viene ritenuta morta dall'ordinamento, allorché questa si sia allontanata dal luogo del suo ultimo domicilio o dall'ultima residenza e non abbia fatto avere più sue notizie per un periodo di tempo determinato.

Multa: vedi Ammenda.

Notifica: attraverso la notifica si porta a conoscenza di un soggetto un determinato documento o atto processuale.

Notizia di reato: per poter dare inizio alle indagini preliminari – fase del procedimento penale antecedente rispetto all'eventuale processo - il Pubblico Ministero o la Polizia Giudiziaria devono acquisire una notizia di reato, che consiste nell'informazione che un reato sarebbe stato commesso da una o più persone non identificate (notizia generica) o identificate (notizia specifica). Il P.M. deve iscrivere immediatamente ogni notizia di reato, nel Registro delle notizie di reato ed è da questo momento che iniziano a decorrere i termini ordinari per lo svolgimento delle indagini.

Omologazione della separazione: è un controllo sulle modalità stabilite consensualmente dai coniugi, attraverso il quale si verifica la legittimità e l'opportunità (soprattutto riguardo agli eventuali figli) dei termini della separazione.

Organismo di mediazione: le procedure di mediazione possono essere gestite solo dagli organismi pubblici e privati iscritti a un apposito Registro presso il Ministero della giustizia. I requisiti e le modalità di iscrizione sono disciplinati in uno specifico decreto ministeriale.

Reato: violazione di norme penali. I reati si distinguono in delitti o contravvenzioni e comportano pene diverse, detentive e/o pecuniarie (per delitti: reclusione, multa; per contravvenzioni: arresto, ammenda). I delitti si dividono poi, in base all'elemento soggettivo, in delitti dolosi, delitti preterintenzionali, delitti colposi, mentre nelle contravvenzioni la volontà è irrilevante.

Rescissione: attraverso l'azione di rescissione si permette a un soggetto che ha concluso contratto in condizioni di pericolo o di bisogno di sciogliersi dallo stesso quando queste condizioni hanno provocato delle notevoli sproporzioni tra prestazioni contrattuali.

Risarcimento diretto: nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria della responsabilità civile per i danni derivanti dalla circolazione stradale, in attuazione dell'articolo 150 del codice delle assicurazioni, è la procedura di rimborso assicurativo che dal 1° febbraio 2007 in caso d'incidente stradale consente ai danneggiati non responsabili (o parzialmente non responsabili) di essere risarciti direttamente dal proprio assicuratore. Riguarda i sinistri nei quali siano coinvolti non più di due veicoli a motore,

immatricolati in Italia (o nella Repubblica di S. Marino o nello Stato Città del Vaticano), con danni a cose e lesioni personali al conducente non superiori ai nove punti di invalidità permanente.

Risoluzione: è un istituto che si riferisce a un vizio del contratto inteso non come “atto” bensì come “rapporto”: si tratta, infatti, di una disfunzione del rapporto contrattuale sopravvenuta e causata da una delle fattispecie descritte dal codice. La risoluzione può avvenire per inadempimento, impossibilità sopravvenuta ed eccessiva onerosità.

Sanzioni amministrative: la sanzione amministrativa è prevista per la violazione di disposizioni di natura non penale. Da non confondere con le contravvenzioni, che sono reati e quindi violazioni di norme penali.

Sentenza definitiva (decisione passata in giudicato): giudicato è il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perchè è scaduto il termine per poterlo fare, o perchè sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.

Sequestro: è un vincolo di indisponibilità materiale e giuridica del veicolo.

Spese legali: onorari e diritti del patrocinatore ai sensi del tariffario forense.

Spese liquidate: spese spettanti all'avvocato definite dal giudice in sede di sentenza.

Spese peritali: somme spettanti ai periti nominati dal Giudice (C.T.U. Consulenti Tecnici d'Ufficio) o dalla parte (Consulenti Tecnici di Parte).

Spese di soccombenza: spese liquidate dal giudice nel dispositivo della sentenza. Soccombente è la parte le cui pretese giuridiche non sono state riconosciute fondate dal giudice.

Società gestoria : ARAG Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A.

Spese di giustizia: spese del processo che in un procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese della procedura vengono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e che a conclusione del giudizio il soccombente può essere condannato a rifondere.

Stragiudiziale: nel linguaggio forense, estraneo al giudizio, che avviene fuori dal giudizio e non fa parte degli atti giudiziari (accordi raggiunti fuori dal tribunale).

Transazione: accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

Tutela Legale: l'assicurazione Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. 07/09/2005 n. 209 - Artt. 163/4 e 173/4 e correlati.

Unico caso assicurativo: fatto dannoso e/o controversia che coinvolge più assicurati.

Valore in lite: determinazione del valore della controversia.

Veicolo: mezzo di trasporto identificato in polizza dal numero di targa (a titolo esemplificativo autovettura, autocarro, moto, camper).

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto dell'Assicurazione

Con il contratto di assicurazione di cui alla presente Polizza, la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione, a prestare la copertura assicurativa all'Assicurato in caso di:

- Grandi Interventi Chirurgici (GIC);
- Responsabilità Civile (RC);
- Tutela Legale (TL);

Art. 2 - Conclusione del Contratto

Il Contratto si intende concluso nel momento della sottoscrizione della Proposta, salvo che la Compagnia, entro 30 giorni solari dalla data della sottoscrizione della stessa, comunichi al contraente mediante raccomandata A.R. il proprio rifiuto ad accettare la proposta.

Nell'ipotesi che venga comunicato al Contraente il rifiuto di accettare la proposta nel termine di cui al punto precedente, la Compagnia restituirà il premio che sia stato eventualmente corrisposto.

Art. 3 - Pagamento del Premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite.

Il pagamento del premio può essere eseguito esclusivamente mediante addebito in conto.

Se il Contraente non paga il premio, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno di pagamento dello stesso.

Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, secondo quanto previsto dall'Art. 1901 del C.Civ.

Art. 4 – Mezzi di pagamento del premio

Mezzi di pagamento a disposizione del Contraente:

- Addebito in conto corrente.

Art. 5 - Regime fiscale

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni in base alla garanzia:

Infortunati/Malattia: imposta del 2,5%

Responsabilità Civile: imposta del 22,25%

Tutela Legale: imposta del 21,25%

Art. 6 - Decorrenza del Contratto e Termini di Aspettativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza sempre che a tale data sia stato pagato il premio o la prima rata di premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento.

Termini di aspettativa:

in particolare la garanzia Grandi Interventi chirurgici (GIC) ha effetto:

- per gli Infortuni: dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della Polizza da parte dell'Assicurato;
- per le Malattie :
 - dal 30esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione della Polizza da parte dell'Assicurato per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione del contratto;
 - dal 120esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione della Polizza da parte dell'Assicurato per le malattie preesistenti alla sottoscrizione del contratto e non note all'Assicurato.

Resta ferma l'esclusione per le malattie preesistente note alla stipula della presente Polizza.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione di altra Polizza Socio In Salute, già in essere a nome dello stesso Contraente, per garantire la continuità della copertura all'Assicurato, si considerano validi i termini di carenza già maturati con la precedente Polizza.

Art. 7 - Durata e proroga del contratto

Il presente contratto ha durata annuale (1 anno) con tacito rinnovo.

E' facoltà del Contraente recedere dal contratto, inviando lettera Raccomandata A.R. almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dello stesso.

In caso di richieste di sostituzione di polizza che comportino variazioni di premio, dovrà essere sottoscritta una nuova Polizza che avrà decorrenza la prima scadenza annuale con conseguente disdetta della Polizza sostituita alla stessa data. Il nuovo premio verrà determinato in base ai diversi parametri inseriti.

Le richieste di sostituzione di Polizza dovranno pervenire alla Compagnia entro e non oltre i 30 giorni precedenti alla scadenza del frazionamento annuale.

Art. 8 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera Raccomandata A.R e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In caso di recesso la Compagnia rimborsa al Contraente la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 9 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone con età al momento della sottoscrizione della Polizza superiore ai 74 anni compiuti.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.). L'Assicurazione cessa al loro manifestarsi.

Art. 10 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 11 - Aggravamento o diminuzione del rischio

L'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento o diminuzione del rischio in modo tale che, se il diverso stato di cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non avrebbe stipulato il contratto o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti o le diminuzioni di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, nei casi e con le modalità previsti dall'art.1898 cod. civ..

Art. 12 – Obblighi dell'intermediario

L'Intermediario collocatore si impegna a:

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Simplo di Polizza;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile da BCC Assicurazioni Spa, nonché a raccogliere e trattenere presso di sé il relativo consenso al trattamento dei dati personali.

Art. 13 - Estensione territoriale

L'Assicurazione vale con le specificità territoriali espresse nelle singole sezioni.

Art. 14 - Rinuncia all'azione di rivalsa

Per le prestazioni conseguenti a infortunio, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, la Compagnia rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 del C. Civ.

Art. 15 - Oneri fiscali

Le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al premio, al contratto e agli atti da esso dipendenti, restano a carico del Contraente.

Art. 16 - Foro Competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente il foro ove il Contraente ha la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 17 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è regolato nel contratto si applicano le vigenti disposizioni della Legge italiana.

Art. 18 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

BCC Assicurazioni S.p.A
- Servizio Reclami c/o Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa
- Servizio Reclami di Gruppo -
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)
Fax: **02/21072280**
E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, Via del Quirinale, 21, 00187 Roma, Telefono 06/421331, Fax 06/42133745 o 06/42133353, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

Il reclamo all'IVASS deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa, dell'intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela ed ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all' IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto. Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

Art. 19 - Allegati

Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

SEZIONE I GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 20 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società provvede:

- **al rimborso delle spese sanitarie sostenute in istituti di cura Non Convenzionati**, salvo i limiti previsti all'Art. 25 Estensione Territoriale, per quanto riguarda l'estero;
- **al pagamento diretto in caso di ricorso alle Cliniche convenzionate** e previo accordo con la centrale operativa, salvo quanto previsto all'Art. 25 Estensione Territoriale per quanto riguarda l'estero,

in seguito a Grande Intervento Chirurgico, intendendosi come tali gli interventi di cui all'elenco contenuto nell'Allegato alla presente Polizza, resosi necessario da Infortunio o Malattia, fino alla concorrenza del massimale indicato in Polizza.

Le spese sanitarie comprese in garanzia e sostenute presso l'Istituto di Cura durante il ricovero, sono:

- rette di degenza, escluse le spese non direttamente connesse alla cura o all'intervento (quali ad esempio le spese per telefonate, televisione, bar, ristoranti e simili);
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente dell'equipe operatoria;
- diritti di sala operatoria e materiale di intervento;
- assistenza medica e infermieristica;
- cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- medicinali ed esami.

Art. 21 - ESTENSIONI DI GARANZIA

Diaria Sostitutiva e Indennità per Day Hospital

Se l'Assicurato non sostiene alcuna spesa sanitaria in seguito a Grande Intervento Chirurgico, la Società corrisponderà:

- Una Diaria Sostitutiva pari a € 150,00 per ogni giorno di ricovero.

Questa Diaria viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo.

La prima giornata di ricovero in Istituto di Cura e l'ultima sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora di ricovero o della dimissione.

- Un'Indennità giornaliera pari a € 75,00 per ogni giorno di ricovero in Day Hospital.

Questa indennità viene corrisposta per un massimo di 100 giorni per sinistro e per anno assicurativo

Spese precedenti al Grande Intervento Chirurgico

La Società offre la copertura delle spese sostenute, effettuate anche fuori dall'Istituto di Cura, per accertamenti diagnostici, comprese le analisi di laboratorio e onorari dei medici sostenuti nei 100 giorni precedenti la data di inizio del ricovero o intervento chirurgico (se non c'è stato ricovero), **nei limiti del 10% del massimale assicurato.**

Spese successive al Grande Intervento Chirurgico

La Società offre la copertura delle spese sostenute per accertamenti diagnostici, onorari dei medici, esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluso l'albergo), effettuati nei 180 giorni successivi alla data di dimissione dall'Istituto di Cura, **nei limiti del 10% del massimale assicurato.**

Spese per il trapianto di organi

La Società offre la copertura delle spese sanitarie rese necessarie dal trapianto di organi sull'Assicurato.

Sono comprese anche le spese per l'espianto degli organi dal donatore vivente, **nei limiti del massimale assicurato.**

Spese per il trasporto dell'Assicurato

Nel caso di trasporto dell'assicurato in ospedale o in istituto di cura in Italia o all'Estero, di trasferimento da un istituto all'altro e di rientro alla propria abitazione in Italia, prescritto dal medico curante ed effettuato in ambulanza o con altro mezzo idoneo, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate, **fino alla concorrenza di € 5.000,00 per anno assicurativo.**

Spese per l'accompagnatore

La Società offre la copertura delle spese per il vitto e il pernottamento di chi accompagna l'Assicurato ricoverato presso un Istituto di Cura per un Grande Intervento Chirurgico, **nei limiti di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo.**

Spese per l'assistenza infermieristica

La Società offre la copertura delle spese per assistenza infermieristica in Istituto di Cura, **nei limiti di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo.**

Indennità di convalescenza

La Società offre un'Indennità di convalescenza di € 25,00 al giorno, dal giorno delle dimissioni dall'Istituto di Cura per un periodo pari a quello della degenza, **per un massimo di 30 giorni per sinistro e 60 giorni per anno assicurativo.**

ART. 22 - ESCLUSIONI

Sono escluse dal rimborso le seguenti spese sanitarie:

- A. eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti all'ingresso in garanzia;
- B. le conseguenze dirette di infortuni, nonché per le malattie, malformazioni e stati patologici che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;

- C. malattie mentali, disturbi psichici in genere inclusi i comportamenti di natura nevrotica;
- D. cure/prestazioni per persone affette da infermità mentale, alcoolismo, tossicodipendenza e relative alle cause e alle conseguenze derivanti da tali infermità;
- E. atti dolosi da parte dell'Assistito, non considerando tali quelli riconducibili a imprudenze e negligenze anche in forma grave;
- F. infortuni e intossicazioni derivanti e conseguenti ad alcoolismo, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e stupefacenti (questi ultimi se non assunti a titolo farmacologico);
- G. derivanti da sport aerei (deltaplani, ultraleggeri, parapendii e assimilabili) e dalla partecipazione a gare motoristiche, prove e allenamenti;
- H. cure e terapie odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del paradonto, salvo quelle rese necessarie da malattie neoplastiche o da infortunio;
- I. trattamenti sclerosanti;
- J. trattamenti fisioterapici e rieducativi, così come le cure termali, medicinali e vaccini, salvo quanto presente all'art. 20 "Oggetto della garanzia" e all'art. 21 "Estensioni di garanzia"
- K. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o trasmutazioni dell'atomo, naturali o provocate, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- L. le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- M. ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e simili) ancorché qualificate come cliniche o case di cura;
- N. Le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 23 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili i soggetti:

- affetti da dipendenza da sostanze psico-attive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci non conseguenti a terapie mediche);
- affetti da infezioni da HIV;
- che non sottoscrivono la dichiarazione di buono stato di salute presente all'interno del Simplo di polizza

L'Assicurato ha l'obbligo di comunicare alla Compagnia la sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto, ai sensi dell'Art. 1898 del Cod. Civ.

La sopravvenienza di tali affezioni nel corso della copertura assicurativa è causa della risoluzione dell'intero contratto, che cesserà al primo frazionamento annuale successivo.

L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi, non costituisce manifestazione di volontà da parte della Compagnia di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati.

Art. 24 - TERMINI DI CARENZA

Per ogni Assicurato, l'operatività della garanzia decorre:

- per gli Infortuni: dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della Polizza da parte dell'Assicurato;
- per le Malattie :

- dal 30esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione della Polizza da parte dell'Assicurato per le malattie non preesistenti alla sottoscrizione del contratto;
- dal 120esimo giorno successivo a quello del giorno di sottoscrizione della Polizza da parte dell'Assicurato per le malattie preesistenti alla sottoscrizione del contratto e non note all'Assicurato.

Resta ferma l'esclusione per le malattie preesistenti note alla stipula della presente Polizza.

Art. 25 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione ha efficacia:

- In Italia
- All'estero, come di seguito indicato:

1. Ricorso alle Cliniche Estere per Interventi programmati

Per gli interventi "programmati", intendendosi per tali i viaggi all'estero allo scopo di effettuare delle cure presso le strutture estere, la Società offre la copertura purché gli istituti di cura siano convenzionati con la Società stessa e previo accordo con la Centrale Operativa.

La copertura non è quindi operante se la clinica non è convenzionata o, seppur convenzionata, se l'assicurato non ha preventivamente contattato la centrale operativa.

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe medica non verranno rimborsati.

Nel caso in cui l'assicurato abbia richiesto l'autorizzazione ad essere ricoverato all'estero all'Asl di appartenenza, ottenendo il parere positivo e la partecipazione al costo da parte del Servizio Sanitario Nazionale, la Società provvederà a rimborsare le spese rimaste a carico dell'assicurato anche se la clinica non dovesse essere con essa convenzionata.

2. Necessità di cure se l'assicurato si trova all'estero per lavoro, studio, vacanza

Se l'assicurato si trova all'estero per motivi di lavoro, studio o vacanza, e avesse bisogno per motivi non programmati di una delle prestazioni di polizza, la Società offrirà la copertura presso le cliniche convenzionate con La Compagnia e previo accordo con la centrale operativa.

Se non viene preventivamente attivata la centrale operativa e/o si utilizza una clinica non convenzionata con la Società verrà applicato uno **scoperto del 15% sui costi sostenuti**.

Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, verrà applicato tale scoperto sul solo costo dell'equipe medica.

Tuttavia, se il contatto con la centrale operativa per ricorrere alla clinica convenzionata non è possibile per motivi di emergenza medica, non verrà applicato tale scoperto.

Art. 26 - MASSIMALE ASSICURATO

La Società rimborsa le spese mediche, così come indicato nell'Art. 20, **fino alla concorrenza del massimale di € 130.000,00**, inteso come disponibilità annua per assicurato per sinistro e per anno assicurativo.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO
SEZIONE I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 27 - MODALITÀ DI DENUNCIA, OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E GESTIONE DEL SINISTRO

L'Assicurato può scegliere se ricorrere:

1. **agli Istituti di Cura Convenzionati**: In questo caso la Compagnia paga le spese sostenute direttamente all'Istituto convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali;
2. **agli Istituti di Cura Non Convenzionati**: In questo caso la Compagnia rimborsa le spese sostenute all'Assicurato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali

1- RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA CONVENZIONATI - PAGAMENTO DIRETTO:

In questo caso l'Assicurato, i suoi familiari o i suoi eredi dovrà preventivamente contattare telefonicamente la:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 - 90.48.26
dall'estero al numero 015 - 255.96.40

indicando la prestazione di cui intende usufruire.

La centrale operativa, entro 2 (due) giorni lavorativi successivi alla ricezione del modulo per la richiesta di pagamento diretto verifica la regolarità amministrativa, la validità della garanzia e la certificazione medica allegata.

Se le verifiche danno esito positivo, la centrale operativa autorizza telefonicamente l'assicurato per la gestione del sinistro in convenzione e in questo caso rimborsa le spese direttamente all'istituto di cura convenzionato al netto delle eventuali franchigie e/o limitazioni contrattuali che restano sempre a carico dell'assicurato.

Restano a carico dell'assicurato anche le spese:

- per prestazioni non garantite dal contratto,
- eccedenti il massimale assicurato,
- non autorizzate dalla centrale operativa,

che l'Assicurato dovrà rimborsare direttamente all'istituto di cura convenzionato.

Se le verifiche danno esito negativo, la centrale operativa ne anticiperà telefonicamente all'assicurato le motivazioni e farà seguito con l'invio della comunicazione di negazione alla gestione del sinistro in convenzione.

Qualora il ricovero o l'intervento chirurgico venga effettuato in una struttura convenzionata, ma da parte di personale non convenzionato, l'assicurato dovrà sostenere direttamente le spese relative

alla prestazione del personale non convenzionato e richiederne il rimborso secondo le modalità di "ricorso agli istituti di cura non convenzionati".

Qualora in caso di emergenza medica il ricovero o l'intervento chirurgico ambulatoriale avvenga negli orari o nei giorni nei quali la Centrale Operativa non è in funzione, la denuncia del sinistro e la relativa gestione dovrà avvenire secondo le modalità indicate al successivo punto 2 - RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA, con successivo rimborso delle spese sostenute.

2 – RICORSO AGLI ISTITUTI DI CURA NON CONVENZIONATI – RIMBORSO SPESE, DIARIA SOSTITUTIVA

Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati con La Compagnia, dovrà personalmente, o tramite i suoi familiari o i suoi eredi, denunciare il sinistro telefonando alla:

Centrale Operativa
in funzione dalle ore 8.00 alle ore 18.00 da lunedì al venerdì
e dalle ore 8.00 alle ore 12.00 il sabato
dall'Italia al numero verde 800 - 90.48.26
dall'estero al numero 015 – 255.96.40

entro tre giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico.

Art. 28 - OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SPESE SANITARIE LIQUIDATE DALLA COMPAGNIA E NON DOVUTE

Qualora si dovesse accertare, relativamente all'evento per il quale l'assicurato ha usufruito del servizio, la non validità della polizza e/o la sussistenza di condizioni e/o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, la centrale operativa invierà all'assicurato, mediante raccomandata con ricevuta di ritorno, la richiesta del recupero delle somme erogate.

L'assicurato e/o in caso di minori i genitori o gli affidatari, dovranno restituire, alla Compagnia, secondo le modalità comunicate, le somme indebitamente liquidate dalla Compagnia, entro e non oltre 30 giorni dalla comunicazione.

Qualora l'assicurato non ottemperi nei tempi previsti a quanto sopra, la Compagnia si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti addebitandogli i relativi costi.

Art. 29 - CONTROVERSIE SULLA DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, le parti si obbligano a confermare, con scrittura privata, mandato di decidere, in prima istanza tra due medici nominati uno per parte ed in mancanza di accordo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio medico.

Il collegio medico risiede presso il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

L'assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

SEZIONE II - RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

(con riferimento al provvedimento IVASS n°734 del 1 dicembre 1997, i premi relativi alle garanzie Responsabilità Civile Vita Privata vengono attribuiti al ramo 13 – Responsabilità Civile Generale)

Art. 30 - OGGETTO DELLA GARANZIA

La Società si obbliga a tenere indenne l'Assicurato e il suo Nucleo Familiare, nei limiti del massimale di cui all'Art. 32 di quanto costoro siano tenuti a pagare quali civilmente responsabili a titolo di risarcimento (per capitale, interessi e spese) di danni cagionati involontariamente a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose in conseguenza di fatti accidentali verificatisi nell'ambito dei rischi per i quali è stipulata l'assicurazione.

L'assicurazione vale altresì per i danni cagionati da persone per i fatti delle quali l'Assicurato debba rispondere (quali personale addetto al servizio domestico, figli minori, minori in affidamento temporaneo o preadottivo).

A) RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA:

A1) Responsabilità Civile per fatti accidentali verificatisi nell'ambito della Vita privata:

L'assicurazione è operante unicamente per fatti della vita privata (esclusa pertanto ogni attività professionale, commerciale, industriale, agricola e lavorativa in genere) commessi dall'Assicurato, da persone delle quali deve rispondere (figli minorenni e domestici) e dai componenti il nucleo familiare.

Tra le ipotesi di responsabilità civile sono quindi comprese a titolo esemplificativo e non esaustivo quelle derivanti da:

1. conduzione del fabbricato costituente l'abitazione principale, relative parti comuni comprese dipendenze e pertinenze, impianti fissi ivi compresi gli ascensori, dipendenze e pertinenze del fabbricato, antenne radiotelevisive, giardini, compresi i parchi, gli alberi d'alto fusto, e le recinzioni in muratura, sempreché dette dotazioni costituiscano per destinazione d'uso ed ampiezza complemento del fabbricato;
2. danni a terzi derivanti da spargimento di acqua, rigurgito di fogne e altri liquidi in genere da qualsiasi causa determinata imputabile all'assicurato nella sua qualità di conduttore dell'abitazione.
3. conduzione dei locali ove l'Assicurato dimora saltuariamente e/o per temporanea villeggiatura e uso dei relativi impianti fissi comprese antenne televisive e per radioamatori (escluse piscine);
4. somministrazione di cibi e bevande consumati in casa dell'Assicurato che provochino intossicazione o avvelenamento degli ospiti;
5. proprietà e uso di apparecchi domestici in genere;
6. guida di macchine ed attrezzature anche a motore per attività di giardinaggio nel proprio giardino;
7. proprietà ed uso di: velocipedi, veicoli a mano, imbarcazioni senza motore e windsurf;
8. responsabilità derivante da proprietà, custodia, possesso e uso di animali domestici e da cortile, cani, cavalli e altri animali da sella. La garanzia non comprende l'uso del cane per l'attività venatoria;

9. proprietà e uso di mezzi per invalidi anche se asserviti da motore elettrico e da tutti i necessari ausili, compresi tra queste le protesi, necessari per lo svolgimento della loro normale vita di relazione. La garanzia in oggetto opera nel caso in cui le persone siano portatrici di handicap psichico e/o fisico a condizione che si tratti di persone delle quali l'Assicurato deve rispondere;
10. proprietà e uso di attrezzature e veicoli per il campeggio quali: tende, roulotte, camper, autocaravan e relative attrezzature, compresa l'antenna TV, limitatamente ai danni verificatisi mentre il veicolo si trova in sosta presso campeggi od aree private, esclusa comunque la sua circolazione o sosta su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate;
11. responsabilità civile dell'Assicurato in conseguenza di incendio o scoppio dell'autovettura o del motociclo di sua proprietà, stazionante in garage o aree private, e risponde dei danni materiali cagionati a terzi. Sono comunque esclusi i danni contemplati dall'assicurazione obbligatoria di responsabilità civile autoveicoli;
12. fatto colposo commesso in qualità di pedone o ciclista;
13. lavori di ordinaria manutenzione eseguiti in economia;
14. pratica di attività sportive se svolte per diletto e non a titolo professionale o tali da costituire reddito costante, ricorrente e significativo;
15. pratica di attività di bricolage, modellismo (esclusi i danni ai modelli), campeggio, giardinaggio;
16. danni cagionati dai figli minori in occasione di affidamento temporaneo e/o condiviso all'assicurato;
17. danni derivanti dalla mancata sorveglianza di minori di terzi temporaneamente affidati all'assicurato a condizione che tale attività non venga svolta a carattere professionale e comunque non a titolo oneroso;
18. danni cagionati dai figli minori dell'assicurato temporaneamente affidati a terzi o a un familiare, ascendente o discendente, anche se non convivente dell'assicurato;
19. responsabilità imputabile alla persona alla pari, babysitter, badante, colf, temporaneamente ospite dell'assicurato a condizione che l'evento sia in relazione causale diretta ed esclusiva con le mansioni a questi temporaneamente affidate dall'assicurato;
20. responsabilità dell'assicurato, se soggetto a rivalsa della Compagnia assicuratrice dell'RCA del vettore, per danni cagionati a terzi in qualità di trasportato su veicoli a motore.

La garanzia copre i danni ai veicoli sui quali sono trasportati gli assicurati, se la compagnia del vettore ha esperito azione di rivalsa nei confronti dell'assicurato.

21. Ricorso terzi da incendio da conduzione della dimora abituale o secondaria.

La garanzia è estesa ai danni derivanti da interruzione o sospensione (totale o parziale) dell'utilizzo dei beni, nonché di attività industriali, commerciali, agricole o di servizi. Se tale copertura è prevista anche in altra polizza, la garanzia è prestata solo in eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza.

A2) Responsabilità Civile della proprietà dell'abitazione

La garanzia è estesa ai risarcimenti per responsabilità civile dell'assicurato, in qualità di proprietario dell'abitazione.

Sono comprese/i:

1. le pertinenze e le quote di parti comuni, il loro contenuto, gli impianti fissi per natura e destinazione, le antenne, parchi, giardini, alberi d'alto fusto, viali e strade private, recinzioni in muratura e cancelli (anche automatici);
2. proprietà di attrezzature sportive e da gioco, piscine, purché di pertinenza dell'abitazione;
3. committenza di lavori di straordinaria e ordinaria manutenzione, con l'intesa che se i lavori sono assoggettabili a quanto indicato nel D.Lgs. n°494 del 1996 e successive modifiche, la garanzia opera solo se l'assicurato ha:
 - designato i responsabili dei lavori in conformità a quanto indicato nel D.Lgs. n°494 del 1996;
 - incaricato, con regolare contratto di appalto, una ditta o persona in regola, in conformità e secondo gli obblighi derivanti dalla legge. Nel caso in cui la copertura sia prevista anche con altra polizza, la garanzia è prestata solo per l'eccedenza rispetto al massimale previsto in quella polizza. Sono esclusi i danni subiti dalle persone addette ai lavori.
4. i danni cagionati a terzi da spargimento d'acqua, rigurgito di fogna o di altri liquidi in genere conseguenti a rotture accidentali degli impianti posti a servizio dell'Abitazione. Per le abitazioni facenti parti di complessi condominiali, la garanzia opera per la quota parte di proprietà dell'assicurato.

B) RESPONSABILITA' CIVILE VERSO PRESTATORI D'OPERA (R.C.O):

B1) R.C.O.

La Società tiene indenne l'assicurato, in regola, al momento del sinistro con gli obblighi di legge, di quanto sia tenuto a pagare (capitale, interessi e spese) quale civilmente responsabile:

- per gli infortuni sofferti dai prestatori di lavoro **da lui dipendenti**, addetti ai servizi domestici e assicurati ai sensi degli articoli 10 e 11 del D.P.R. n° 1124 del 1965.
La garanzia si estende anche ai lavoratori parasubordinati (art. 5 del D. Lgs n° 38 del 2000);
- a titolo di risarcimento danni (non rientranti nella disciplina del D.P.R. n°1124 del 1965 e del D. Lgs. n°38 del 2000), cagionati ai prestatori di lavoro indicati al punto precedente per morte e lesioni personali da infortunio da cui sia derivata **un'invalidità permanente non inferiore al 5%**.
Questa garanzia vale anche per la surrogazione dell'INPS ai sensi dell'art. 14 della legge n°222 del 1984.

B2) Malattie professionali

La Società tiene indenne l'assicurato, relativamente alle malattie professionali subite dai prestatori d'opera indicati al punto precedente (tabelle allegate al D.P.R. n°1124 del 1965, come risultano dall'elenco riportato dal D.P.R. n°482 del 1975 e successive variazioni), e di quelle ritenute tali dalla Magistratura, **escluse, comunque e in ogni caso, l'asbestosi, la silicosi, le ipoacusie conclamate e la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)**.
L'assicurazione ha **effetto a condizione che le malattie si manifestino per la prima volta dopo la sottoscrizione del contratto e siano conseguenza di fatti colposi connessi a eventi che si sono verificati durante il periodo di validità del contratto.**

Il massimale rappresenta comunque la **massima esposizione della Compagnia per più danni:**

- originati dallo stesso tipo di malattia professionale, anche se manifestatisi in tempi diversi durante il periodo di validità del contratto;
- verificatisi nella stessa annualità.

La garanzia non comprende:

- i lavoratori dipendenti per i quali si sia manifestata una ricaduta di malattia professionale, precedentemente indennizzata o indennizzabile;
- le malattie professionali conseguenti a intenzionale:
 - inosservanza delle disposizioni di legge, da parte dell'assicurato;
 - mancata prevenzione del danno per omesse riparazioni o adattamenti dei mezzi predisposti per prevenire o contenere fattori patogeni da parte dell'assicurato o dei suoi incaricati;
 Questa esclusione cessa di avere effetto per i danni avvenuti successivamente a quando vengono messi in atto accorgimenti ritenuti ragionevolmente idonei a prevenire il ripetersi del sinistro in rapporto alle circostanze;
- le malattie professionali che si manifestano dopo 12 mesi dalla data di cessazione della garanzia o del rapporto di lavoro.

La Società ha diritto di effettuare, in qualsiasi momento, ispezioni, verifiche e/o controlli sullo stato dell'abitazione indicata in polizza. Il contraente o l'assicurato deve consentire il libero accesso e fornire le notizie e la documentazione necessaria.

L'Assicurato ha l'obbligo di denunciare senza ritardo alla Società l'insorgenza di una malattia professionale rientrante nella garanzia, e di far seguito, con la massima tempestività, con le notizie, i documenti e gli atti relativi al caso denunciato.

Art. 31 - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI

I. Non sono considerati terzi ai fini dell'assicurazione R.C.T.:

- a) tutti coloro la cui responsabilità è coperta dal contratto di assicurazione, nonché il coniuge, gli ascendenti e i discendenti degli stessi, il convivente more uxorio e i figli non coniugati di questi se conviventi con il contraente;
- b) le persone che, essendo in rapporto di dipendenza con l'Assicurato, subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio, nonché tutti i collaboratori familiari occasionali che subiscano il danno in conseguenza dello svolgimento delle loro mansioni.

II. L'assicurazione non comprende i danni:

- a) da partecipazione a competizioni di carattere agonistico concernenti qualsiasi disciplina sportiva e pratica, in genere, delle seguenti attività sportive: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o di ghiacciaio, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, paracadutismo, sport aerei in genere, sport motoristici in genere;
- b) da furti commessi da terzi anche qualora sia stato agevolato da una condotta colposa attiva o omissiva dell'Assicurato;
- c) da detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- d) da inquinamento in genere;
- e) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;
- f) ai trasportati su veicoli a motore;
- g) a cose altrui che l'Assicurato detenga a qualunque titolo;
- h) provocati da persone non in rapporto di dipendenza con l'Assicurato e della cui opera questi si avvalga nell'esercizio della propria attività;

- i) da detenzione o da impiego di esplosivi;
- j) da proprietà e uso di armi da fuoco;
- k) derivanti dall'esercizio della caccia;
- l) derivanti da insalubrità dei locali;
- m) derivanti da estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione, stoccaggio, uso di asbesto puro e/o di prodotti fatti interamente o parzialmente di asbesto;
- n) derivanti da violazione di contratti di lavoro, discriminazione razziale, sessuale o religiosa;
- o) conseguenti a guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, tumulti popolari, atti di terrorismo, sabotaggio e tutti gli eventi assimilabili a quelli suddetti, nonché gli incidenti dovuto a ordigni di guerra;
- p) provocati da campi elettromagnetici.
- q) di natura punitiva (Exemplary Punitive Damages) verificatisi negli Stati Uniti d'America o in Canada.

Art. 32 - MASSIMALE ASSICURATO E FRANCHIGIE

L'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 750.000,00 per sinistro e per anno assicurativo, qualunque sia il numero delle persone che abbiano riportato lesioni corporali od abbiano sofferto danni a cose di loro proprietà.

Per ogni sinistro riguardante danni a cose e risarcibile a termini di polizza, verrà applicata una franchigia assoluta di €. 200,00.

Se la garanzia opera per più assicurati, il massimale per il danno cui si riferisce la richiesta di risarcimento resta, ad ogni effetto, unico, anche nel caso di corresponsabilità di più assicurati.

1. Danni da spargimento di acqua e di liquidi in genere

Per i danni cagionati a terzi da spargimento di acqua o di liquidi in genere e rigurgito di fogna conseguenti a:

- qualsiasi causa in qualità di conduttore dell'abitazione
- rotture accidentali di tubazioni, condutture, impianti idrici, di riscaldamento, di condizionamento posti al servizio dell'abitazione di proprietà

l'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 12.000,00 per ogni sinistro e per anno assicurativo con uno scoperto del 10% con il minimo di € 200,00.

2. Cani

Relativamente ai soli danni a persone derivanti da aggressioni provocate da cani, quando l'evento abbia avuto origine dalla mancata osservanza dell'ordinanza del 3 marzo 2009 "Ordinanza contingibile e urgente concernente la tutela dell'incolumità pubblica dall'aggressione dei cani" (G.U. serie generale n° 68 del 23 marzo 2009) e successive integrazioni o modifiche l'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 100.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.

3. Ricorso terzi derivante da incendio da conduzione della dimora abituale o secondaria.

Relativamente al ricorso terzi l'assicurazione è prestata sino alla concorrenza di € 100.000,00 per sinistro e per anno assicurativo e con una franchigia pari a € 200,00.

Art. 33 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione si intende operante in tutto il mondo, compresi Stati Uniti d'America e Canada. In casi di sinistro avvenuto negli Stati Uniti d'America o in Canada, la garanzia opera con il limite del 50% del massimale previsto, con applicazione di una franchigia di € 1.500,00.

Relativamente alla responsabilità civile derivante dalla proprietà e/o conduzione del fabbricato indicato in polizza la garanzia si intende operante a condizione che lo stesso sia situato in Italia ed adibito ad uso abitativo.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA

Art. 34 - DENUNCIA DI SINISTRO

L'Assicurato, o se impossibilitato a farlo i suoi familiari, deve ai sensi dell'art. 1913 cod. civ. dare avviso del sinistro a:

Cattolica Assicurazioni Soc. Coop
Ufficio Sinistri
Via Fermi 11/D - 37135 Verona
oppure telefonando al Numero Verde 800.206692
Fax 800.33.44.31
e-mail: sinistrire@bccassicurazioni.bcc.it

entro 5 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. La denuncia deve contenere, ove possibile, la descrizione dei fatti, l'indicazione delle conseguenze del sinistro, il nome ed il domicilio dei soggetti danneggiati e degli eventuali testimoni dell'accaduto, la data, il luogo e le cause del sinistro note all'Assicurato.

Art. 35 - GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione delle vertenze, in sede stragiudiziale o giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici, avvalendosi della collaborazione dell'Assicurato e di tutti i diritti e di tutte le azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Sono a carico della Società le spese sostenute per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza.

Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra la Società ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse. La Società non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano stati da essa designati, e non risponde di multe od ammende, né delle spese di giustizia penale.

L'Assicurato è tenuto

- a) ad astenersi da qualsiasi riconoscimento di responsabilità, senza essersi preventivamente consultato con la Società o con i legali e tecnici incaricati dalla stessa;
- b) a trasmettere tempestivamente alla Società ogni atto giudiziario a lui notificato o a un componente del suo nucleo familiare;
- c) a collaborare con la Società per consentire la corretta e puntuale gestione della vertenza;
- d) a produrre la documentazione in suo possesso o – se non immediatamente disponibile - ragionevolmente acquisibile dal medesimo;
- e) a comparire in giudizio a semplice richiesta della Società, ove la procedura giudiziale lo prevedesse o se la sua comparizione in giudizio sia ragionevolmente ritenuta dalla Società utile e necessaria per la difesa.

Qualora l'Assicurato non adempia a tali obblighi, è facoltà della Società di ritenersi esonerata dall'obbligo di assumere la difesa.

SEZIONE III - TUTELA LEGALE

Premessa di affidamento

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a:
ARAG Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A. con sede e Direzione Generale in
Viale del Commercio n.59 - 37135 Verona VR,
in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

Telefono centralino: 045.8290411,
fax per invio nuove denunce di sinistro: 045.8290557,
mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@ARAG.it,
fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro 045.8290449.

Art. 36 – Oggetto dell'Assicurazione

1. La Società, alle condizioni della presente polizza e **nei limiti del massimale di € 5.000,00**, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, **esclusivamente per eventi derivanti dai casi garantiti dalla garanzia Grandi Interventi Chirurgici presente nella sezione I del fascicolo.**

2. Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense (D.M. 8 aprile 2004 e successivi aggiornamenti) anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione ;
- le indennità a carico dell'Assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato nei limiti di quanto previsto dalle tabella dei compensi prevista per gli organismi di mediazione costituiti da Enti di diritto pubblico;
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata dalla Società ai sensi dell'Art. 5 comma 7;
- le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con la Società ai sensi dell'Art. 5 comma 8;
- le spese di giustizia;
- Il contributo unificato (D. L. 11.03.2002 n° 28), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.
- le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
- le spese dell'arbitro sostenute dall'Assicurato qualora sia incaricato per la decisione di controversie previste dalla polizza;
- le spese di domiciliazione necessarie, esclusa ogni duplicazione di onorari ed i compensi per la trasferta.

Qualora tali oneri siano posti a carico della controparte, ARAG ha diritto al rimborso di quanto eventualmente anticipato.

3. E' garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 41 comma 1.

Art. 37 - Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione

L'Assicurato è tenuto a :

- regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo,
- assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

La Società o ARAG non si assume il pagamento di :

- multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (Art. 541 Codice di Procedura Penale).

Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di 2 (due) esiti negativi.

Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti quota lite conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscano compensi professionali.

Art. 38 - Insorgenza del caso assicurativo

Ai fini della presente polizza, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali - il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;
- per tutte le restanti ipotesi - il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti :

- trascorsi 3 (tre) mesi dalla decorrenza della polizza, per le vertenze contrattuali e per le vertenze relative a proprietà e diritti reali;
- durante il periodo di validità della polizza, per tutte le altre prestazioni garantite.

Qualora la presente polizza sia emessa senza soluzione di continuità della copertura assicurativa rispetto ad una polizza precedente di Tutela legale, la carenza di 3 (tre) mesi non opera per tutte le prestazioni già previste con la polizza precedente, mentre si intende operante a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con il presente contratto. Sarà pertanto onere del Contraente, in sede di denuncia del sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di Tutela Legale.

La garanzia si estende ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Società o ad ARAG, nei modi e nei termini dell'Art. 39, entro 24 (ventiquattro) mesi dalla cessazione del contratto stesso.

Qualora la presente polizza sia emessa senza soluzione di continuità della copertura assicurativa rispetto ad una polizza della Società precedente, il termine di denuncia dei sinistri insorti durante la vigenza della polizza precedente decorre dalla cessazione della presente polizza anziché dalla cessazione della polizza precedente.

La garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti. Tale dispositivo non si intende operante per tutte le polizze emesse senza soluzione di continuità della copertura.

Si considerano a tutti gli effetti come unico caso assicurativo:

- vertenze, giudiziali e non, promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande scaturenti da fatti collegati e/o tra loro connessi e/o consequenziali, ad un medesimo contesto riferito all'evento coperto in garanzia;
- procedimenti penali a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.

In tali ipotesi, la garanzia viene fornita a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale per caso assicurativo resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

Art. 39 - Denuncia del caso assicurativo e fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa

L'Assicurato deve presentare alla Società o ad ARAG immediata denuncia di qualsiasi caso assicurativo non appena questo si verifichi o nel momento in cui ne abbia avuto conoscenza.

La denuncia del caso dovrà essere completa, veritiera e corredata da idonea documentazione incluso ogni mezzo di prova a disposizione e necessario per permettere alla Società di tutelare gli interessi dell'Assicurato.

A titolo esemplificativo, dovranno essere forniti:

- generalità e recapiti della controparte;
- estremi della controversia con l'indicazione delle pretese/contestazioni proprie e/o di controparte ed i riferimenti temporali della vicenda;
- copia della corrispondenza intercorsa;
- copia dei documenti rilevanti (contratti, fatture, ricevute, verbali, certificati, fotografie ecc.);
- dichiarazioni testimoniali corredate da copia di un documento di identità del teste;
- copia dell'informazione di garanzia o ogni altro atto notificato all'Assicurato.

In mancanza, la Società o ARAG non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del caso, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Art. 40 - Gestione del caso assicurativo

1. Ricevuta la denuncia, previa valutazione della copertura assicurativa e delle possibilità di far valere con successo le ragioni dell'Assicurato, la Società, nel rispetto della normativa vigente, valuta la possibilità di adoperarsi per realizzare un bonario componimento della controversia.

2. A tale fine, l'Assicurato dovrà rilasciare alla Società idonea procura per la gestione stragiudiziale della controversia, debitamente compilata e sottoscritta. Qualora l'Assicurato abbia già dato mandato a Legali e Periti per la gestione della fase stragiudiziale, la Società non corrisponderà alcun onere di cui all'art 1 – Oggetto dell'Assicurazione. Infatti, la gestione stragiudiziale della controversia è riservata alla Società che, eventualmente, potrà demandarla a legali di propria scelta.

3. Nel corso della gestione, l'Assicurato si impegna a collaborare con la Società, fornendo nei tempi indicati riscontro alle richieste.

4. In mancanza di quanto previsto dai punti 2 e 3, la Società non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella gestione, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

5. Ove il tentativo di bonario componimento non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo ed in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'Art.13.

6. La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento civile, penale o amministrativo se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

7. L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarica che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione della Società.

8. L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti viene concordata con la Società.

9. Il mancato rispetto dell'onere di cui ai due comma precedenti comporta la perdita del diritto al pagamento da parte della Società delle spese a carico dell'Assicurato.

10. La Società non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.

11. In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

12. La Società avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

13. Qualora l'assicurato intenda adire le vie giudiziarie nei confronti della Società, l'azione civile dovrà essere preceduta dal tentativo di mediazione qualora sia previsto obbligatoriamente dalla normativa vigente come condizione di procedibilità.

Art. 41 – Libera scelta del legale

1. L'Assicurato, per la fase giudiziale, ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto:

- a) presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia;
- b) presso il foro del proprio luogo di residenza o sede legale.

Nel caso di scelta di cui al punto b), ove sia necessario per il legale incaricato domiciliarsi, ARAG fornisce a quest'ultimo il nominativo del legale domiciliatario e assicura la copertura delle spese di domiciliazione di cui all'Art. 36, comma 2 - Oggetto dell'assicurazione.

In fase giudiziale, l'Assicurato comunica ad ARAG il nominativo del legale prescelto.

2. Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG può nominare direttamente il legale.

3. L'Assicurato deve in ogni caso conferire regolare mandato per la gestione della controversia al legale così individuato nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari per permettere alla Società e/o ARAG di dare seguito alla difesa dei suoi diritti ed interessi.

4. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o ARAG.

Art. 42 - Recupero di somme

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi.

Spettano, invece, ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

Art. 43 - Estensione territoriale

L'assicurazione si intende operante nell'ambito territoriale coperto dall'assicurazione principale.

Art. 44 – Soggetti assicurati

Le garanzie previste all'Art. 36 – Oggetto dell'assicurazione - delle Condizioni di Assicurazione vengono prestate per tutte le persone fisiche, soci delle Banche di Credito Cooperativo che siano intestatari di un rapporto bancario (conto corrente) con la banca purché indicati sul frontespizio di polizza.

Le garanzie sono operanti anche per il nucleo familiare del contraente indicato sul frontespizio di polizza.

Art. 45 - Prestazioni garantite

Le garanzie vengono prestate alle persone assicurate:

1. per sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento dei danni da inadempienze di tipo contrattuale o da fatti illeciti di terzi derivati all'assicurato esclusivamente in conseguenza di grande intervento chirurgico effettuati in occasione di ricovero presso Istituti di Cura (Pubblici o Privati) a seguito di malattia e/o infortunio per i quali sia prestata la copertura assicurativa dalla garanzia prevista alla sezione I del presente fascicolo.

Con riferimento agli interventi chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista dalla garanzia "Grandi Interventi Chirurgici", sono compresi anche quelli effettuati ambulatorialmente. È compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile.

2. per controversie contrattuali. Controversie nascenti da presunte inadempienze contrattuali, proprie o di controparte, nei confronti di ospedali e case di cura private, sempreché il valore in lite sia inferiore a € 52.000,00 (cinquantaduemila) e superiore a € 200,00 (duecento).

3. per controversie con Istituti o Enti pubblici. Controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali o Sociali derivanti da uno degli eventi per i quali sia operante la relativa garanzia Infortuni e/o Malattia.

Art. 46 – Esclusioni

Le garanzie non sono valide:

- a) per vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
- b) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- c) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- d) per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di aeromobili, imbarcazioni da diporto, navi da diporto e natanti da diporto (ai sensi dall'Art. 3 del D. Lgs. 171/2005);
- e) per fatti dolosi delle persone assicurate;
- f) per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- g) per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
- h) per fatti derivanti da partecipazione a gare o competizioni sportive e relative prove, salvo che si tratti di gare di pura regolarità indette dall'ACI;
- i) per qualsiasi caso assicurativo inerente o derivante dall'esercizio della professione medica, della professione sanitaria di ostetrica o dall'attività di lavoro autonomo o di impresa;
- l) se il conducente rifiuta di sottoporsi agli accertamenti previsti in caso di guida sotto l'influenza dell'alcool;
- m) per i casi di adesione a class action;

- n) per i casi di difesa penale per reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nell'ambito professionale;
- o) per i casi connessi alla circolazione stradale;
- p) vertenze contrattuali con la Società;
- q) per fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale.

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO TUTELA LEGALE

Art. 41 - DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

L'Assicurato deve immediatamente denunciare ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire alla Compagnia c/o ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa. L'Assicurato può denunciare i nuovi sinistri tramite: mail alla casella

denunce@arag.it
o al numero di
fax **+39.045.82.90.557**

Per la successiva trattazione dei sinistri già aperti e successivi scambi di corrispondenza può essere utilizzata la posta ordinaria:

ARAG - Assicurazioni Rischi Automobilistici e Generali S.p.A.

Ufficio Sinistri
Viale del Commercio, 59 - 37135 Verona
o al numero di fax **+39.045.82.90.449**

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del caso assicurativo.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

Allegato 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale e/o per mieolopatie di altra natura per via posteriore, laterale o transtoracica
- Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Interventi di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (int. di ugulotomia) e delle corde vocali (int. Di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (int. di laringectomia totale o parziale)
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Ricostruzione della catena ossiculare
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare

- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA DELLA MAMMELLA

- Mastectomia totale o parziale con svuotamento del cavo ascellare per neoplasia maligna

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale
- Decompressione della a. vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totale, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via laparotomica (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezione epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Allegato 2 – TARIFFA

Per la determinazione della fascia di età si considerano gli anni compiuti

SEZIONE I - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI:

FASCIA D'ETA'	PREMIO
18 - 34 anni	€ 92,00
35 - 59 anni	€ 118,00
60 - 75 anni	€ 194,00

SEZIONE II - RESPONSABILITA' CIVILE DELLA VITA PRIVATA:

€ 50,00

SEZIONE III -- TUTELA LEGALE:

€ 18,00

I premi si intendono al lordo delle imposte

INFORMATIVA AL CLIENTE SULL'ATTIVAZIONE DELL'AREA RISERVATA

Il presente documento è valido a decorrere dal 31 ottobre 2013 e costituisce parte integrante al Fascicolo Informativo/Prospetto d'offerta

In seguito all'emanazione del Provv. 7 IVASS del 16/07/2013 recante "Disposizioni in materia di Gestione dei rapporti assicurativi via web, attuativo dell'articolo 22, comma 8, del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con legge 17 dicembre 2012, n. 221 – Modifiche al Regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010" la Compagnia ha predisposto sul proprio sito internet un'apposita area a Lei riservata, tramite la quale le sarà possibile consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali sottoscritte, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze nonché i valori di riscatto e le valorizzazioni aggiornate.

L'accesso alle informative via web ha la finalità di favorire una più efficace gestione dei rapporti assicurativi valorizzando il canale di comunicazione telematico quale strumento per accrescere la trasparenza e semplificare il rapporto impresa-assicurato.

La informiamo che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area a Lei riservata, secondo le modalità pubblicate nella *home page* del sito *internet* della Compagnia.