

Assicurazione Infortunio e Malattia

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: Protezione Salute per te



Aggiornamento a febbraio 2026

Ulteriori informazioni precontrattuali e contrattuali relative al prodotto sono fornite nelle Condizioni di Assicurazione, nel documento di Polizza e nel DIP Aggiuntivo.

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i rischi di infortuni e malattia subiti sia in ambito professionale che extraprofessionale.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Diaria da Ricovero**: la Compagnia si impegna a corrispondere all'Assicurato una Diaria di € 100 per ciascun giorno di Ricovero e per la durata massima di 90 giorni per evento e per Periodo Assicurativo. La causa del ricovero deve essere riconducibile a Infortunio o Malattia
- ✓ **Diaria da Convalescenza**: la Compagnia si impegna a corrispondere all'Assicurato una Diaria di 50€ al giorno e per una durata non superiore ai giorni indennizzati per la garanzia Diaria da Ricovero e comunque fino ad un massimo di 30 giorni per Periodo Assicurativo.
- ✓ **Invalidità Permanente**: la Compagnia si impegna a corrispondere all'Assicurato un capitale pari a 30.000€ nel caso in cui lo stesso subisca una Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% ovvero l'Invalidità Permanente si sia stabilizzata entro due anni dall'evento.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone:

- ✗ con un'età superiore a 70 anni;
- ✗ non residenti in Italia;
- ✗ Che manifestino alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da HIV;
- ✗ affette da gravi invalidità (con grado di Invalidità Permanente superiore al 30%) causate da Infortunio o Malattia.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Per tutte le garanzie sono esclusi gli eventi occorsi a seguito di:
 - ! Malattie Genetiche, malformazioni congenite, difetti fisici;
 - ! Malattie conseguenti a gravidanza e/o parto;
 - ! Stati patologici in genere già conosciuti ovvero che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla Data di Decorrenza;
 - ! Preesistenti infermità o invalidità che abbiano determinato la perdita o diminuzione della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa;
 - ! Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad Alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
 - ! Infortuni derivanti dalla pratica di sport professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
 - ! Guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, ovvero in aree inibite alla normale circolazione,
 - ! Infortuni occorsi durante lo svolgimento del proprio lavoro nelle Forze Armate, nell'Arma dei Carabinieri, nei Corpi di Polizia o quali Vigili del Fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio e ad esercitazioni, incarichi o missioni
 - ! Conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
 - ! Conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
 - ! Applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica,
 - ! Trattamenti psicoterapici o conseguenze di Malattie Mentali, epilessia, demenze intendendosi per esse Alzheimer, Parkinson, demenza senile e sindromi demielinizzanti, disturbi della personalità, disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivo e loro conseguenze



Dove vale la copertura?

Le coperture assicurative valgono per il mondo intero, a condizione che il soggiorno all'estero non si protragga per oltre 90 giorni.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritieri: eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto agli indennizzi, ai rimborsi e alle prestazioni di assistenza nonché la stessa cessazione dell'assicurazione;
- Devi comunicare tempestivamente per iscritto alla Compagnia ogni cambiamento delle circostanze rilevanti per la determinazione del rischio ad esclusione delle sole informazioni relative all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del Contratto. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il Prezzo, altrimenti denominato premio, si paga esclusivamente mediante Addebito in Conto Corrente (SDD - SEPA Direct Debit). Il Prezzo deve essere pagato mensilmente, a partire dalla seconda mensilità, senza interessi di frazionamento. L'addebito delle rate di Prezzo verrà effettuato automaticamente il giorno di ciascuna scadenza mensile. Tale previsione, ad eccezione dell'obbligo di pagamento decorrente dalla seconda mensilità, si applica anche in caso di ogni successivo rinnovo.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto ha durata annuale e si rinnova tacitamente per analogo periodo, salvo disdetta dell'Aderente o della Compagnia. Il Contratto non si rinnoverà tacitamente alla scadenza se l'Aderente e/o l'Assicurato raggiungono il limite massimo di età assicurabile di 70 anni nel corso della validità del Periodo Assicurato oggetto di rinnovo.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza del Contratto.

Se l'Aderente non corrisponde una rata di Prezzo successiva alla prima, la copertura resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo alla scadenza fino alle ore 24 del giorno di pagamento di quanto dovuto.



Come posso dissdire la polizza?

L'Aderente può recedere dal contratto esercitando:

- il diritto di ripensamento, entro 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto o dalla ricezione della documentazione pre-contrattuale, se successiva;
- Il diritto di cessazione del Contratto successivamente a 60 giorni dalla data di decorrenza del contratto; in tal caso la copertura cesserà alla scadenza del mese a cui si riferisce l'ultima rata di Prezzo corrisposta e sarà sospeso l'addebito delle rate successive.
- la disdetta, da comunicarsi almeno 30 giorni prima di ogni scadenza annuale.

Nei casi suddetti dovrà darne comunicazione attraverso una delle seguenti modalità:

- a mezzo e-mail all'indirizzo supporto@ca-assicurazioni.it,
- telefonicamente al numero 800.620.546

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)



Prodotto: Protezione Salute per te

Il presente DIP Aggiuntivo Danni è stato realizzato in data 02/2026 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale Aderente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Società

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A., Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano, Tel. 800 620 546; Sito internet: www.ca-assicurazioni.it – email: info@ca-assicurazioni.it; pec: info.ca-assicurazioni@legalmail.it.

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. è una società per azioni appartenente al Gruppo Crédit Agricole Assurances Italia (iscritta all'Albo delle società capogruppo al n.057), soggetta a direzione e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A.; Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. è iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00166 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2599 del 28 marzo 2008.

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio approvato, l'ammontare del patrimonio netto è pari ad 41,733 milioni di euro ed il risultato economico di periodo è pari ad 5,159 milioni di euro.

Con riferimento alla situazione di solvibilità, l'indice di solvibilità (*solvency ratio*) è pari al 166,7%, come risultante dalla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'impresa www.ca-assicurazioni.it/istituzionale/Bilanci-e-SFCR/.

Al Contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con l'Aderente.

Il Contratto prevede le seguenti garanzie, sempre abbinate:

- Diaria da Ricovero e Convalescenza (da Infortunio e Malattia);
- Invalidità Permanente (da Infortunio e Malattia).

Le garanzie sono prestate ad uno o più soggetti in funzione della formula scelta dall'Aderente tra:

- Singolo;
- Coppia;
- Nucleo Familiare (fino a un massimo di 5 assicurati complessivi).

Non sono previste opzioni con aumento del premio.

Non sono previste opzioni con riduzione del premio.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni sono esclusi gli eventi occorsi a seguito di: (i) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; (ii) qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse; (iii) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose; (iv) lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa, acrobazie particolari con cadute, tuffi e salti; (v) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, ferma l'operatività della copertura nel caso di eventi derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi; (vi) Infortuni subiti durante la pratica delle seguenti attività, anche se svolte a livello sportivo: salto dal trampolino con gli sci o idroscio, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, mountain bike e "downhill" nonché da gare professionalistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti; (vii) guida di natanti a motore per uso non privato; (viii) uso, anche come passeggero, su aeromobili di aeroclub o società di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri; (ix) Infortuni occorsi durante la detenzione, l'uso, la manipolazione o il trasporto di materiale pirotecnico o esplosivo, anche come attività non professionale; (x) eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico; (xi) ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici; (xii) durante l'esercizio dell'attività professionale di minatori o personale viaggiante di navigazione aerea e marittima; (xiii) subiti durante il lavoro presso raffineria, su piattaforme offshore o che prevede il trattamento di materiale radioattivo.

Franchigie e scoperti

Non sono previste franchigie o scoperti.

Periodo di Carenza

Per la sola garanzia Diaria da Ricovero, la copertura per Malattia opera a partire dal 120° giorno successivo alla Data di Decorrenza del Contratto, prevista per il singolo Assicurato.

Il periodo di Carenza non si applica in caso di rinnovo della copertura o emissione della copertura in sostituzione o in ripresa di un'altra stipulata con la Compagnia, rispetto al singolo Assicurato, senza soluzione di continuità.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto ai clienti, persone fisiche residenti in Italia, dell'intermediario Agos Ducato S.p.A., che desiderano proteggere sé stessi, il convivente more uxorio e/o il nucleo familiare dalle conseguenze economiche in caso di ricovero, convalescenza (post ricovero) o invalidità permanente grave a seguito di infortunio o malattia tramite il riconoscimento di un'indennità giornaliera e/o un indennizzo.

Si rivolge nello specifico al cliente: (i) di età compresa tra i 18 anni e i 70 anni; (ii) lavoratore dipendente, atipico, autonomo, socio di azienda o non lavoratore.



Quali costi devo sostenere?

Costi intermediazione: la quota parte media percepita dagli intermediari per il presente prodotto è pari al 49,00%.
La percentuale provvigionale è calcolata sul totale dei premi netti contabilizzati.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale e/o la gestione dei sinistri potranno essere presentati per iscritto a: Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. – Ufficio Reclami Corso di Porta Vigentina 9 – 20122 Milano, e-mail: reclami@ca-assicurazioni.it, pec: info.ca-assicurazioni@legalmail.it, Fax: 02 88 21 83 313.</p> <p>La funzione aziendale incaricata della gestione dei reclami è l'Ufficio Reclami, che è tenuto a fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento degli stessi.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Prima di ricorrere all'Autorità Giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, che costituisce condizione di procedibilità per le controversie in materia assicurativa, interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
Arbitro Assicurativo	<p>Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>In caso di divergenza sulla natura dell'evento, sulla misura dell'indennizzo, o sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, si potrà ricorrere ad una valutazione collegiale effettuata da tre medici, nominati dalle parti o dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici locale.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione delle procedure FIN-NET o della normativa applicabile.</p>
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Le imposte sulle assicurazioni relative al Contratto sono a carico dell'Aderente e sono applicate sui premi imponibili secondo le norme in vigore alla data di incasso del premio. Le aliquote in vigore per la garanzia Infortuni sono del 2,5%.</p>
Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<p><i>Il cliente che è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</i></p> <p><i>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</i></p> <p><i>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet di Crédit Agricole Assicurazioni al seguente link:</i></p> <p>www.ca-assicurazioni.it/news-comunicati/informativa-sulle-disposizioni-per-la-prevenzione-delle-discriminazioni-e-la-tutela-dei-diritti-delle-persone-con-malattie-oncologiche</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<p><i>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente a Crédit Agricole Assicurazioni o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</i></p>

<p>Effetti dell'oblio oncologico per le imprese</p>	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>
--	--

PER QUESTO CONTRATTO Crédit Agricole Assicurazioni DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ADERENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO, PER PAGARE - OVE PREVISTO - IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E RICHIEDERE LA MODIFICA DEI TUOI DATI PERSONALI.



PROTEZIONE SALUTE PER TE

Contratto di assicurazione Infortuni e Malattia

Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Edizione febbraio 2026

È un prodotto di:



Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Avvertenze

Simboli

Nel testo sono utilizzati dei simboli per rendere più agevole la lettura.

Simbolo	Significato
	Rinvia ad uno o più articoli del Contratto dove si possono trovare approfondimenti sull'argomento trattato



Box di consultazione

Nel testo le informazioni esplicative, i commenti o gli esempi si trovano inseriti in Box di consultazione formattati in questo modo.

Queste informazioni non sono parte del contratto ma aiutano a chiarirne il significato

Contenuti

A - Glossario	pag. 4
B - Presentazione	
1. Quadro generale	pag. 8
C - Oggetto del Contratto	
2. Sezione Diaria da Ricovero e Convalescenza	pag. 10
3. Sezione Invalidità Permanente	pag. 12
4. Termini di Carenza	pag. 13
5. Esclusioni	pag. 13
D - Il Contratto dalla A alla Z	
6. Modalità di adesione	pag. 15
7. Dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato	pag. 15
8. Pagamento del Prezzo	pag. 15
9. Decorrenza e durata della copertura	pag. 16
10. Sospensione della copertura, Diritto di Recesso e Diritto di Cessazione	pag. 16
11. Cessazione dal Contratto	pag. 17
12. Assicurazione presso più assicuatori	pag. 17
13. Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali	pag. 17
14. Imposte e tasse	pag. 18
15. Legge applicabile	pag. 18
16. Foro competente	pag. 18
17. Obblighi e diritti derivanti dal Contratto	pag. 18
18. Forma delle comunicazioni tra le parti	pag. 18
E - Cosa fare in caso di Sinistro	
19. Disposizioni comuni a tutte le Sezioni	pag. 20

A - Glossario

I termini che nel presente Contratto sono indicati in grassetto e con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato:

A

Aderente

Ciascuna persona fisica maggiorenne residente in Italia cliente del Contraente, che valuta e liberamente decide di usufruire della copertura della **Polizza Collettiva**, manifestando un'espressa volontà e corrispondendo direttamente il **prezzo**. Il nominativo dell'Aderente è riportato nel Modulo di Adesione.

Alcolismo

Abuso cronico che implica compulsione a bere prodotti alcolici, con conseguente dipendenza fisica e psicologica, anche con sintomi da astinenza.

Asset Freeze

È una misura amministrativa volta a privare le persone o le organizzazioni dei paesi sanzionati delle risorse finanziarie necessarie.

Assicurato

Ciascuna persona fisica il cui interesse è protetto dall'**Assicurazione**. L'**Aderente** è sempre **Assicurato**.

Assicurazione

L'operazione con cui l'**Aderente** trasferisce alla **Compagnia** un **Rischio** al quale lui è esposto.

C

Contraente

Agos Ducato S.p.A. - Viale Fulvio Testi 280, Milano, 20126 che sottoscrive la **Polizza Collettiva**.

Convalescenza

Periodo dopo la dimissione dell'**Istituto di Cura** che comporti **Temporanea Inabilità**

Collettiva (o Polizza Collettiva)

Il documento negoziale nel quale la **Compagnia** ed il **Contraente** stabiliscono le norme contrattuali valevoli per tutti gli **Assicurati** aderenti al contratto assicurativo.

Compagnia

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Consumatore

La persona fisica che agisce per scopi estranei alla attività imprenditoriale o professionale eventualmente svolta, come definito dal decreto legislativo 206 del 6 settembre 2005 e successive modifiche e integrazioni.

Contratto di Assicurazione (o Contratto)

Il presente Contratto.

Coppia

Si intende l'**Aderente** e il relativo coniuge, o convivente *more uxorio*, nominativamente identificato nel **Modulo di Adesione**.

D**Data di Decorrenza**

Corrisponde alla data della prima adesione, o alla data delle variazioni successive, secondo le modalità di adesione previste dal presente **Contratto**

Delitto Doloso

Reato commesso con l'intenzione e la volontà. Si considerano tali tutti i reati ad esclusione di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi.

Diaria

Indennizzo forfettario giornaliero corrisposto all'**Assicurato** in caso di **Ricovero** o in caso di **Convalescenza** derivante da **Infortunio** o **Malattia**.

E**Embargo**

È una sanzione economica e commerciale destinata a vietare o limitare il commercio di beni, tecnologie e servizi con i paesi sanzionati.

F**Firma Elettronica Avanzata**

Particolare tipologia di firma elettronica che soddisfa i seguenti requisiti:

- a) è connessa unicamente al firmatario;
- b) è idonea a identificare il firmatario;
- c) è creata mediante dati per la creazione di una firma elettronica che il firmatario può, con un elevato livello di sicurezza, utilizzare sotto il proprio esclusivo controllo; e
- d) è collegata ai dati sottoscritti in modo da consentire l'identificazione di ogni successiva modifica di tali dati. I documenti sottoscritti mediante firma elettronica avanzata hanno

l'efficacia prevista dall'art. 2702 c.c.. I documenti sottoscritti con tale modalità hanno la stessa validità legale dei documenti cartacei sottoscritti con firma autografa in conformità a quanto previsto dall'art. 21 del d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale)".

I**Indennizzo**

La somma dovuta dalla **Compagnia all'Assicurato** in caso di **Sinistro**.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente e strumentalmente constatabili.

Invalidità Permanente

Indica il caso in cui l'**Assicurato**, a causa di **Infortunio** o **Malattia**, perda in modo totale, definitivo e irrimediabile la capacità di attendere alle proprie attività lavorative o di vita quotidiana. La garanzia è concessa all'**Assicurato** che sia lavoratore o non lavoratore, compreso il personale in quiescenza. Tale perdita viene stabilita esclusivamente nel grado pari o superiore al 60% secondo le disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. n.1124 del 30/06/1965, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (Tabelle INAIL). Viene tassativamente esclusa qualsiasi rilevanza alle disposizioni di cui DM - Ministero della Sanità 5/02/1992 (tabelle INPS).

Istituto di Cura

Istituti universitari, ospedali pubblici, cliniche e case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la **Convalescenza** ed il soggiorno, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, RSA (residenze sanitarie per anziani), ospedali militari e istituti specializzati per la riabilitazione.

M

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.
La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Genetica

Patologia, generalmente rara, causata da una o più anomalie del corredo genetico (genotipo), che si tramutano in mutazioni dei geni o alterazioni dei cromosomi in grado di dare origine a una o più patologie.

Modulo di Adesione

È la parte del Contratto che viene sottoscritta dall'Aderente che prova l'entrata in copertura dello stesso, nei termini e alle condizioni riportate nel Contratto.

N

Nucleo Familiare

Si intende l'**Aderente**, il coniuge o il convivente more uxorio e i figli dell'**Aderente** nominativamente identificati nel Modulo di Adesione .

R

Recesso

Scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal **Contratto di Assicurazione**.

Ricovero

La degenza ininterrotta che richiede il pernottamento in un **Istituto di Cura**, resa necessaria per l'esecuzione di accertamenti e/o terapie non effettuabili in day hospital o in ambulatorio.
Al fine del calcolo dei giorni in caso di **Ricovero**, il primo e ultimo giorno sono considerati come unico giorno.

Ricovero Improprio

La degenza in **Istituto di Cura**, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio

La probabilità che si verifichi il **Sinistro**.

P

Periodo Assicurativo

Il periodo compreso tra la **Data di Decorrenza** e la scadenza annua, nonché ogni successivo periodo di rinnovo annuale.

Prezzo

Il costo della copertura assicurativa dovuto dall'**Aderente** alla **Compagnia**. La legge lo definisce **premio**.

S

Sanzioni Internazionali

Normativa relativa alle misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica e finanziaria adottate dall'Unione Europea (UE) o dai singoli Stati Membri, o da altri Paesi al di fuori dell'UE (incluso gli Stati Uniti d'America).

Set Informativo

Indica l'insieme della documentazione precontrattuale e contrattuale costituita da Documento Informativo Precontrattuale,

Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo, le presenti condizioni contrattuali, glossario e Modulo di Adesione.

Sinistro

Il verificarsi del fatto per il quale è prestata la garanzia assicurativa, e da cui è derivato un danno.

Somma Assicurata

L'importo che rappresenta il massimo esborso della **Compagnia**, indipendentemente dal numero di assicurati, in relazione alle coperture prestate, per **Sinistro** e per ciascun **Periodo Assicurativo**.

Sportivi professionisti

Colui il quale esercita attività sportiva a favore di una società sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, nell'ambito delle discipline riconosciute dal CONI, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

T

Temporanea Inabilità

La temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

Tentativo Obbligatorio di Mediazione

Procedura disciplinata dall'art. 5 D.Lgs. 28/2010.

Termini di Carenza (o Carenza)

Periodo di tempo immediatamente successivo alla **Data di Decorrenza** dell'Adesione durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il **Sinistro** avviene in quel periodo di tempo o il **Ricovero** inizia durante il Termine di Carenza e prosegue oltre lo stesso, l'**Assicurato** non ha diritto all'Indennizzo.

Tossicodipendenza

Dipendenza dall'uso compulsivo cronico o abituale di sostanza psico-attive (marijuana, amfetamina, MDMA, allucinogeni, LSD, mescalina, psilocibina) e conseguente sindrome da astinenza.

B - Presentazione

1 Quadro generale

1.1 Tipo di Contratto

Con il presente **Contratto di Assicurazione** la **Compagnia** corrisponde **Indennizzi** in caso di **Infortuni e/o Malattie** subite dagli **Assicurati**.

Protezione Salute per te offre le seguenti garanzie sempre incluse:

- Diaria da Ricovero e Convalescenza (da **Infortunio e Malattia**)
- Invalidità Permanente (da **Infortunio e Malattia**)

Il numero degli **Assicurati** varia in funzione della scelta fatta dall'**Aderente** in fase di sottoscrizione. Può, infatti, essere scelta una tra le seguenti formule di copertura:

- Formula Singolo
- Formula **Coppia** (l'**Aderente** e il relativo coniuge, o convivente more uxorio nominativamente identificato sul **Modulo di Adesione**)
- Formula **Nucleo Familiare** (l'**Aderente**, il coniuge o il convivente more uxorio e i figli dell'Aderente nominativamente identificati sul **Modulo di Adesione**, fino ad un massimo di 5 assicurati)

Protezione Salute per te può essere sottoscritto solamente se l'**Aderente** e gli eventuali altri Assicurati sono persone fisiche residenti in Italia.

Le coperture previste dal prodotto **Protezione Salute per te** si attivano in conseguenza di **Infortuni o Malattie**, indennizzabili a termini di polizza.

FOCUS DEFINIZIONE DI INFORTUNIO

L'**Infortunio** è un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni oggettivamente constatabili.

Rientrano tra gli **Infortuni** anche i seguenti eventi:

- Asfissia non di origine patologica e non autoinflitta
- Avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze
- Annegamento
- Assideramento o il congelamento
- Infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi
- Infortuni causati da malessere o malore e degli stati di incoscienza che non siano causati da stupefacenti, allucinogeni od alcolici
- Folgorazione
- Infortuni conseguenti ad atti compiuti dall'**Assicurato** per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa
- Colpi di sole o di calore

1.2 Coperture prestate

L'**Aderente**, scegliendo una delle 3 formule indicate all'art. 1.1, acquista le coperture principali **Diaria da Ricovero e Convalescenza e Invalidità Permanente**, entrambe scaturenti da **Infortunio e Malattia**.

1.3 Persone assicurate

Le persone identificate come **Assicurati** possono essere, a seconda della specifica formula scelta dall'**Aderente** tra quelle indicate all'art. 1.1 e riportata nel **Modulo di Adesione**:

- il singolo **Aderente**,
- la **Coppia**,
- il **Nucleo Familiare** dell'**Aderente** (fino a un massimo di 5 assicurati complessivi).

1.4 Condizioni di assicurabilità

Protezione Salute per te è attivabile solo per le persone che, alla **Data di Decorrenza** riportata nel **Modulo di Adesione**, non abbiano ancora compiuto i 70 anni di età. In caso di raggiungimento di tale età da parte di uno degli **Assicurati** in corso di Contratto, il **Contratto di Assicurazione** mantiene la sua validità fino alla scadenza annuale successiva e cessa al compimento di detto termine, senza possibilità di rinnovo.

Non sono, altresì, assicurabili le persone:

- a) Non residenti in Italia,
- b) Che manifestino, anche in corso di contratto, **Alcoolismo, Tossicodipendenza**, infezione da HIV, gravi invalidità (con grado di Invalidità Permanente superiore al 30%) causate da **Infortunio o Malattia**.

Se in corso di Contratto ciascun Assicurato previsto dalle diverse formule indicate all'art. 1.3 dovesse perdere uno o più dei requisiti sopraindicati, l'**Aderente** dovrà darne tempestiva comunicazione alla **Compagnia** utilizzando i recapiti presenti nella sezione "Contatti" in coda al presente documento, per le necessarie modifiche del **Contratto**.

1.5 Estensione territoriale

Le coperture assicurative valgono per il mondo intero a condizione che il soggiorno all'estero non si protragga per oltre 90 giorni.

C - Oggetto del Contratto

2 Sezione Diaria da Ricovero e Convalescenza

Copertura Principale

La copertura prevista da questa sezione è valida solo se è stata corrisposta la relativa parte di Prezzo.

Per le Carenze relative alla presente garanzia si rimanda all'articolo 4.

Per le esclusioni relative alla presente garanzia si rimanda all'articolo 5.

Coperture base

2.1 Diaria da Ricovero

In caso di **Ricovero in Istituto di cura** verificatosi durante il periodo di efficacia della copertura in conseguenza di **Infortunio** o di **Malattia** che si siano verificati successivamente ai **Termini di Carenza** e indennizzabili ai sensi di polizza, la **Compagnia** corrisponde all'**Assicurato** una **Diaria** di € 100 al giorno per ciascun giorno di **Ricovero** e per la durata massima di 90 giorni **per evento e per Periodo Assicurativo**.

Il pagamento dell'**Indennizzo** viene effettuato a cura ultimata, su presentazione, in originale, della documentazione medica rilasciata dall'**Istituto di cura** attestante il motivo e la durata del ricovero.

2.2 Diaria da Convalescenza

In caso di **Convalescenza dell'Assicurato**, successiva a un **Ricovero in Istituto di Cura** indennizzabile ai sensi del precedente Art. 2.1, la **Compagnia** corrisponderà all'**Assicurato** una **Diaria** pari alla metà di quella prevista per la garanzia **Diaria da Ricovero**, per ogni giorno di **Convalescenza** e per una durata non superiore ai giorni indennizzati per la garanzia **Diaria da Ricovero** e comunque fino ad un massimo di 30 giorni **per Periodo Assicurativo**.

La prestazione viene corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissione dall'**Istituto di Cura** a condizione che:

- il **Ricovero** sia indennizzabile in termini di polizza ai sensi dell'art. 2.1;
- il periodo di **Convalescenza** sia stato prescritto in fase di dimissione dall'**Istituto di Cura** oppure dal medico curante.

2.3 Somme assicurate e limiti

La **Somma Assicurata** delle garanzie **Diaria da Ricovero** e **Diaria da Convalescenza** è riassunta all'interno della seguente tabella:

DIARIA DA RICOVERO E CONVALESCENZA DA INFORTUNIO E MALATTIA	
Garanzia	Somme Assicurate e Limiti
Diaria da Ricovero	100€ al giorno, per un massimo di totali 90 giorni di Ricovero per evento e per Periodo Assicurativo
Diaria da Convalescenza	50 € per massimo 30 giorni per Periodo Assicurativo I giorni liquidabili non potranno essere superiori ai giorni indennizzabili per la garanzia Diaria da Ricovero

Le Somme Assicurate e i limiti riportati in tabella rappresentano il massimo esborso della **Compagnia**, indipendentemente dal numero di **Assicurati**, in relazione alle coperture prestate, per **Sinistro** e per ciascun **Periodo Assicurativo**. Quindi, in caso di più Assicurati oltre l'Aderente, la somma degli Indennizzi dei diversi Assicurati non potrà superare i limiti sopra esposti.



Il cliente sottoscrive il contratto Protezione Salute per te con formula **Coppia**, per sé ed il proprio partner.

Caso 1

Il cliente subisce un Infortunio che determina un ricovero di 10 giorni, a cui viene riconosciuto un indennizzo pari a 1.000€ (10 giorni x 100€ al giorno).

Nel corso dello stesso periodo assicurativo, il partner invece manifesta una malattia che richiede un ricovero di 20 giorni, per cui viene riconosciuto un indennizzo pari a 2.000€ (20 giorni x 100€ al giorno).

Nel medesimo periodo assicurativo la coppia potrà usufruire di ulteriori 60 giorni (90 giorni totali - 30 giorni utilizzati) di ricovero indennizzabili per un importo residuo totale di 6.000€ (60 giorni rimanenti x 100€ al giorno).

Caso 2

Il cliente subisce un Infortunio che determina un ricovero di 10 giorni e una convalescenza di 15 giorni; per tali eventi gli viene riconosciuto un indennizzo per ricovero pari a 1.000€ (10 giorni x 100€ al giorno) e un indennizzo per convalescenza pari a 500€ (10 giorni x 50€ al giorno) in quanto i giorni liquidabili della convalescenza non potranno superare quelli indennizzabili del ricovero.

L'indennizzo totale corrisposto all'assicurato sarà di 1.500€.

Nel corso dello stesso periodo assicurativo, il partner invece si manifesta una malattia che richiede un ricovero di 20 giorni e una convalescenza di 20 giorni, per cui viene riconosciuto un indennizzo per ricovero pari a 2.000€ (20 giorni x 100€ al giorno) e un indennizzo per convalescenza pari a 1.000€ (20 giorni x 50€ al giorno).

L'indennizzo totale corrisposto al partner sarà di 3.000€.

Nel medesimo periodo assicurativo la coppia potrà usufruire di ulteriori 60 giorni (90 giorni totali - 30 giorni utilizzati) relativamente alla garanzia Diaria da Ricovero, ma non potrà più beneficiare della garanzia Diaria da Convalescenza in quanto esaurito il massimale di 30 giorni cumulativi.

3 Sezione Invalidità Permanente

Copertura Principale

La copertura prevista da questa sezione è valida solo se è stata corrisposta la relativa parte di Prezzo.

Per le **Carenze** relative alla presente garanzia si rimanda all'articolo 4.
Per le esclusioni relative alla presente garanzia si rimanda all'articolo 5.

Coperture base

3.1 Invalidità Permanente da Infortunio e Malattia

In caso di **Invalidità Permanente** di grado pari o superiore al 60% verificatasi durante il periodo di efficacia della copertura in conseguenza di **Infortunio** o di **Malattia** indennizzabili ai sensi di polizza, ovvero l'**Invalidità Permanente** si sia stabilizzata entro due anni dall'evento, la **Compagnia** corrisponde l'importo (Indennizzo) pari a 30.000€.

3.2 Valutazione dell'Invalidità Permanente

Il grado di **Invalidità Permanente** da **Infortunio** o da **Malattia** è determinato in base alla tabella riportata nel D.P.R. 30/06/1965 n. 1124, così come modificato dal DM 12.07.2000, e successive modifiche ed integrazioni (in breve “Tabella INAIL”).

Nei casi di **Invalidità Permanente** non specificati nella tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita comunque tenendo a riferimento le percentuali previste in tabella per i casi ivi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'**Assicurato** all'esercizio di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

A seguito di preliminare applicazione della tabella di cui sopra, per il raggiungimento del 60% di Invalidità Permanente, verranno utilizzati i seguenti criteri valutativi:

- In caso di mancino constatato (cioè la tendenza ad usare, in parte o del tutto, il lato sinistro del corpo) le percentuali di riduzione al lavoro stabilite per l'arto superiore destro sono applicate all'arto superiore sinistro e viceversa;
- Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascun evento;
- La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso. Se si tratta di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali dell'Invalidità Permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- La percentuale di Invalidità Permanente viene attribuita per singolo evento denunciato, e non può essere sommata con eventuali altre invalidità permanenti conseguenti ad altri eventi o stati patologici preesistenti.

3.3 Somma assicurata

La **Somma Assicurata** per la **Invalidità Permanente** da **Infortunio** o da **Malattia** corrisponde a € 30.000,00.
Se l'**Infortunio** e/o la **Malattia** hanno come conseguenza un'**Invalidità Permanente** pari o superiore al 60%, verrà

corrisposta l'intera **Somma Assicurata**.

Se l'**Infortunio** e/o la **Malattia** hanno come conseguenza un'**Invalidità Permanente** inferiore al 60%, nessun **Indennizzo** è dovuto da parte della **Compagnia**.

Anche nel caso in cui l'Aderente abbia scelto le formule **Coppia o Nucleo Familiare**, il massimale si intende unico e condiviso tra tutti gli Assicurati. Al verificarsi del primo sinistro indennizzabile in termini di polizza, gli obblighi assunti dalla Compagnia cessano.

INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO E MALATTIA

Garanzia	Somme Assicurate e Limiti
Invalidità Permanente	30.000€ per evento e per Periodo Assicurativo

4. Termini di Carenza

L'**Assicurazione** è operante ed effettiva, salvo le esclusioni elencate all'articolo 5, per:

- gli **Infortuni**: dalle ore 24:00 della **Data di Decorrenza**;
- le **Malattie**: dal 120° giorno successivo alla **Data di Decorrenza** (tale indicazione è applicata alla sola garanzia **Diaria da Ricovero**).

Qualora l'adesione sia stata emessa in sostituzione o in ripresa di un'altra, stipulata con la presente **Compagnia**, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), i **Termini di Carenza** riferiti alle Malattie (limitatamente alla sola garanzia **Diaria da Ricovero**) di cui sopra vengono calcolati dalla data di decorrenza iniziale.

In caso di inserimento di nuovi **Assicurati** successivamente alla **Data di Decorrenza** iniziale, i **Termini di Carenza** riferiti alle Malattie (limitatamente alla sola garanzia **Diaria da Ricovero**) decorreranno dalla data di inserimento dei singoli **Assicurati**.

5. Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per **Ricoveri e Invalidità Permanent**i conseguenti a:

- Malattie Genetiche**, malformazioni congenite, difetti fisici;
- Malattie conseguenti a gravidanza e/o parto;
- Stati patologici in genere già conosciuti ovvero che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla **Data di Decorrenza**;
- preesistenti infermità o invalidità che abbiano determinato la perdita o diminuzione della capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa;
- degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- qualsiasi **Malattia** che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
- Infortuni**, patologie e intossicazioni conseguenti ad **Alcolismo**, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- Infortuni** sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'**Assicurato** per dovere

- di solidarietà umana o per legittima difesa, acrobazie particolari con cadute, tuffi e salti;
- j) delitti dolosi compiuti o tentati dall'**Assicurato**, ferma l'operatività della copertura nel caso di eventi derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- k) **Infortuni** derivanti dalla pratica di sport professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- l) **Infortuni** subiti durante la pratica delle seguenti attività, anche se svolte a livello sportivo: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
- m) guida di natanti a motore per uso non privato;
- n) guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'**Assicurato** è privo della prescritta abilitazione dalle disposizioni vigenti, ovvero in aree inibite alla normale circolazione;
- o) uso, anche come passeggero, su aeromobili di aeroclub o società di lavoro aereo per voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- p) **Infortuni** occorsi durante la detenzione, l'uso, la manipolazione o il trasporto di materiale pirotecnico o esplosivo, anche come attività non professionale;
- q) **Infortuni** occorsi durante lo svolgimento del lavoro nelle Forze Armate, nell'Arma dei Carabinieri, nei Corpi di Polizia o quali Vigili del Fuoco, limitatamente ai servizi esterni non d'ufficio e ad esercitazioni, incarichi o missioni;
- r) eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- s) conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
- t) conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- u) applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica;
- v) trattamenti psicoterapici o conseguenze di malattie mentali, epilessia, demenze intendendosi per esse Alzheimer, Parkinson, demenza senile e sindromi demielinizzanti, disturbi della personalità, disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivo e loro conseguenze;
- w) ricoveri effettuati allo scopo di praticare check up clinici (**Ricoveri Impropri**);
- x) gli **Infortuni** subiti durante l'esercizio delle seguenti attività professionali:
- minatori;
 - personale viaggiante di navigazione aerea e marittima;
- y) gli **Infortuni** subiti durante il lavoro:
- presso raffinerie;
 - su piattaforme offshore;
 - che preveda il trattamento di materiale radioattivo.

D - Il Contratto dalla A alla Z

6 Modalità di adesione

L'adesione al presente **Contratto di Assicurazione** avverrà mediante tecniche di comunicazione a distanza per mezzo di telefonia vocale. All'**Aderente** sarà trasmesso apposito **Modulo di Adesione** che attesta la conclusione del contratto avvenuta a distanza e che deve essere dall'Aderente sottoscritto e restituito alla **Compagnia** secondo le modalità definite ed illustrate dalla stessa.

All'**Aderente** verrà fornita ogni informazione dovuta ai sensi di legge prima dell'adesione e il medesimo **Aderente** riceverà il **Set Informativo**, secondo le tempistiche e modalità stabilite dalla legge applicabile.

In particolare, laddove l'**Aderente** ne faccia richiesta, il **Set informativo** potrà essergli fornito entro i 5 giorni successivi all'adesione.

7 Dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato

7.1 Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato

L'**Aderente/Assicurato** ha l'obbligo di fornire dichiarazioni esatte e non reticenti, evitando di fornire risposte false o inesatte a domande della **Compagnia** o tacere, anche in assenza di esplicita domanda della **Compagnia**, su circostanze rilevanti per la determinazione del **Rischio** e che quindi avrebbero comportato il rifiuto della **Compagnia** a stipulare il **Contratto**, l'applicazione di un **Prezzo** maggiore o di condizioni contrattuali diverse.

Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto agli **Indennizzi**, nonché la stessa cessazione del Contratto di Assicurazione ai sensi degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. In particolare, dichiarazioni inesatte o reticenze, in caso di dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del Contratto, altrimenti possono consentire il **Recesso** della **Compagnia**.

7.2 Obbligo di aggiornamento delle dichiarazioni

Salvo le circostanze relative alle "Condizioni di assicurabilità" di cui all'articolo 1.4 e alle "Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato" di cui all'articolo 7.1, non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'**Assicurato** nel corso del **Contratto**, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

8 Pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** da corrispondere è indicato sul **Modulo di Adesione**.

8.1 Periodicità di pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** è corrisposto in rate mensili senza interessi di frazionamento. Il prezzo relativo al primo mese di copertura è gratuito. Ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile se, successivamente al primo mese di copertura gratuito, l'**Aderente**, alla scadenza convenuta, non paghi la rata di **Prezzo** da lui dovuta, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia. L'Assicurazione riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

8.2 Modalità di pagamento del Prezzo

Alle scadenze, il **Prezzo** può essere corrisposto mediante Addebito in Conto Corrente (SDD - SEPA Direct Debit). L'addebito di ciascuna rata di **Prezzo** successiva alla prima verrà effettuato automaticamente il giorno della

scadenza mensile decorrente mese per mese dalla **Data di Decorrenza**. Tale previsione si applica anche in caso di ogni successivo rinnovo, con la precisazione che solo il primo mese del primo **Periodo Assicurativo** è gratuito. In caso di mancato buon fine dell'addebito, si applica il disposto dell'art. 10.2 Sospensione della copertura.

9 Decorrenza e durata della copertura

9.1 Data di Decorrenza della copertura

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 della **Data di Decorrenza del Contratto**.

9.2 Durata del contratto e Disdetta

L'**Assicurazione** ha durata di un anno a partire dalla **Data di Decorrenza** e si rinnova tacitamente per analogo periodo, salvo disdetta dell'**Aderente** o della **Compagnia**.

Pertanto, in mancanza di disdetta, da comunicarsi almeno 30 giorni prima della scadenza, in forma scritta ovvero telefonicamente, il **Contratto di Assicurazione** è prorogato per un ulteriore **Periodo Assicurativo** e così successivamente. Il **Contratto** non si rinnoverà tacitamente alla scadenza se l'**Aderente** e/o l'**Assicurato** raggiungono il limite massimo di età assicurabile di 70 anni nel corso della validità del **Periodo Assicurato** oggetto di rinnovo.

L'**Aderente** che intenda impedire il rinnovo tacito dell'**Assicurazione**, dovrà dare comunicazione a mezzo e-mail all'indirizzo supporto@ca-assicurazioni.it, o telefonica al numero 800.620.546, o mediante raccomandata da inviare a Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. tramite ICTQuality S.p.A. Casella postale N. 79 25050 - Rodengo Saiano - (BS).

In alternativa alla disdetta, se viene accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo a seguito della valutazione dei dati statistici di riferimento, la **Compagnia** può proporre all'**Aderente** una variazione delle condizioni tariffarie e/o contrattuali precedentemente convenute. In tal caso, sarà onere della **Compagnia** inoltrare, direttamente o per il tramite del Contraente, comunicazione scritta all'**Aderente** almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale, a mezzo lettera raccomandata, riportante le nuove condizioni di rinnovo e/o il Prezzo di rinnovo proposti. Resta comunque fermo il diritto dell'**Aderente** di inoltrare disdetta almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annua. In tal caso, l'**Assicurazione** cesserà dalla fine del **Periodo Assicurativo** in corso e l'**Aderente** non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi.

Se il **Cliente** non inoltra la disdetta entro il termine indicato, il **Contratto di Assicurazione** si intende rinnovato tacitamente alle nuove condizioni comunicate dalla **Compagnia**.

10 Sospensione della copertura, Diritto di Recesso e Diritto di Cessazione

10.1 Diritto di Recesso

Il diritto di **recesso** di 14 giorni al quale l'**Aderente**, in quanto **Consumatore** avrebbe diritto, ai sensi del decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 e successive modifiche e integrazioni, viene esteso dalla **Compagnia** a 60 giorni dalla **Data di Decorrenza** del **Contratto** o dalla ricezione della documentazione pre-contrattuale, se successiva, al fine di garantire una maggiore tutela dei diritti del **Consumatore**.

L'**Aderente** dovrà dare comunicazione scritta della propria volontà di recedere dal presente contratto a mezzo lettera raccomandata a.r. da inviarsi a Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. tramite ICTQuality S.p.A. Casella postale N. 79 25050 - Rodengo Saiano - (BS), ovvero a mezzo email all'indirizzo [email supporto@ca-assicurazioni.it](mailto:supporto@ca-assicurazioni.it), ovvero telefonicamente al numero 800.620.546.

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. provvederà a rimborsare all'**Aderente**, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di **recesso**, la parte di **Prezzo** corrisposto al netto delle imposte.

10.2 Sospensione della copertura

Se l'**Aderente** non corrisponde alle scadenze convenute le rate di **Prezzo** successive alla prima, la copertura resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza insolita e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento di quanto dovuto.

Fermo quanto precede, la Compagnia corrisponderà comunque l'Indennizzo per i Sinistri eventualmente verificatisi successivamente alla Data di Decorrenza fino alla data di sospensione della copertura, anche in caso di mancata corresponsione della prima rata mensile dovuta dall'Aderente fatti salvi eventuali periodi di **Carenza** applicabili. Restano ferme le successive scadenze ed il diritto della **Compagnia** al pagamento delle rate di Prezzo dovute. Il **Contratto** si risolve di diritto se la **Compagnia** non agisce per la riscossione nel termine di sei mesi, ridotto a tre mesi in caso di pagamento mensile, dal giorno in cui il **Prezzo** o la rata sono scaduti, fermi il diritto al **Prezzo** in corso.

10.3 Diritto di Cessazione

L'**Aderente** ha facoltà di chiedere la cessazione del **Contratto** successivamente al 60simo giorno dalla **Data di Decorrenza del Contratto**.

Tale facoltà può essere richiesta in qualsiasi momento, con le modalità indicate al precedente art. 9.1. La copertura cesserà alla scadenza dell'ultima rata pagata e sarà sospeso l'addebito delle rate successive.

11 Cessazione dal Contratto

Il **Contratto di Assicurazione** cessa:

- in caso di recesso dell'**Aderente** secondo le modalità descritte;
- in caso di disdetta da parte della **Compagnia** o dell'**Aderente** comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale;
- in caso di recesso della **Compagnia** per sopravvenute condizioni di non assicurabilità, a norma dell'art. 1.4 Condizioni di assicurabilità;
- in caso di esercizio del diritto di cessazione da parte dell'**Aderente** secondo le modalità sopra descritte.

Il **Contratto di Assicurazione** può essere risolto dalla **Compagnia** in caso di mancato pagamento da parte dell'**Aderente** delle rate di **Prezzo** per tre mesi consecutivi.

12 Assicurazione presso più assicuratori

L'**Aderente/Assicurato** è esonerato dall'obbligo di comunicare per iscritto alla **Compagnia** l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso **Rischio**.

In caso di **Sinistro**, l'**Aderente/Assicurato** deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Se a seguito della denuncia di Sinistro si attiva un'altra impresa assicuratrice, la **Compagnia** rimborserà all'**Assicurato** gli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione, nei limiti delle condizioni previste dal presente **Contratto**.

13 Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali

La **Compagnia**, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (CA.S.A.), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle **Sanzioni Internazionali** definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (inclusa le sanzioni o misure relative ad **Embargo** o **Asset Freeze**) volte a contrastare l'attività di

Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti.

In osservanza alle direttive di C.A.S.A., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente Contratto assicurativo se tale pagamento viola le suddette misure.

14 Imposte e tasse

Tutte le imposte e tasse relative al **Contratto** sono a carico dell'**Aderente**.

15 Legge applicabile

Il **Contratto** è regolato dalla legge italiana. Oltre alle previsioni contenute nel **Contratto**, trovano pertanto applicazione anche le norme di legge.

16 Foro competente

Il foro competente per le controversie relative al **Contratto** è quello del luogo di **Residenza** o di **Domicilio** elettivo dell'**Assicurato** o **Aderente**.

17 Obblighi e diritti derivanti dal Contratto

Il **Contratto** rappresenta l'intero accordo raggiunto tra l'**Aderente** e la **Compagnia**. Tutte le modifiche al **Contratto** devono risultare da atto scritto e firmato dalle parti.

18 Forma delle comunicazioni tra le parti

Tutte le comunicazioni fra le parti, per essere valide, dovranno essere effettuate esclusivamente, ove non diversamente previsto, con lettera raccomandata o posta elettronica; per quanto riguarda l'**Aderente** agli indirizzi e recapiti indicati nel **Modulo di Adesione**.

F - Cosa fare in caso di Sinistro

19 Disposizioni comuni a tutte le Sezioni

19.1 Denuncia del Sinistro alla Compagnia

L'**Assicurato** deve denunciare il sinistro entro 15 giorni dall'evento o da quando ne ha avuto possibilità, mediante lettera raccomandata con avviso di ricevimento o con consegna a mano, o telefax o per via telematica.

Per farlo può contattare la **Compagnia** ai seguenti recapiti:

- numero verde 800.620.546 (solo dall'Italia),
- oppure sia dall'Italia che dall'estero numero +39 02.87.31.01.98
- oppure, se non potesse telefonare, può inviare un fax al numero +39 02.88.21.83.333
- oppure una e-mail a ugs@ca-assicurazioni.it o una PEC a ugs.ca-assicurazioni@legalmail.it

19.2 Dettagli del Sinistro

L'**Assicurato** deve fornire alla **Compagnia** tutti i dettagli rilevanti del **Sinistro**.

La denuncia di sinistro deve contenere:

- In caso di **Infortunio**:
 - Certificato di Pronto Soccorso inclusi i referti di tutti gli accertamenti diagnostici eseguiti;
 - dichiarazione circostanziata dell'evento con data, ora, luogo e breve descrizione dell'accaduto;
 - verbale delle autorità se intervenute;
- In caso di **Malattia**:
 - copia della cartella clinica ed ogni altro eventuale certificato o documento relativo alla patologia denunciata.

La **Compagnia**, ricevuta tutta la documentazione di denuncia del **Sinistro**, si riserva di chiedere ulteriore documentazione qualora la stessa si renda necessaria per la corretta definizione dell'**Indennizzo**, riservandosi di chiedere la documentazione in originale.

In caso di **Sinistro**, le persone assicurate e i loro aventi causa devono prosciogliere dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averlo curato e/o visitato, nonché gli **Istituti di Cura**, ospedali, case di cura ed istituti in genere, e qualsivoglia altra persona o ente a cui la **Compagnia**, ritenga di rivolgersi per acquisire informazioni.

Relativamente alla garanzia **Invalidità Permanente**, la **Compagnia**, si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'**Assicurato** a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti utili a determinare l'indennizzabilità del **Sinistro**.

19.3 Mediazione

Le parti concordano che nel caso di attivazione della procedura relativa al **Tentativo Obbligatorio di Mediazione** ex art. 5 D.Lgs. 28/2010, questa deve essere esperita, anche per via telematica, ai sensi dell'art. 141 del Codice del Consumo per il tramite dell'Organismo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura o dell'Ordine degli Avvocati presente in ogni capoluogo di Provincia.

19.4 Cooperazione

L'**Assicurato** deve comunque cooperare in buona fede nella fase di liquidazione, facilitando gli accertamenti che la **Compagnia** decidesse di compiere e sciogliendo dall'eventuale segreto professionale, se necessario, gli incaricati delle relative attività.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del **Sinistro** può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'**Indennizzo**, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

19.5 Somma Assicurata

In nessun caso la **Compagnia** pagherà una somma maggiore della **Somma Assicurata**.

19.6 Rinuncia al Diritto di Rivalsa

La **Compagnia** rinuncia, a favore dell'**Assicurato** o dei suoi aventi causa, al diritto di **Rivalsa** previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'**Infortunio**.

19.7 Pagamento dell'Indennizzo

La **Compagnia** provvede al pagamento dell'**Indennizzo** entro 90 giorni dal momento in cui è stata verificata l'operatività della garanzia, è stato valutato il danno ed è stata ricevuta tutta la documentazione necessaria in relazione al **Sinistro**.

Il diritto all'**Indennizzo** è di carattere personale. Tuttavia se l'**Assicurato** muore per causa indipendente dalla causa del **Sinistro** oggetto di valutazione e prima che l'**Indennizzo** sia stato concordato, la **Compagnia** pagherà direttamente agli eredi legittimi l'importo dovuto ai sensi del **Contratto**, se questi dimostrano, consegnando alla **Compagnia** l'idonea documentazione medica (es. referti, cartelle cliniche, certificazione INPS, INAIL o altre tipologie di certificazioni ospedaliere o del medico di famiglia), riguardante il periodo di ricovero e/o l'invalidità permanente accertata prima del decesso.

19.8 Collegio medico

19.8.1 Controversie mediche

Se ci sono controversie mediche su:

1. natura dell'evento
2. misura dell'indennità da corrispondere all'**Assicurato**
3. criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti

le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici.

19.8.2 Nomina e residenza del Collegio

I membri del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti oppure fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'**Assicurato**.

19.8.3 Procedura

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

19.8.4 Spese

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunerà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

G - Contatti

I nostri specialisti sono a Sua disposizione per qualunque informazione e La potranno aiutare in qualsiasi momento. Potrà facilmente raggiungerli ai seguenti recapiti:

PER VARIAZIONI, INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI RELATIVE A CONTRATTI IN ESSERE

UFFICIO GESTIONE PORTAFOGLIO - tramite ICTQuality S.p.A.

Cassetta postale N. 79
25050 – Rodengo Saiano – (BS)

Numero: 800 620 546

dal lunedì al venerdì dalle 9.00-13.00 / 14.00-18.00

Fax: +39 030 9840502

mail: supporto@ca-assicurazioni.it

mail PEC: ugp.ca-assicurazioni@legalmail.it

posta: ugs@ca-assicurazioni.it

PER RECLAMI RIGUARDANTI IL RAPPORTO CONTRATTUALE O LA GESTIONE DEI SINISTRI

UFFICIO RECLAMI

CORSO DI PORTA VIGINTINA, 9 - 20122 MILANO

TELEFAX: +39 02 88 21 83 313

MAIL PER RECLAMI: reclami@ca-assicurazioni.it

In caso di insoddisfazione dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine di 45 giorni, potrai rivolgerti all'IVASS, Servizio Tutela dei Consumatori, Via del Quirinale 21, 00187 Roma - Fax: 06 42 133 206 - tutela.consumatore@pec.ivass.it - www.ivass.it.

PER INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

MAIL: info@ca-assicurazioni.it - POSTA PEC: info.ca-assicurazioni@legalmail.it

ATTENZIONE: questi indirizzi mail possono essere utilizzati solo per INFORMAZIONI di CARATTERE GENERALE; NON SONO VALIDI per comunicazioni relative a contratti già in essere, per impartire disposizioni e per denunciare Sinistri: in tali casi si deve contattare gli Uffici dedicati sopra indicati o in alternativa il Gestore della Filiale.



<http://www.ca-assicurazioni.it>