

Soluzione ExtraRicovero

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:
- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE 130°

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
SOLUZIONE EXTRARICOVERO

Mod. MAL50091
Ed. 04/2019

CONTATTI UTILI

	CONTATTO
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

AREA RISERVATA

All'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze.
È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Soluzione ExtraRicovero è la polizza sanitaria che contiene garanzie assicurative per far fronte agli eventi che possono compromettere la salute e l'integrità fisica della persona, a seguito di un infortunio o di una malattia.

È venduto in abbinamento al prodotto Salute & Senzatempo – Formula Rimborso Spese Mediche, del quale ne integra l'operatività, per estendere la copertura anche a prestazioni sanitarie non collegate a ricovero o intervento chirurgico.

Soluzione ExtraRicovero, infatti, prevede il rimborso delle spese sostenute per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, resi necessari da infortunio o malattia, effettuati sia in strutture pubbliche che private. É possibile scegliere tra due livelli di copertura, Comfort e Deluxe, che si differenziano per massimale complessivo e livello di rimborso.

Il rimborso della spesa sostenuta è differenziato a seconda che ci si rivolga o meno ad una struttura convenzionata con Blue Assistance; scegliere centri medici facenti parte del network convenzionato comporta vantaggi in termini economici per l'Assicurato.

Sono escluse dalla copertura le prestazioni di Alta Diagnostica, già comprese nel prodotto Salute & Senzatempo – Formula Rimborso Spese Mediche.

Diversamente dal prodotto al quale viene abbinato, Soluzione ExtraRicovero non ha durata illimitata, ma annuale con la possibilità di scegliere il tacito rinnovo.



Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.
Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO 5

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE 8

1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO 8

2 DURATA DELLA COPERTURA 9

3 RECESSO 9

4 INFORMAZIONI SUL PREMIO 9

5 DOVE VALE LA COPERTURA 10

6 ALTRE INFORMAZIONI 10

SEZIONE MALATTIE 12

7 CHE COSA POSSO ASSICURARE 12

8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO 13

9 TABELLA INDICATIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI 14

10 CHE COSA NON È ASSICURATO 14

11 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 16

APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL PREMIO PER ETÁ 19

ARTICOLI DI LEGGE 20

ITALIANA ASSICURAZIONI

LEGENDA



CHE COSA POSSO ASSICURARE
Qui trovi le informazioni sulle differenti coperture presenti in polizza. Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate sulla scheda di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sul funzionamento di alcune garanzie come ad esempio la modalità di erogazione delle prestazioni e le somme assicurate.



CHE COSA NON È ASSICURATO
Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza nonché i periodi all'interno dei quali alcune garanzie non operano.



TABELLA INDICATIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
In questo capitolo puoi reperire, per ogni singola garanzia, i limiti di indennizzo, gli scoperti, le franchigie ed eventuali regole di abbinamento tra differenti garanzie.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO
Qui trovi le informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Puoi reperire i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni relative agli obblighi e agli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.

DURATA DELLA COPERTURA
Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



RECESSO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO
Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.



DOVE VALE LA COPERTURA
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sull'ambito geografico nel quale la copertura è valida.

ALTRE INFORMAZIONI
Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grigio devono essere lette attentamente dal *Contraente/Assicurato.*

GLOSSARIO

I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.
I termini, il cui significato è riportato di seguito, nel testo contrattuale sono in corsivo.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO
Prestazione medica atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una *malattia*, a carattere anche cruento e/o invasivo.

ASSICURATO
La persona protetta dall'*assicurazione*.

ASSICURAZIONE
Il contratto di assicurazione.

BLUE ASSISTANCE
Blue Assistance S.p.A. è la società di servizi, facente parte di Reale Group, che provvede, per conto della *Società*, alla liquidazione dei *sinistri*; gestisce inoltre le convenzioni e i rapporti con le *strutture sanitarie* selezionate dalla società stessa.

CARTELLA CLINICA
Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il *ricovero*, contenente le generalità dell'*Assicurato*, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con la *Società*.

DAY HOSPITAL
Degenza esclusivamente diurna in *struttura sanitaria* (pubblica o privata) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera e documentata da *cartella clinica*.

DAY SURGERY
Degenza esclusivamente diurna, in *struttura sanitaria* (pubblica o privato) regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, finalizzata a prestazioni di tipo chirurgico.

DIRETTA BLUEASY
Strumento per la gestione dei *sinistri* che permette agli *Assicurati* di fruire del pagamento diretto del *sinistro* senza dover contattare la Centrale Operativa di *Blue Assistance*.
Tramite questa dispositiva il cliente si interfaccia direttamente con la *struttura sanitaria convenzionata* ove intende ricevere la prestazione e, in maniera automatica, viene riconosciuto dal centro come cliente della *Società*.
Tale servizio prevede un processo di comunicazione via e-mail e/o SMS al cliente per la conferma che la prestazione è in copertura. Tale servizio è disponibile solo nelle *strutture sanitarie* abilitate a questa tipologia di accesso.

FRANCHIGIA / SCOPERTO
Parte del danno indennizzabile, espressa in cifra fissa (franchigia) o in percentuale (scoperto), che rimane a carico dell'*Assicurato*.

INDENNIZZO
Somma dovuta dalla *Società* in caso di *sinistro*.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO
Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato – anche senza *ricovero* presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - mediante cruentazione dei tessuti la quale dovrà avvenire con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Sono considerati interventi chirurgici anche la riduzione incruenta di fratture, le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorchè effettuati con i predetti strumenti:

- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);
- le iniezioni.

MALATTIA
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'*Assicurato* non dipendente da *infortunio*.

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO
Alterazione organica, congenita o acquisita, evidente o clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della *polizza*.

MASSIMALE / SOMMA ASSICURATA
Somma fino alla concorrenza della quale la *Società* presta la garanzia.

PARTI
Il *Contraente* e la *Società*.

POLIZZA
Insieme dei documenti che comprovano il contratto di *assicurazione*.

PREMIO
Somma dovuta dal *Contraente* alla *Società*.

QUESTIONARIO SANITARIO
Documento che, laddove richiesto, descrive lo stato di salute dell'*Assicurato* sulla base di dichiarazioni da lui rese. Esso deve essere compilato in modo completo e veritiero, senza omettere circostanze o informazioni sullo stato di salute in quanto è strumento per la valutazione del rischio.
Il Questionario deve essere sottoscritto dall'*Assicurato* medesimo o, se minorenne, da chi ne esercita la potestà genitoriale.

RICOVERO
Permanenza in *struttura sanitaria* con pernottamento.

SCHEDA DI POLIZZA
Documento che riporta i dati necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del *Contraente*, i dati identificativi del rischio, il *premio* e la sottoscrizione delle *Parti*.

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

SOCIETÁ
Italiana Assicurazioni S.p.A..

STRUTTURA SANITARIA
Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, poliambulatorio medico, centro diagnostico, regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie anche in regime di degenza diurna.
Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, le strutture di convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, le Residenze Sanitarie Assistenziali, i centri del benessere.

STRUTTURE SANITARIE E MEDICI CHIRURGHI CONVENZIONATI

Strutture sanitarie e medici chirurghi convenzionati con *Blue Assistance*, presso i quali l'*Assicurato* - previa richiesta telefonica e autorizzazione da parte di *Blue Assistance* - può fruire dell'assistenza diretta per prestazioni mediche, *interventi chirurgici* e *ricoveri* resi necessari dal suo stato di salute.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati è consultabile nel sito internet www.italiana.it.

Poiché gli accordi con i medici chirurghi e le *strutture sanitarie* possono subire variazioni nel tempo è essenziale che l'*Assicurato* ottenga conferma, contattando *Blue Assistance*, dell'effettiva esistenza dell'accordo.

TESSERA SALUTE

La Tessera Salute è una carta per il riconoscimento dell'*Assicurato* nelle *strutture sanitarie convenzionate* con *Blue Assistance*.

TRATTAMENTI DI FISIOKINESITERAPIA

Terapie specifiche (radarterapia, ultrasuoni, kinesiterapia e simili) prescritte dal medico curante, praticate da personale abilitato ed effettuate unicamente in *strutture sanitarie* autorizzate.

VISITA SPECIALISTICA

Visita effettuata da medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione inerente alla patologia motivo della visita stessa.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'*assicurazione*.

1. OBBLIGHI DEL *CONTRAENTE/ ASSICURATO*

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* o dell'*Assicurato* 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, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'*assicurazione* sono a carico del *Contraente*.
Nel caso in cui il *Contraente*, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo alla *Società* a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al *Contraente*, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il *Contraente* ometta di comunicare tale variazione, la *Società* potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che la stessa abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.
Il *Contraente* si obbliga altresì a comunicare alla *Società* il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della *polizza*.

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

Il *Contraente* o l'*Assicurato* devono comunicare per iscritto alla *Società* l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di *sinistro* il *Contraente* o l'*Assicurato* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

1.4 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

1.5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DEL *CONTRAENTE* ALLA *SOCIETÁ*

Tutte le comunicazioni alle quali il *Contraente* è tenuto nei confronti della *Società* dovranno essere fatte esclusivamente per iscritto, fax o posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* ai seguenti indirizzi:

- Via Marco Ulpio Traiano, 18 – 20149 Milano (Italia);
- Fax: +39 02 3271270;
- PEC: italiana@pec.italiana.it.

2. DURATA DELLA COPERTURA

L'*assicurazione* ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella *scheda di polizza* se il *premio* o la prima rata di *premio* sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite.
Il *premio* è interamente dovuto dal *Contraente*, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.
Se il *Contraente* non paga i *premi* o le rate di *premio* successive, l'*assicurazione* resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. L'*assicurazione* riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.
In caso di mancato pagamento del *premio* oltre 3 mesi dalla scadenza, le carenze di cui all'art. 10.2 decorreranno nuovamente dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del *premio*.
Qualora nella casella "tacito rinnovo" della *scheda di polizza* sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'*assicurazione* è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.

3. RECESSO



Se il contratto viene stipulato con il tacito rinnovo il *Contraente* può impedirne il rinnovo ad ogni scadenza annuale inviando comunicazione di disdetta mediante lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) alla *Società* almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

4. INFORMAZIONI SUL *PREMIO*



4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

Il *premio* di *polizza* è indicizzato e pertanto si adegua seguendo le variazioni dell'Indice Spese Mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto.
Nell'attribuire i seguenti significati convenzionali:

- al termine "Indice": l'indice spese mediche rappresentato dalla media dei numeri indici "onorari specialistici, accertamenti diagnostici e retta clinica" rilevati dall'ISTAT e ponderati con gli stessi pesi considerati dal predetto istituto:

- al termine "Indice Base": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di decorrenza della *polizza* o dell'ultima modifica contrattuale;
- al termine "Nuovo Indice": l'indice relativo al mese di giugno dell'anno che precede la data di scadenza di ogni annualità di *premio*:

si conviene che il *premio* di *polizza* sarà adeguato ad ogni scadenza annuale in relazione al rapporto tra "Nuovo Indice" e "Indice Base", identificato sulla quietanza anniversaria di pagamento del *premio* con il termine "Coefficiente di adeguamento".
Viene fatta salva la facoltà da parte della *Società*, nell'ipotesi in cui non dovesse risultare più operativo l'Indice Spese Mediche, di sostituirlo con altro analogo principio oggettivo di adeguamento del valore iniziale del *premio*.
In tal caso la *Società* comunica la variazione al *Contraente*, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa.

4.2 INCEMENTO DEL *PREMIO* PER ETÁ

Il *premio* è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun *Assicurato*, sulla base delle percentuali indicate nella tabella riportata nell'Appendice 1 di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione.
All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 4.1.

5. DOVE VALE LA COPERTURA

L'*assicurazione* vale in tutto il mondo.

6. ALTRE INFORMAZIONI

6.1 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del *sinistro* o sulla misura degli *indennizzi* si potrà procedere, su accordo tra le *Parti*, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle *Parti*, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'*Assicurato*. Ciascuna delle *Parti* sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le *Parti*;
B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle *Parti* e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.
   Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, 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 per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le *Parti* anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

6.2 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del *Contraente*/*Assicurato*.

6.3 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di surrogazione nei confronti delle seguenti persone:

- Familiari conviventi dell'*Assicurato*;
- Familiari non conviventi dell'*Assicurato* fino al 3° grado di parentela;
- *Contraente* e *Assicurati* nella medesima *polizza* (quando il *Contraente* non sia una persona fisica, la Società rinuncia al diritto di surrogazione anche nei confronti dei legali rappresentanti).

6.4 MODIFICHE DELL'*ASSICURAZIONE*

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

6.5 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

6.6 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DAL CONTRATTO

Le azioni, le ragioni ed i diritti nascenti dal contratto non possono essere esercitati che dal *Contraente* e dalla *Società*.

SEZIONE *MALATTIE*

L'*assicurazione* è prestata in base alle dichiarazioni rese dall'*Assicurato* all'atto della stipulazione della *polizza*. É necessario che l'*Assicurato* risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste durante l'emissione della *polizza* o nel *questionario sanitario* quando richiesto.
Prima della sottoscrizione del *questionario sanitario* l'*Assicurato* verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

7. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La *Società* assicura le persone indicate nella *scheda di polizza* e presta le garanzie sotto indicate solo se espressamente richiamate nella *scheda di polizza*.
L'operatività delle garanzie e le *somme assicurate* sono regolamentate all'art. 8 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO.
I limiti relativi ai singoli eventi/prestazioni sono riportati all'art. 9 TABELLA INDICATIVA DI LIMITI, *FRANCHIGIE* E/*O SCOPERTI*.

7.1 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI* – OPZIONE COMFORT

In assenza di *ricovero/ day hospital* o di *intervento chirurgico/ day surgery* la *Società* paga le spese non rientranti nella garanzia Alta Diagnostica del prodotto "Salute & Senzatempo – Formula Rimborso Spese Mediche", sostenute dall'*Assicurato* per:

- *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio*.

Sono escluse le visite pediatriche, ginecologiche e le visite e gli *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici.

7.2 *VISITE SPECIALISTICHE* E *ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI* – OPZIONE DELUXE

In assenza di *ricovero/ day hospital* o di *intervento chirurgico/ day surgery* la *Società* paga le spese non rientranti nella garanzia Alta Diagnostica del prodotto "Salute & Senzatempo - Formula Rimborso Spese Mediche", sostenute dall'*Assicurato* per:

- *accertamenti diagnostici* resi necessari da *malattia* o *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- *trattamenti di fisiokinesiterapia* resi necessari da *infortunio* e prescritti dal medico curante;
- onorari medici per *visite specialistiche* rese necessarie da *malattia* o *infortunio*; sono da intendersi incluse le *visite specialistiche* ginecologiche e pediatriche, quest'ultime fino ad un massimo di 3 per anno assicurativo e per persona.

Sono escluse le visite e gli *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici.

8. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

8.1 OPZIONE COMFORT

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici*, per ogni ciclo di *trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, la garanzia opera:

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* con una *franchigia* di € 35;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* con uno *scoperto* del 30% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 5.000 per persona e per anno assicurativo.

8.2 OPZIONE DELUXE

Per ogni serie di *accertamenti diagnostici*, per ogni ciclo di *trattamenti di fisiokinesiterapia* previsti da un'unica prescrizione medica e per ogni *visita specialistica*, la garanzia opera:

- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance* con una *franchigia* di € 35;
- in caso di utilizzo di una *struttura sanitaria* non convenzionata con *Blue Assistance* con uno *scoperto* del 10% che, in ogni caso, non potrà essere inferiore a € 35.

Per le prestazioni effettuate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale, la *Società* rimborsa integralmente i costi a carico dell'*Assicurato*.

La garanzia è prestata fino alla concorrenza del *massimale* di € 10.000 per persona e per anno assicurativo.

	Esempi			
	Opzione Comfort		**Opzione Deluxe**	
	A (*struttura sanitaria* non convenzionata)	**B** (*struttura sanitaria convenzionata*)	**C** (*struttura sanitaria* non convenzionata)	**D** (*struttura sanitaria convenzionata*)
Importo per *visita specialistica*	€ 300			
Scoperto/ franchigia	30% (minimo € 35)	€ 35	10% (minimo € 35)	€ 35

Esempio A: rimborso di € 210 (ottenuto sottraendo € 90, ovvero il 30%, all'importo della fattura di € 300).
Esempio B: pagamento diretto di € 265 alla *struttura sanitaria* (ottenuto sottraendo € 35, cioè la *franchigia* prevista, all'importo della fattura di € 300).
Esempio C: rimborso di € 265 (ottenuto sottraendo € 35 che rappresenta il minimo *scoperto*, in quanto superiore al 10% della fattura).
Esempio D: pagamento diretto di € 265 alla *struttura sanitaria* (ottenuto sottraendo € 35, cioè la *franchigia* prevista, all'importo della fattura di € 300).

9. TABELLA INDICATIVA DI LIMITI *FRANCHIGIE* E/O *SCOPERTI*

	VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	*Massimale*	*Limiti di indennizzo (Franchigie/ Scoperti)*
7.1	Opzione Comfort	€ 5.000 per persona e anno assicurativo	In caso di *struttura sanitaria convenzionata*: *franchigia* di € 35. In caso di *struttura sanitaria* non convenzionata: *scoperto* 30% con il minimo di € 35.
7.2	Opzione Deluxe	€ 10.000 per persona e anno assicurativo	In caso di *struttura sanitaria convenzionata*: *franchigia* di € 35. In caso di *struttura sanitaria* non convenzionata: *scoperto* 10% con il minimo di € 35.

10. CHE COSA NON È ASSICURATO

10.1 ESCLUSIONI

La *Società* non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate. La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del *premio* non costituisce deroga; il *premio* medesimo verrà restituito dalla *Società*.

L'*assicurazione* non comprende:

a) le conseguenze dirette di *infortuni*, *malattie* e stati patologici, che abbiano dato origine a sintomi, cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione della *polizza* e già note all'*Assicurato* anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza della *Società* anche successivamente attraverso *questionario sanitario*, *cartelle cliniche*, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'*Assicurato* prima della stipulazione della *polizza*. L'eventuale assicurazione di tali situazioni fisiche e/o *malattie* preesistenti può essere prestata solo mediante specifica clausola che deve risultare esplicitamente in *polizza*. Anche in caso di passaggio a una *somma assicurata* superiore l'*Assicurato* non ha diritto alle maggiori prestazioni per *malattie* e/o *infortuni* e loro conseguenze manifestatesi nel corso della precedente versione di contratto, salvo specifica clausola che deve essere contrattualizzata in *polizza*;
b) le *malformazioni* e anomalie congenite ad eccezione di quelle clinicamente non evidenti;
c) le *malattie*, *infortuni*, e loro conseguenze dovuti a:
   - atti dolosi tentati o compiuti dall'*Assicurato*,
   - alcoolismo e tossicodipendenza,
   - *malattie*/infermità mentali, sindromi organico cerebrali (di tipo psichiatrico), schizofrenia, disturbi paranoidi, forme maniaco depressive, ivi compresi i comportamenti nevrotici,
   - risse, delitti, aggressioni o atti violenti anche a movente politico (salvo partecipazione involontaria), atti di guerra, terrorismo e sabotaggio, operazioni militari, insurrezioni,
   - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni o altre calamità naturali,

- *malattie* e *infortuni* che siano conseguenza diretta o indiretta di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X ecc.) salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;

d) la sieropositività diagnosticata, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
e) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici, allucinogeni, anfetamine e simili, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
f) le conseguenze della pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti, anche se esercitati non professionalmente: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme e arti marziali, alpinismo con scalata di roccia od accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico ed estremo, free-climbing, kayak, rafting, bungee jumping, bob, rugby e football americano, immersione con autorespiratore, motocross, libero accesso ai circuiti, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi i voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);
g) le conseguenze di *infortuni* derivanti dalla guida di veicoli o natanti se il conducente *assicurato* è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi con un tasso di alcolemia pari o superiore a 1,2 grammi/litro;
h) gli *infortuni* e loro conseguenze derivanti dalla partecipazione a gare, relative prove ed allenamenti effettuate sotto l'egida della federazione sportiva di appartenenza, salvo che si tratti di gare podistiche, pesca non subacquea, gare di bocce, tiro con l'arco, tennis, golf, sci di fondo, pattinaggio; sono inoltre esclusi gli *infortuni* e le loro conseguenze derivanti da sport in ordine ai quali l'*Assicurato* percepisca una remunerazione;
i) le prestazioni aventi finalità estetiche, fitoterapiche e dimagranti e relative conseguenze (salvi gli interventi di chirurgia bariatrica resi necessari da uno stato patologico insorto in vigenza di *polizza* e gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da *infortuni* verificatisi in vigenza di *polizza* o da interventi demolitivi resi necessari da neoplasia maligna, esclusa, in ogni caso, la manutenzione delle protesi);
j) le cure dentatie, le visite e gli *accertamenti diagnostici* odontoiatrici e ortodontici;
k) le protesi in genere nonché acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici;
l) i soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per *malattie* nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo, cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, ospedali militari, ospizi per le persone anziane, *ricoveri* dovuti alla necessità dell'*Assicurato* di avere assistenza di terzi per effettuare gli elementari atti della vita quotidiana. Sono inoltre esclusi i *ricoveri* per cure dimagranti e simili, per fitoterapia, ginnastica passiva, sauna, autoemoterapia, ozonoterapia, riflessoterapia;
m) gli aborti;
n) le prestazioni finalizzate al trattamento della sterilità, impotenza, nonché tutte le procedure per la fecondazione assistita;
o) i medicinali non iscritti alla farmacopea, come pure preparati non riconosciuti;
p) gli onorari dei medici non autorizzati ad esercitare la professione;
q) la correzione dei difetti di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia, ecc.);
r) chek-up di medicina preventiva.

10.2 CARENZE

Fermo il disposto dell'art. 2 DURATA DELLA COPERTURA, la garanzia decorre dalle ore 24.00:
a) del giorno di effetto dell'*assicurazione* per gli *infortuni*;
b) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* di acuta insorgenza;
c) del 100° giorno successivo a quello di effetto dell'*assicurazione* per le *malattie* che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche e *malformazioni* insorte anteriormente alla stipulazione della *polizza*, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di effetto dell'*assicurazione*.

Qualora il presente contratto sostituisca altro contratto - stipulato con la *Società* - senza soluzione di continuità e riguardante gli stessi *Assicurati* ed identiche garanzie, i termini di carenza di cui sopra operano:

a) dal giorno in cui aveva effetto il contratto sostituito per le prestazioni e i *massimali/somme assicurate* da quest'ultimo previsti;
b) dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori *somme assicurate* ed alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute in corso del presente contratto, i termini di carenza decorrono dalla data di variazione per le maggiori *somme assicurate* e le diverse persone o prestazioni assicurate.
Per le *malattie* che si manifestino durante il periodo di carenza non è previsto alcun rimborso. Qualora la *malattia* dovesse manifestarsi nuovamente dopo il periodo di carenza l'*Assicurato* avrà diritto alla garanzia solo quando siano trascorsi 3 mesi fra la guarigione clinica della *malattia* e la ricaduta.

11. CHE COSA FARE IN CASO DI *SINISTRO*

I criteri ivi descritti sono validi soltanto per le garanzie scelte dall'*Assicurato* e indicate nel *scheda di polizza*.

Blue Assistance

- ha sede a Torino – via Santa Maria n. 11
- risponde ai numeri telefonici:

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-686472	+39 011 742 57 33

11.1 DATA DEL *SINISTRO*

Fermo quanto previsto all'art. 10.2 CARENZE, per "data del *sinistro*" si intende la data nella quale si verificano gli eventi indicati alla definizione di *sinistro*.
La *Società*, nei limiti del *massimale* annuo, paga le spese indipendentemente dal fatto che siano sostenute nel corso di annualità assicurative diverse da quella del *sinistro* e comunque non oltre un anno dalla scadenza della *polizza*.
Qualora la *polizza* sia sostituita da copertura analoga presso altra Compagnia, tutte le prestazioni erogate successivamente alla scadenza contrattuale non saranno più a carico della *Società*.

11.2 NORME DEL SERVIZIO *BLUE ASSISTANCE*

Il *Contraente* e l'*Assicurato* riconoscono espressamente che *Blue Assistance* non ha alcuna responsabilità per le prestazioni o loro esecuzione fornite dalle *strutture sanitarie* e dai medici chirurghi con essa convenzionati; pertanto prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture e ai medici chirurghi che hanno prestato i servizi richiesti.
Blue Assistance è comunque a completa disposizione del *Contraente* e dell'*Assicurato* per qualsiasi informazione inerente alla prestazione dei servizi.

11.3 OBBLIGHI DELL'*ASSICURATO*

L'*Assicurato* deve:

- sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla *Società* o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale, nei confronti della *Società* e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'*Assicurato* deve dare avviso del *sinistro* a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.
L'*Assicurato* che si avvale delle prestazioni di *Blue Assistance* delega la *Società* a pagare o far pagare, in suo nome e per suo conto, a chi di dovere, le spese sostenute per prestazioni previste dalla *polizza*.
Qualora il *sinistro* risultasse non indennizzabile, l'*Assicurato* si impegna a restituire gli importi eventualmente liquidati direttamente per suo conto dalla *Società*.

11.4 PROCEDURA IN CASO DI *SINISTRO*

Le spese per prestazioni sanitarie in alcuni casi vengono pagate direttamente da *Blue Assistance*, mentre in altri casi devono essere anticipate dall'*Assicurato* e vengono successivamente rimborsate. Le casistiche sono indicate nei paragrafi seguenti.
Qualora l'*Assicurato*, nei casi sotto indicati, provveda personalmente al pagamento delle spese, *Blue Assistance* - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle stesse entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione.

A) UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE CONVENZIONATE* CON *BLUE ASSISTANCE*
In caso di ricorso ad una *struttura sanitaria convenzionata* con *Blue Assistance*, per usufruire del pagamento diretto delle spese sostenute, l'*Assicurato* deve:

a. contattare, almeno 3 giorni prima, la *struttura sanitaria* per prenotare la prestazione comunicando che si vuole attivare il servizio "*Diretta Blueasy*"; contestualmente fornire alla struttura un numero di cellulare e un indirizzo e-mail e attendere comunicazione da *Blue Assistance* sulle modalità di erogazione della prestazione tramite SMS e/o e-mail almeno 24 ore prima della visita o dell'accertamento,

oppure

b. telefonare preventivamente a *Blue Assistance* e ricevere l'autorizzazione al pagamento diretto di *Blue Assistance*.

In mancanza di una delle due modalità sopra descritte, le spese verranno rimborsate secondo quanto indicato alla successiva lettera B del presente articolo.
L'elenco delle *strutture sanitarie* è consultabile sul sito www.italiana.it. Poiché la rete delle *strutture sanitarie* è soggetta ad evoluzioni, al momento della scelta della struttura è necessario che l'*Assicurato* proceda alla verifica dell'effettiva esistenza dell'accordo contattando *Blue Assistance* al numero verde 800 686472 e ne ottenga conferma.
Il personale di *Blue Assistance* è a disposizione degli *Assicurati*:

- dalle ore 8.00 alle 18.00 dei giorni feriali e dalle ore 8.00 alle 12.00 del sabato, per la prenotazione delle *strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati*, garantendo anche, se necessario, l'aiuto per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

Se la prestazione è compresa in garanzia e gli elementi raccolti consentono la corretta valutazione della richiesta, *Blue Assistance* paga direttamente e provvede a raccogliere la relativa documentazione e a restituire quella di spesa all'*Assicurato*, con annotazione dell'avvenuta liquidazione.
Al momento dell'accettazione presso la *struttura sanitaria*, l'*Assicurato* deve presentare la propria *Tessera salute* e compilare la "Richiesta di prestazione" che costituisce la denuncia del *sinistro*.

Resta convenuto che:

- l'eventuale differenza tra l'*indennizzo* liquidato da *Blue Assistance* e il costo totale della prestazione, così come eventuali *scoperti* o *franchigie*, devono essere pagati personalmente dall'*Assicurato* alla *struttura sanitaria*;
- nel caso in cui *Blue Assistance* non possa prendere in carico la liquidazione della prestazione richiesta, l'*Assicurato* deve sostenere in proprio le relative spese, avendo comunque diritto ad usufruire delle tariffe preferenziali eventualmente preconcordate da *Blue Assistance*.

B) UTILIZZO DI *STRUTTURE SANITARIE* NON CONVENZIONATE CON *BLUE ASSISTANCE*

L'*Assicurato* che utilizzi:

a. *strutture sanitarie* non convenzionate, oppure

b. *strutture sanitarie convenzionate* senza preventivo accordo con *Blue Assistance*

provvede personalmente al pagamento delle spese sostenute e per ottenere il rimborso deve:

- accedere alla propria area riservata dal sito https://www.italiana.it per utilizzare la richiesta di rimborso tramite upload con le modalità indicate all'art.11.5 o dare, appena possibile, avviso scritto del *sinistro* a *Blue Assistance* o all'Agenzia alla quale è assegnata la *polizza*, presentando le copie delle fatture, fiscalmente regolari e quietanzate; nel caso in cui siano stati presentati documenti in originale questi verranno restituiti ad avvenuta liquidazione;
- fornire la prescrizione del medico curante attestante la *malattia* o l'*infortunio*, la diagnosi accertata in caso di *visita specialistica* o gli esiti degli *accertamenti diagnostici*.

Blue Assistance - verificata l'operatività della garanzia - procede al rimborso delle spese entro 25 giorni dal ricevimento della documentazione, con le regole e i limiti previsti dalla garanzia scelta.

11.5 RICHIESTA RIMBORSO TRAMITE UPLOAD

L'*Assicurato*, se in possesso delle credenziali (e-mail e password), potrà trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa. A tal fine l'*Assicurato* dovrà accedere alla propria area riservata dal sito www.italiana.it.
La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La *Società* si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale. La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza. Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo).

APPENDICE 1 - TABELLE DI INCREMENTO DEL *PREMIO* PER ETÁ

Opzione Comfort				Opzione Deluxe			
età	%	età	%	età	%	età	%
0		33	2,31%	0		33	1,15%
1	8,83%	34	2,25%	1	0,97%	34	1,14%
2	8,13%	35	2,21%	2	0,98%	35	1,13%
3	7,52%	36	2,17%	3	0,96%	36	1,11%
4	6,98%	37	2,11%	4	0,95%	37	1,10%
5	6,54%	38	2,07%	5	0,95%	38	1,10%
6	6,14%	39	2,03%	6	0,94%	39	1,08%
7	5,78%	40	1,99%	7	0,92%	40	1,07%
8	5,47%	41	0,19%	8	0,92%	41	1,06%
9	5,18%	42	0,47%	9	0,92%	42	1,04%
10	4,92%	43	0,74%	10	0,90%	43	1,03%
11	4,69%	44	1,02%	11	0,89%	44	1,03%
12	4,50%	45	1,28%	12	1,21%	45	0,43%
13	4,29%	46	1,54%	13	1,50%	46	0,74%
14	4,11%	47	1,78%	14	1,48%	47	1,03%
15	3,95%	48	2,02%	15	1,46%	48	1,33%
16	3,80%	49	2,23%	16	1,43%	49	1,60%
17	3,66%	50	2,43%	17	1,42%	50	1,87%
18	3,53%	51	2,62%	18	1,40%	51	2,13%
19	3,42%	52	2,80%	19	1,37%	52	2,36%
20	3,30%	53	2,95%	20	1,36%	53	2,58%
21	3,20%	54	3,10%	21	1,34%	54	2,78%
22	3,09%	55	3,22%	22	1,32%	55	2,97%
23	3,00%	56	3,33%	23	1,30%	56	3,14%
24	2,92%	57	3,44%	24	1,29%	57	3,29%
25	2,83%	58	3,52%	25	1,27%	58	3,42%
26	2,76%	59	3,59%	26	1,26%	59	3,54%
27	2,68%	60	3,66%	27	1,24%	60	3,64%
28	2,61%	61	3,70%	28	1,22%	61	3,72%
29	2,55%	62	3,75%	29	1,21%	62	3,79%
30	2,48%	63	3,77%	30	1,20%	63	3,86%
31	2,42%	64	3,80%	31	1,18%	64	3,90%
32	2,36%	65	3,81%	32	1,17%	65	3,94%

ARTICOLI DI LEGGE

ART. 1892 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893 C.C. DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

ART. 1894 C.C. ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893.

ART. 1898. C.C AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1901 C.C. MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

ART. 1910 C.C. ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1913 C.C. AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

ART. 1916 C.C. DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

ART. 2952. C.C PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE.

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto. La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

NOTE

NOTE

NOTE

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A. REGISTRO 2° ATTI PRIVATI E DEMANIO MILANO SEDE DI MILANO

Mod. MAL50091

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE 130°

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) Tel. +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.

FSC MISTO Carta da fonti gestite in maniera responsabile FSC®

Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.