

*D*iaria

INDICE	PAGINE
DEFINIZIONI.....	2
OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO	4
SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI.....	8
ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	9
DISPOSIZIONI VARIE.....	10
CONDIZIONE AGGIUNTIVA (valida solo se specificamente richiamata in polizza)	11

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'art.166 comma 2 del nuovo Codice delle Assicurazioni private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n.209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente e dell'assicurato sono riportate con caratteri di particolare evidenza."

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di assicurazione.
Assistenza infermieristica	Assistenza prestata da personale in possesso di specifica abilitazione.
Contraente	Il soggetto che stipula l'assicurazione.
Day Hospital	Degenza diurna in struttura sanitaria autorizzata, erogante prestazioni chirurgiche o terapie mediche, documentate da cartella clinica.
Day Surgery	Piccoli interventi di chirurgia senza ricovero che richiedono una degenza per accertamenti, documentati da opportune certificazioni.
Degenza	Permanenza diurna in Day Hospital o Day Surgery.
Evento	Lo stato patologico che rende necessarie le prestazioni previste dalla garanzia assicurativa.
Gravi Malattie	Le malattie indicate all'art. 23 delle Condizioni di assicurazione.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.
Istituto di cura	Istituto universitario, Ospedale, Casa di cura, Day Hospital regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura: gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche e fitoterapiche, nonché del benessere psicofisico della persona in senso lato, le case di cura per convalescenza o lungo degenza o per soggiorni, le strutture per anziani.
Malattia	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Polizza	Il documento che prova l'assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Questionario medico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della polizza. Esso deve essere compilato e sottoscritto



da ogni persona assicurata – in caso di minore da chi ne abbia la potestà – e trasmesso alla Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Ricovero

Permanenza in istituto di cura con pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società

Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.

Termini di aspettativa - Carenze

Il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

OGGETTO E DELIMITAZIONE DEL RISCHIO

Art. 1 - Oggetto dell'assicurazione

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura reso necessario da malattia o da infortunio, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di ricovero e per una durata massima di 300 giorni per evento e per anno assicurativo.

L'indennità giornaliera indicata in polizza è corrisposta anche per la degenza in regime di day hospital o day surgery resa necessaria da infortunio o da malattia.

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura per parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di permanenza in Istituto di cura, con il massimo di sette giorni per ricovero.

Art. 2 - Estensioni dell'assicurazione

Nei casi di seguito indicati, l'indennità spettante a termini di polizza è raddoppiata:

- 1 Ricovero in reparto di rianimazione o in una unità di cura intensiva, per il periodo di permanenza in detti reparti.
- 2 Ricovero, a seguito del medesimo evento (infortunio o malattia), dell'Assicurato e di altro parente convivente, anche non assicurato, compreso il convivente di fatto.
- 3 Ricovero a seguito di una "grave malattia", secondo l'elenco e le definizioni riportate all'Art. 23 Elenco Gravi Malattie delle Condizioni Generali di Assicurazione.
- 4 Ricovero per trapianto di organi, qualora l'Assicurato sia ricevente o donatore.

I raddoppi di indennità previsti in questo articolo non si cumulano tra di loro, ma l'Assicurato ha diritto di ottenere quello a lui più favorevole.

Art. 3 - Convalescenza

In caso di degenza domiciliare dell'Assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'Istituto di cura nel quale sia stato ricoverato per intervento chirurgico o, se per altre cause, qualora il ricovero abbia avuto una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, la Società corrisponde una indennità pari al 50 per cento di quella indicata in polizza per il ricovero, escluse le maggiorazioni eventuali di cui all'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Detta indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza, e comunque per una durata non superiore a quella del ricovero ed entro il limite di 180 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo.

La convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, da prodursi in originale. Qualora conseguente a degenze in regime di



day hospital o day surgery l'indennità viene corrisposta, esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 7 giorni per evento e annualità assicurativa. L'indennità di convalescenza non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto.

Art. 4 - Termini di aspettativa - Carenze

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico;
- b) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- c) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose - fermo quanto previsto dall'art. 6, punto 1) - "Esclusioni"- delle Condizioni Generali di Assicurazione per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- d) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

In caso di ricovero verificatosi durante la carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo, anche nel caso di ricovero protrattosi oltre il periodo di carenza.

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

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 5 - Rischio calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa ai ricoveri conseguenti a infortuni causati da movimenti tellurici. Sono compresi nell'assicurazione i ricoveri conseguenti a infortuni e malattie causati da eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni.

Resta però convenuto che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di 5.500.000,00 euro per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti

in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale delle somme da liquidarsi a favore degli Assicurati predetti.

Art. 6 - Esclusioni

L'assicurazione non comprende i ricoveri e le degenze per:

- 1) le conseguenze di infortuni, nonché le malattie e gli stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato in quanto oggetto di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- 2) le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- 3) i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- 5) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);
- 6) la cura delle malattie dentarie e delle paradontopatie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- 7) l'aborto non terapeutico;
- 8) le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- 9) le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
- 10) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 11) i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione "Istituto di cura";
- 12) le conseguenze di infortuni causati:
 - dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
 - dalla guida di aeromobili, nonché dalla guida e dall'utilizzo di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio;
 - dalla pratica del paracadutismo;
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (sono invece comprese le conseguenze di infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi);
- 13) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.),



salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
14) guerre ed insurrezioni.

Art. 7 - Validità territoriale L'assicurazione vale per il mondo intero.
L'indennizzo viene comunque corrisposto in Italia e in euro.

Art. 8 - Limite di età dell' Assicurato

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 9 - Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività HIV, AIDS e sindromi correlate, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dagli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile (v. anche art. 13 - "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" - delle Condizioni Generali di Assicurazione).

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo; si applica pertanto, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge.

SINISTRI - DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 10 - Modalità per la denuncia e la liquidazione dei sinistri

In caso di sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società, entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

La denuncia deve essere corredata, o tempestivamente seguita, da certificazione medica che contenga la diagnosi.

La liquidazione del sinistro viene effettuata, a cura ultimata, su presentazione di copia della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di cura nel quale è avvenuto il ricovero o degenza.

L'Assicurato deve consentire alla Società gli accertamenti e i controlli medici necessari e fornire alla stessa ogni documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

L'eventuale esistenza dei presupposti per le maggiorazioni della diaria assicurata previste dall'art. 2 - "Estensioni dell' assicurazione" - delle Condizioni di Assicurazione, deve essere adeguatamente documentata.

Art. 11 - Rinuncia al diritto di rivalsa

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso gli eventuali terzi responsabili del sinistro.

Art. 12 - Determinazione dell' indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulla quantificazione dell'indennizzo debbono essere demandate a un Collegio di tre medici, nominati uno per Parte ed il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell'Ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto.

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 vincolanti per le Parti, le quali rinunciano sin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito



verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 13 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 14 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 15 - Aggravamento del rischio

Salvo quanto disposto dall'art. 9 - "Persone non assicurabili"- delle Condizioni Generali di Assicurazione, 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.

Art. 16 - Altre assicurazioni L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 17 - Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia 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.

Art. 18 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Nei confronti dell'ITAS Mutua debbono peraltro essere osservate le modalità di disdetta stabilite dall'art. 8 dello Statuto Sociale.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 19 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 20 - Oneri fiscali

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

Art. 21 - Rinvio alle norme di legge

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



CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(Valida solo se specificamente richiamata in polizza)

A) DIARIA INTERA PER CONVALESCENZA

Art. 22 - Garanzia convalescenza intera

Il testo dell'art. 3 - "Convalescenza" - delle Condizioni Generali di Assicurazione si intende totalmente sostituito dal testo che segue:

In caso di degenza domiciliare dell'Assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'Istituto di cura nel quale sia stato ricoverato per intervento chirurgico o, se per altre cause, qualora il ricovero abbia avuto una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, alle condizioni tutte previste dal suddetto articolo, la Società corrisponde per ciascun giorno di convalescenza una indennità pari a quella indicata in polizza per il ricovero, escluse le maggiorazioni eventuali di cui all'art. 2 delle predette Condizioni Generali. La convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, da prodursi in originale. Detta indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione suddetta, entro il limite di 90 giorni per ciascun ricovero e per ciascun periodo assicurativo annuo.

Qualora conseguente a degenze in regime di day hospital o day surgery, l'indennità viene corrisposta, esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 7 giorni per evento e annualità assicurativa. L'indennità di convalescenza non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto.

Art. 23 - Elenco Gravi Malattie

INFARTO DEL MIOCARDIO (attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto
- c) aumento degli enzimi cardiaci.

CORONAROPATIA (che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche)

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione. La

diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

ICTUS CEREBRALE (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

CANCRO

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia melanoma maligno.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

PARALISI

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) in seguito a paralisi. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.



ASSICURATRICE VALPIAVE S.p.A.
Direzione e coordinamento di ITAS Mutua - Via Ippolito Caffi, 83 - 32100 Belluno - Italia
Tel. 0437 938611 - Fax 0437 938693 - www.valpiave.it - valpiave@gruppoitas.it - assicuratricevalpiave@pec.it
Capitale soc. euro 7.000.000 i.v. - P. Iva / C. F. / Registro Imprese di Belluno n° 00075940254 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22.2.1963) - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030