



Contratto di Assicurazione indennità da ricovero e convalescenza a seguito di infortunio e/o malattia/**Diaria**

Il presente Fascicolo informativo contenente la Nota informativa, le Condizioni di assicurazione e il Modulo di proposta deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Contratto di Assicurazione indennità da ricovero e convalescenza a
seguito di infortunio e/o malattia/**Diarìa**



NOTA INFORMATIVA

Assicurazione indennità da ricovero e convalescenza a seguito di infortunio e/o malattia/**Diaria**

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

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A . INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il contratto è concluso con Assicuratrice Val Piave S.p.A., sede legale in Belluno - Italia - Via Ippolito Caffi, 83
Telefono 0437.938611 - www.valpiave.it – e-mail: valpiave@gruppoitas.it – assicuratricevalpiave@pec.it
Assicuratrice Val Piave S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22/02/63), è iscritta all'albo IVASS delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030 e fa parte del Gruppo ITAS Assicurazioni, iscritto al n° 010 dell'apposito albo IVASS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto ammonta a 28,0 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 21 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità di Assicuratrice Val Piave Spa è pari al 253%, e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ed il requisito di capitale regolamentare valutati secondo le regole Solvency II.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2017.

B . INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. La scelta effettuata risulta chiaramente indicata sul frontespizio del contratto.

AVVERTENZA

Se il contratto è stipulato **con tacito rinnovo**, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente (art. 18).

Se il contratto è stipulato **senza tacito rinnovo** (cioè **a scadenza automatica**), lo stesso cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

3 . Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto copre il ricovero dell'Assicurato in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia (art.1).

Le garanzie assicurabili sono:

- Diaria da ricovero per infortunio o malattia
- Indennità da convalescenza per infortunio o malattia

AVVERTENZA

Relativamente alla garanzia assicurata sono previste alcune esclusioni alle coperture assicurative, elencate nel seguente articolo del Fascicolo delle Condizioni:

Art. 6 – Esclusioni relative alle garanzie infortuni e malattia

AVVERTENZA

Qualora siano previsti franchigie, scoperti e/o limiti di indennizzo, gli stessi vengono riportati nella tabella seguente relativamente alle singole garanzie alle quali si riferiscono:

| Art. | Garanzia prestata | Operatività | Franchigia (in €, in %, in giorni per ogni sinistro) | Scoperto (in €, o in % per ogni sinistro) | Limite di indennizzo (in €, o giorni per sinistro ed anno assicurativo) |
|------|---|--------------------------|--|---|---|
| 1\2 | Indennità da ricovero da infortunio e malattia | Obbligatoria | | | Indennità giornaliera corrisposta per un massimo di 300 giorni; in caso di parto 7 giorni |
| 3 | Indennità da convalescenza a seguito di infortunio e/o malattia | A scelta dell'assicurato | 3 giorni di ricovero o dopo intervento chirurgico | | 50% della indennità prevista per il ricovero corrisposta per una durata pari al ricovero nel limite di 180 giorni; per convalescenza a seguito di day hospital limite di 7 giorni |
| 22 | Indennità da convalescenza intera a seguito di infortunio e/o malattia | A scelta dell'assicurato | 3 giorni di ricovero o dopo intervento chirurgico | | Indennità prevista per il ricovero corrisposta nel limite di 90 giorni; per convalescenza a seguito di day hospital limite di 7 giorni |

Illustrazione meccanismi di limitazioni all'indennizzo

• Franchigia fissa

Parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato.

- Ricovero dell'assicurato di 2 giorni senza intervento chirurgico
Nessun indennizzo liquidato per la garanzia convalescenza perché sono richiesti almeno 3 giorni.
- Ricovero dell'assicurato di 2 giorni con intervento chirurgico (100,00 euro al giorno)
Indennizzo liquidato 200,00 euro (convalescenza intera)

AVVERTENZA

Limite di età: 75 anni. Se l'Assicurato raggiunge tale età durante il periodo di assicurazione, l'assicurazione mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del contratto.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA

In caso di ricovero per malattia l'assicurazione ha effetto trascorsi i periodi di carenza riportati all'art. 4 del Fascicolo delle Condizioni.

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

AVVERTENZA

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione come indicato agli artt. 9, 13 e 16 del Fascicolo delle Condizioni.

AVVERTENZA

Il Contraente/Assicurato deve rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario medico che forma parte integrante del contratto stesso.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e valutazioni nella professione

L'Assicurato non è obbligato a dare comunicazione scritta ad Assicuratrice Val Piave di ogni aggravamento dello stato di salute come indicato all'art. 15.

7. Premi

Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e il premio può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale o pagamento unico anticipato.

In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.

Presso gli intermediari dotati degli specifici sistemi sono accettate anche carte di credito e/o pos.

AVVERTENZA

Il premio può essere soggetto a sconti, applicabili dall'intermediario o dall'impresa per motivi commerciali o di buon andamento tecnico.

8. Diritto di recesso**AVVERTENZA****• Diritto di recesso**

In caso di **contratto annuale** o **poliennale** le parti hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza.

Nel caso in cui il **contratto poliennale superi i cinque anni**, il Contraente/Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In caso di recesso non sono previsti oneri aggiuntivi.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

10. Legge applicabile al contratto

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

11. Regime fiscale

Al contratto viene applicata l'imposta sulle assicurazioni del 2,50% sui premi imponibili.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo**AVVERTENZA**

Il sinistro deve essere denunciato all'agenzia o alla direzione di Assicuratrice Val Piave entro 3 giorni dall'accadimento o da quando il Contraente/Assicurato ne ha avuto la possibilità come stabilito all'art.10.

L'accertamento è immediato alla consegna dei documenti; eventuali spese di accertamento sono a carico di Assicuratrice Val Piave ad eccezione delle spese per l'arbitrato sostenute da entrambe le parti nelle modalità riportate all'art.12.

Le spese per la cartella clinica sono a carico dell'Assicurato.

13. Reclami

Premesso che, ai sensi della normativa vigente, non sono considerati reclami le richieste di informazioni o chiarimenti e le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto, eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti:

Assicuratrice Val Piave S.p.A. – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38123 Trento
Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it

I reclami devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico;
- b) numero della polizza e nominativo del contraente;
- c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo;

- d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- f) ogni documento utile per descrivere le circostanze.

Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo. Se il reclamante non è soddisfatto della risposta, o in caso di mancato riscontro nel termine massimo di 45 giorni di cui sopra, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, a mezzo posta (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma) o fax (06.42.133.745 o 06.42.133.353), allegando copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro. Ulteriori informazioni a riguardo, incluso il modello utilizzabile, sono reperibili sul sito www.ivass.it alla sezione "Per i Consumatori" al link "Reclami".

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda, infine, che in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, ferma la possibilità di rivolgersi all'IVASS come sopra specificato e/o di interessare l'Autorità giudiziaria, il reclamante potrà scegliere di avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale:

1) **Mediazione finalizzata alla conciliazione**: per qualsiasi controversia civile o commerciale vertente su diritti disponibili, è possibile ricorrere alla procedura istituita dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010. Per avviarla occorre depositare apposita istanza presso un organismo di mediazione (il cui registro è disponibile sul sito del Ministero della Giustizia www.giustizia.it) nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia.

2) **Negoziazione assistita** finalizzata alla composizione bonaria della lite: è possibile attivare tale procedura rivolgendosi al proprio avvocato di fiducia (D.L. 12 settembre 2014 n. 132). In tal caso le parti sottoscrivono un accordo con cui convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia entro un termine concordato.

3) **Arbitrato**: le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile).

Maggiori informazioni in merito sono disponibili su www.gruppoitas.it, nella sezione "Reclami".

14. Arbitrato

AVVERTENZA

In caso di controversia in merito alla determinazione dell'indennizzo le Parti possono demandare per iscritto ad un "collegio medico" la valutazione del danno secondo le modalità e le indicazioni (Comune sede dell'Ordine dei medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato), richiamate nelle relative Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

15. Mediazione

Fermo restando quanto previsto in ordine alle negoziazioni volontarie di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione e alla presente nota informativa, le controversie relative ai contratti assicurativi sono soggette al procedimento di mediazione di cui al D. lgs. 04.03.2010 n. 28 e alle normative secondarie di attuazione per cui, tra il resto, l'esperimento della procedura di mediazione è condizione necessaria di procedibilità di un'eventuale successiva azione civile avanti la competente Autorità Giudiziaria.

Assicuratrice Val Piave è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Fabrizio Lorenz
Amministratore Delegato
Assicuratrice Val Piave S.p.A.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI COMUNI A TUTTI I CONTRATTI

| | |
|--|---|
| → <u>Assicurato</u> | il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. |
| → <u>Assicurazione cumulativa</u> | l'assicurazione, con una unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206 del Codice del Consumo. |
| → <u>Contraente</u> | il soggetto che stipula il contratto. |
| → <u>Indennizzo</u> | la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro. |
| → <u>Polizza</u> | il documento che prova l'assicurazione. |
| → <u>Premio</u> | la somma dovuta dal Contraente alla Società. |
| → <u>Sinistro</u> | il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. |
| → <u>Società</u> | Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti. |

DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LE POLIZZE INFORTUNI E MALATTIA

| | |
|----------------------------------|--|
| → <u>Day hospital</u> | struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica. |
| → <u>Infortunio</u> | l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea. |
| → <u>Istituto di cura</u> | istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali. |
| → <u>Malattia</u> | ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. |
| → <u>Ricoveri</u> | la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital. |

*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 VAL PIAVE 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