

Fascicolo Informativo

Modello: FASSAL 5 ed. 01/2017

Copertina

Tua Assicurazioni S.p.A.



Gruppo Cattolica Assicurazioni

Contratto di assicurazione sulla Salute.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente

- a. Nota informativa, comprensiva del glossario
- b. Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto

Avvertenza:

prima della sottoscrizione leggere attentamente la nota informativa.

TUA ASSICURAZIONI S.P.A.
sede legale: largo Tazio Nuvolari 1, 20143 Milano (Italia) – Tel: (+39) 02 2773722 - Fax: (+39) 02 2773355
COD. FISC./P.I. E N. DI ISCRIZIONE AL REGISTRO DELLE IMPRESE DI MILANO 02816710236 - R.E.A. MILANO N. 1716504 - CAP. SOC. EURO
23.160.630 int. ver. - www.tuaassicurazioni.it - info@tuaassicurazioni.it - tuaassicurazioni@pec.it

IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI CON PROVVEDIMENTO IVASS N. 1041 DEL 20 NOVEMBRE 1998 G.U. N. 277 DEL 26 NOVEMBRE 1998 - NUMERO ISCRIZIONE ALBO IMPRESE IVASS 1.00132 DEL 3/1/2008 - SOCIETÀ DEL GRUPPO CATTOLICA ASSICURAZIONI, ISCRITTO ALL'ALBO DEI GRUPPI ASSICURATIVI AL NUMERO 019 E SOGGETTA ALL'ATTIVITÀ DI DIREZIONE E COORDINAMENTO DA PARTE DELLA SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - VERONA

Premessa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS (Reg. n. 35/2010), 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.

Le consigliamo infine di conservare la presente informativa unitamente alla documentazione di polizza.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet www.tuaassicurazioni.it

A – Informazioni sull'impresa di assicurazione

1 Informazioni generali

TUA Assicurazioni S.p.A. – Gruppo Cattolica Assicurazioni - ha sede legale e sociale in Italia, Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano (MI) - Telefono: 02 2773722 - Fax: 02 2773355 - Sito internet www.tuaassicurazioni.it - e-mail: servizioclienti@tuaassicurazioni.it - tuaassicurazioni@pec.it

TUA Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 1041 del 20/11/1998 pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 277 del 26/11/1998. È iscritta all'albo imprese IVASS n. 1.00132 del 03.01.2008.

Registro delle Imprese Milano n. 2816710236.

2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato è pari a 133,3 milioni di euro (capitale sociale: 23,2 milioni di euro - totale riserve patrimoniali: 100,8 milioni di euro).

Il Ratio patrimoniale Solvency II calcolato in Standard Formula con USP (utilizzo di parametri specifici a cui IVASS ha autorizzato l'impresa in data 11 maggio 2017) è pari a 1,52 volte il minimo regolamentare richiesto dalla normativa vigente.

B – Informazioni sul contratto

Il contratto, salvo diversa indicazione sul simple di polizza, è stipulato con tacito rinnovo.

AVVERTENZA: In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Se è pattuita la non rinnovabilità il contratto cessa alla scadenza senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'Art. 9 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Qualora in polizza sia indicata una durata superiore all'anno, le parti si riservano comunque la facoltà di disdetta ad ogni scadenza annuale. Si rinvia all'Art. 6 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3 COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle condizioni generali di assicurazione, sono quelle riportate sul simple di polizza, scelte tra le seguenti:

SEZIONE TUTELA IN CASO DI INFORTUNI

Le garanzie della presente sezione possono essere fornite nelle forme 24 ore, Professionale, Tempo Libero, Circolazione, Conducente, come evidenziato sul simple di polizza; si rimanda all'articolo A.26 per gli aspetti di dettaglio.

- **Morte:** TUA, in caso di morte da infortunio dell'assicurato, corrisponde la somma assicurata ai beneficiari o eredi. Nel caso in cui per il medesimo infortunio siano deceduti sia l'assicurato che il coniuge, o se la morte è causata da rapina, estorsione, sequestro, sono previsti aumenti del capitale assicurato. Si rimanda agli articoli A.1, A.2 e da A.27 ad A.29 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, A.1, A.2 e da A.27 ad A.29, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli A.1, A.2, da A.27 ad A.29 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 100.000 euro

Indennizzo: 100.000 euro; se deceduto anche il coniuge non assicurato (genitore di figlio minore): 100.000 euro + 100.000 euro (100% di 100.000 euro) = 200.000 euro

- **Invalidità permanente:** Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo secondo i criteri indicati nell'articolo A.3, nei limiti della somma assicurata indicata in polizza. È possibile aumentare o diminuire la valutazione del grado di invalidità accertata. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e da A.3 ad A.13 ed A.25 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, da A.3 ad A.13 ed A.25, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, da A.3 ad A.13 ed A.25, A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento della franchigia:
Somma assicurata (massimale): 100.000 euro
Danno (IP accertata): 5%
Franchigia: 3%
Indennizzo: 2.000 euro (5-3%= 2% di 100.000 euro)
Esempio di funzionamento del massimale:
Somma assicurata (massimale): 100.000 euro
Danno (al netto dell'eventuale franchigia): 50.000 euro
Indennizzo: 50.000 euro
- **Inabilità temporanea:** Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza un'inabilità temporanea, TUA liquida l'indennità convenuta indicata in polizza, totale o parziale, secondo quanto previsto dagli articoli da A.27 ad A.29 e da A.14 ad A.16 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, da A.14 ad A.16, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie (in giorni) e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, da A.14 ad A.16 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento della franchigia (in giorni) e del massimale (diaria giornaliera):
Somma assicurata (diaria giornaliera): 50 euro
Danno (giorni di inabilità): 15 giorni di inabilità totale + 10 giorni di inabilità parziale al 50%
Franchigia: 10 giorni assoluti
Indennizzo: 50 euro X 5 giorni (15 giorni - 10 giorni di franchigia) + 25 euro X 10 giorni = 500 euro
- **Indennità per ricovero e convalescenza:** TUA, in caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato per infortunio, corrisponde l'indennità giornaliera prevista in polizza per ciascun giorno di degenza, per un massimo dei giorni indicati in polizza. In taluni casi l'indennità può essere aumentata o ridotta. Qualora l'assicurato estenda la garanzia alla convalescenza, TUA liquida un indennizzo aggiuntivo. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29, A.17 e A.18 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.17, A.18, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie (in giorni) e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.17, A.18 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento della franchigia (in giorni) e del massimale (diaria giornaliera):
periodo di ricovero: 5 giorni
franchigia scelta: 3 giorni
diaria giornaliera (massimale): 50 euro
indennizzo: 50 euro X 2 giorni (5 giorni - 3 giorni di franchigia) = 100 euro
- **Indennità per immobilizzazione:** Se l'infortunio comporta immobilizzazione applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, TUA corrisponde all'assicurato l'indennità indicata in polizza dal giorno dell'applicazione dell'immobilizzazione fino al giorno della rimozione della stessa. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e A.19 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.19, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.19 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
Esempio di funzionamento del massimale:
periodo di immobilizzazione: 30 giorni
diaria giornaliera (massimale): 50 euro
indennizzo: 50 euro X 30 giorni = 1.500 euro
- **Rimborso spese di cura:** In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza TUA assicura fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle spese effettivamente sostenute indicate nell'articolo A.20 sia in caso di ricovero che senza ricovero. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e da A.20 ad A.21 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione

o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.20, A.21, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.20, A.21 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento dello scoperto:

Somma assicurata (massimale): 10.000 euro

Danno: 1.000 euro

Scoperto: 20% con il minimo di 100 euro

Indennizzo: 1.000 euro – 200 euro (il 20% di 1.000 è 200 euro, superiore al minimo di 100 euro) = 800 euro

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 10.000 euro

Danno: 20.000 euro

Indennizzo (al netto di eventuali scoperti): 10.000 euro

- **Responsabilità civile contraente:** Qualora l'assicurato, ovvero in caso di morte i suoi beneficiari, non accettino, a completa tacitazione per infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente assicurazione ed avanzino nei confronti del contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, TUA risponde della maggiore somma che il contraente fosse eventualmente tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso, con il massimo di 250.000 euro. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e A.22 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.22, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.22 e A.38 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata per la garanzia Morte: 100.000 euro

Richiesta danno da eredi per responsabilità contraente: 230.000 euro

Indennizzo: 100.000 euro (la somma assicurata alla garanzia Morte) + 100.000 euro (l'indennizzo aggiuntivo pari al massimo a quello della garanzia prevista, la Morte, ancorché il danno ulteriore sia superiore, pari ad altri 130.000) = 200.000 euro

- **Clausola dirigenti:** solo se l'assicurato è un dirigente ed il contraente una persona giuridica, l'assicurazione copre il caso di morte ed invalidità permanente da malattia professionale, nonché vengono applicate franchigie e tabelle differenti per la valutazione dell'invalidità permanente da infortunio e nel caso di invalidità superiore al 50%, viene erogato il 100% della somma assicurata. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29 e A.23 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.23, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.23 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Invalidità permanente

- **Garanzia Key-Man:** solo se il contraente è persona giuridica e l'assicurato è retribuito, al contraente sarà corrisposto un indennizzo, distinto da quello liquidabile all'assicurato, in caso di infortunio che comporti la morte dell'assicurato o una invalidità permanente non inferiore al 60%. L'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione alla percentuale indicata in polizza. L'indennità liquidata sarà versata unicamente al contraente, mentre l'assicurato, con la firma della scheda di polizza che riporta i suoi dati e quelli relativi alle garanzie, manifesta il suo esplicito consenso a quanto convenuto. Si rimanda agli articoli da A.27 ad A.29, A.1, A.3 e A.24 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da A.27 ad A.29, A.1, A.3, A.24, A.32 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti franchigia e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da A.27 ad A.29, A.1, A.3, A.24 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento della franchigia e del massimale:

Somma assicurata (garanzia Invalidità permanente): 100.000 euro

Danno (IP accertata): 70%

Franchigia: 60%

Percentuale garanzia Key-man: 10%

Indennizzo: 10% del 70% di 100.000 euro = 7.000 euro

SEZIONE TUTELA DELLA SALUTE

- **Cure mediche:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, si impegna a indennizzare l'assicurato per le spese sanitarie che debba sostenere o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate, per trattamenti resi necessari da malattia, infortunio o parto, in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso, quali onorari chirurgici, diritti di sala operatoria, rette degenza, rette accompagnatore, ecc, nonché quelle sostenute per accertamenti, analisi e visite mediche, nonché quelle sostenute per medicinali, cure, trattamenti riabilitativi, o ancora per l'acquisto di apparecchi ortopedici, protesici o acquisto/noleggio di carrozzelle ed infine per il trasporto sanitario. Si rimanda agli articoli delle condizioni generali di assicurazione da B.1 a B.8 per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13 e da B.1 a B.8, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da B.1 a B.8, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento dello scoperto:
 Somma assicurata (massimale): 100.000 euro
 Danno: 400 euro
 Scoperto: 20% con il minimo di 100 euro
 Indennizzo: 400 euro – 100 euro (il 20% di 400 è 80 euro, inferiore al minimo di 100 euro) = 300 euro
 Esempio di funzionamento del massimale:
 Somma assicurata (massimale): 100.000 euro
 Danno: 150.000 euro
 Indennizzo: 100.000 euro
- **Grandi cure:** Quanto previsto dalla garanzia "Cure mediche" opera esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi tra quelli previsti nell'elenco "Grandi cure", resi necessari da malattia o infortunio. Si rimanda all'articolo B.9 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.9, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.9, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento dello scoperto:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
 Esempio di funzionamento del massimale:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Cure mediche pre e post ricovero:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, si impegna a indennizzare l'assicurato in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, o di intervento chirurgico in day hospital, ambulatoriale o presso un Pronto Soccorso, reso necessario da malattia, infortunio o parto, per le spese sanitarie sostenute per accertamenti o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate. Si rimanda all'articolo B.10 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.10, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.10, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento dello scoperto:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
 Esempio di funzionamento del massimale:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Integrazione Servizio Sanitario Nazionale:** Quanto previsto dalla garanzia "Cure mediche" opera, fino alla concorrenza della somma assicurata per ogni DRG (Diagnostic Related Group), medico o chirurgico, compreso nell'elenco "Integrazione SSN". Qualora in un unico sinistro siano interessati più DRG le indennità previste non si cumulano, ma l'indennizzo sarà effettuato sulla base del DRG che prevede il massimale più elevato. Per singolo assicurato non sono indennizzabili più di tre sinistri per anno assicurativo. Si rimanda all'articolo B.11 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.11, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.11, B.22 e seguenti, e B.31 e dalla Tabella 5 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento del massimale:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

- **Visite mediche:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, indennizza l'assicurato per le spese sostenute o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate, per le prestazioni ambulatoriali elencate in polizza, rese necessarie da malattia o infortunio, indipendentemente da ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici. Si rimanda all'articolo B.12 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.12, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.12, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento dello scoperto:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
 Esempio di funzionamento del massimale:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Alta diagnosi:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, indennizza l'assicurato per le spese sostenute o provvede al pagamento diretto in caso di ricorso alle cliniche convenzionate, per gli accertamenti diagnostici ambulatoriali elencati in polizza, rese necessarie da malattia o infortunio. Si rimanda all'articolo B.13 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.13, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti scoperti e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.13, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento dello scoperto:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
 Esempio di funzionamento del massimale:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Indennità per ricovero e convalescenza:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, in caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato per infortunio, malattia o parto, corrisponde allo stesso l'indennità giornaliera prevista in polizza per ciascun giorno di degenza, per un massimo dei giorni indicati in polizza. È prevista anche una forma con franchigia (in giorni), oppure la limitazione alla sola malattia/parto. Qualora l'assicurato estenda la garanzia alla convalescenza, TUA liquida un indennizzo aggiuntivo. Si rimanda agli articoli B.14, B.15 e B.16 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, B.14, B.15, B.16, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigie (in giorni) e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli B.14, B.22 e seguenti, e B.31 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento della franchigia (in giorni):
 periodo di ricovero: 5 giorni
 franchigia scelta: 3 giorni
 diaria giornaliera (massimale): 50 euro
 indennizzo: 50 euro X 2 giorni (5 giorni - 3 giorni di franchigia) = 100 euro
 Esempio di funzionamento del massimale:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche
- **Invalidità permanente da malattia:** TUA, nei termini e con le modalità previste nel contratto, corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'assicurato che abbia per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta nel corso del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione. La garanzia opera con una franchigia del 24% e liquida il 100% della somma assicurata per invalidità almeno pari al 66%. Sul contratto è riportata una tabella che riporta le percentuali di indennizzo corrispondenti alle percentuali di invalidità accertata. È possibile sottoscrivere la garanzia in una forma limitata a "Malattie gravi". Si rimanda agli articoli da B.17 a B.21 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da B.17 a B.21, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
AVVERTENZA: sono previsti franchigia e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da B.17 a B.21, B.22 e seguenti ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.
 Esempio di funzionamento della franchigia:
 grado di IP accertato: 23%
 franchigia: 24%
 % da liquidare sulla somma assicurata: 0%
 Esempio di funzionamento del massimale:
 vedasi esempio di funzionamento descritto alla garanzia Cure mediche

SEZIONE ASSISTENZA

- **Assistenza (Infortuni, Infortuni con ADI, Salute, Salute Plus, Salute con ADI):** TUA mette a disposizione dell'assicurato, nei limiti e con le prestazioni previste nelle condizioni generali di assicurazione, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la soluzione Assistenza – Infortuni, D.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute, E.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute Plus, F.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Infortuni con ADI, G.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio. Le prestazioni vengono erogate per il tramite di Mapfre Asistencia S.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI).

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo o erogazione della prestazione, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dall'articolo 13 e dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la soluzione Assistenza – Infortuni, D.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute, E.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute Plus, F.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Infortuni con ADI, G.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti alcuni massimali alla copertura assicurativa offerta così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli C.1 e seguenti se scelta la soluzione Assistenza – Infortuni, D.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute, E.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute Plus, F.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Infortuni con ADI, G.1 e seguenti se scelta la garanzia Assistenza – Salute con ADI, ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale:

Somma assicurata (massimale): 2.000 euro
 Danno: 3.000 euro
 Indennizzo: 2.000 euro

SEZIONE RITIRO PATENTE

- **Indennità Sospensione Patente:** TUA si obbliga a corrispondere al datore di lavoro dell'assicurato, conducente del tipo di veicolo indicato in polizza e dipendente del contraente, l'indennità giornaliera pattuita (indicata in polizza) per il pregiudizio economico subito dal contraente nel caso in cui all'assicurato sia temporaneamente sospesa la patente di guida per veicoli a motore, ai sensi dell'art. 129 C.d.S., in conseguenza di incidenti con danni alle persone (artt. 222 e 223 C.d.S.), a condizione che l'assicurato venga assolto o prosciolto da eventuale imputazione di reato di fuga o di omissione di soccorso, o disposta ai sensi degli articoli del codice della strada indicati nelle condizioni generali di assicurazione. L'assicurato deve essere soggetto, operante presso la contraente, per il quale la guida di veicoli a motore sia strettamente funzionale all'esercizio dell'attività cui è adibito. Si rimanda agli articoli da H.1 a H.4 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da H.1 a H.7 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli da H.1 a H.4 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del massimale (diaria giornaliera):

periodo di ritiro patente: 30 giorni
 diaria giornaliera (massimale): 50 euro
 indennizzo: 50 euro X 30 giorni = 1.500 euro

SEZIONE TUTELA LEGALE

- **Malpratica e Abusi:** Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, TUA, nei limiti del massimale convenuto e delle condizioni generali di assicurazione, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, nell'ambito della vita privata, in relazione ad esami, visite diagnostiche, ricoveri, cure o prestazioni medico-sanitarie, per le richieste di risarcimento per danni contrattuali ed extracontrattuali per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'assicurato, in conseguenza di malpractice medica con valore in lite superiore a 500 euro. Inoltre, in caso di invalidità permanente superiore al 10% o morte, derivante dalla prestazione medica o sanitaria, verranno garantite le controversie contrattuali con valore in lite superiore a 1.500 euro e le controversie in materia previdenziale ed assistenziale. Viene inclusa anche l'operatività della garanzia di Tutela Legale nel caso i cui l'assicurato subisca violenza fisica e sporga querela per specifici reati. Infine la garanzia opera per la redazione dell'atto di istanza per la dichiarazione di assenza o morte presunta dell'assicurato, nel limite indicato. Si rimanda agli articoli I. 1 e seguenti delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti limitazioni ed esclusioni alla copertura assicurativa offerta, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo, così come meglio disciplinato dalle condizioni generali di assicurazione dagli articoli 13, da I.1 a I.9 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: sono previsti valori di lite e massimali così come riportati in polizza e dalle condizioni generali di assicurazione

dagli articoli da I.1 a I.9 ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio di funzionamento del valore lite:

massimale: 10.000 euro

valore lite indicato nelle condizioni generali di assicurazione: 500 euro

valore lite reale: 200 euro

indennizzo: 0 euro (in quanto il valore di lite reale non supera il valore lite indicato nelle condizioni generali di assicurazione)

Esempio di funzionamento del massimale:

massimale: 10.000 euro

spese legali: 5.000 euro

indennizzo: 5.000 euro

Per tutte le sezioni di polizza vale inoltre la seguente:

AVVERTENZA: Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza, salvo che per la garanzia Invalidità permanente da Malattia per la quale tale limite è ridotto a 65 anni, così come previsto nelle condizioni generali di assicurazione dall'articolo 13 al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: Gli assicurati devono avere il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano; si rimanda agli articoli A.30, B.24, H.4 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La seguente avvertenza opera esclusivamente per la sezione Tutela della Salute.

AVVERTENZA: sono previste delle carenze che disciplinano il giorno di effetto dell'assicurazione, così come previsto nelle condizioni generali di assicurazione dall'articolo B.22 al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

5 DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO - NULLITÀ

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento del sinistro, così come previsto dall'articolo 1 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: qualora sia prevista la compilazione del Questionario Sanitario per la valutazione del rischio, è necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste nel questionario medesimo.

6 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi aggravamento o diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione, così come previsto dagli articoli 3, 4, A.34 e dalla Tabella I delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

Esempio modificazione del rischio: qualora l'assicurato abbia dichiarato in fase di stipula della polizza di svolgere l'attività di "Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)" (classe di rischio 1) e nell'arco di durata della polizza dovesse modificare la propria attività, ad es. "Impiegato con mansioni anche all'esterno" (Classe di rischio 2), avrebbe l'obbligo di dichiararlo alla compagnia in quanto si tratta di modificazione del rischio (in questo caso con aggravamento dello stesso).

7 PREMI

Il pagamento del premio, che il cliente è tenuto a versare alle scadenze convenute (annuali, semestrali, o unica soluzione-temporanea) ed indicate in contratto, può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'agente in qualità di agente di TUA,
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA,
- contante,

tali mezzi di pagamento possono essere utilizzati sempre nei limiti (anche di somme) previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Si rimanda all'articolo 7 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Nel caso sia concesso il frazionamento semestrale, verrà applicato un onere aggiuntivo pari al 3%.

AVVERTENZA: per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute", "Tutela in caso di infortuni" e "Ritiro Patente", l'intermediario ha la possibilità di applicare sconti di premio, sulla base di valutazioni commerciali. Rientra nella discrezionalità dell'intermediario la possibilità di applicare addizionali al contratto.

8 ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Per le garanzie della sezione "Tutela della salute" sono previsti aggiornamenti automatici dei premi alla scadenza di ciascuna annualità, come meglio disciplinato dall'articolo 10 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Qualora indicato in polizza SI nella casella "Indicizzata", per le garanzie delle sezioni "Tutela della salute" e "Tutela in caso di infortuni", le somme assicurate, massimali, franchigie, altri limiti di garanzia ed i premi sono collegati all' "Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività – Servizi sanitari e spese per la salute", come meglio disciplinato dall'articolo 11 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

9 DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA: Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte, come meglio disciplinato

dall'articolo 12 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

10 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Così come previsto dall'articolo 2952 del Codice Civile:

- il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze;
- i diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di 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.

11 LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12 REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.
Il premio relativo alle garanzie è soggetto all'imposta nella misura del:

Aliquota	Garanzia/Sezione
2,50%	Tutela in caso di Infortuni Tutela della salute
4,38%	Responsabilità civile contraente
10,00%	Assistenza
13,50%	Ritiro Patente
21,25%	Tutela Legale

C – Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13 SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA: per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute", "Tutela in caso di infortuni" il momento di insorgenza del sinistro si ha al verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Per le garanzie delle sezioni "Tutela in caso di infortuni" e "Ritiro Patente", nonché per la garanzia "Invalidità Permanente" della sezione "Tutela della Salute", la denuncia del sinistro deve essere inviata (con le modalità ed informazioni indicate nelle condizioni generali di assicurazione) all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro 3 giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui l'assicurato ne abbia avuto conoscenza e possibilità, come meglio disciplinato dagli articoli A.32, B.27 H.5 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Per le garanzie della sezione "Tutela della Salute", esclusa la garanzia "Invalidità Permanente", se l'assicurato fa ricorso agli istituti di cura convenzionati, per la denuncia di sinistro l'assicurato deve preventivamente contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa ai numeri di telefono indicati all'articolo B.26 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio, indicando le prestazioni di cui intende usufruire. Se l'assicurato non fa ricorso agli istituti di cura convenzionati, dovrà entro 3 giorni dal ricovero o dall'intervento chirurgico o dalle altre prestazioni previste, denunciare il sinistro telefonando alla Struttura Organizzativa ai numeri di telefono indicati all'articolo B.26 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rinvia per gli aspetti di dettaglio; tale obbligo di denuncia non sussiste nel caso di richiesta di rimborso relativo alle garanzie "Visite mediche" e "Alta Diagnosi". Successivamente dovrà compilare il modulo di richiesta di rimborso. Si rimanda all'articolo B.26 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: la gestione dei sinistri relativa alla sezione Tutela Legale è affidata ad ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia; in caso di sinistro per tale sezione, l'assicurato o il contraente possono denunciare il sinistro anche ad ARAG, come meglio disciplinato dall'articolo I.6 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

La gestione dei sinistri relativa alla sezione Assistenza è affidata a Mapfre Asistencia S.A. con le modalità meglio disciplinate dagli articoli C.1, D.1, E.1, F.1, G.1 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

Per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute" e "Tutela in caso di infortuni", potrà essere prevista la visita medica per la definizione del sinistro come meglio disciplinato dagli articoli A.35 e B.29; inoltre le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato, come meglio disciplinato dagli articoli A.32, B.26 e B.27.

Per la garanzia Invalidità permanente della sezione "Tutela della Salute", il periodo di accertamento della percentuale di invalidità è compreso tra 6 e 12 mesi dalla data di certificazione dell'avvenuta guarigione clinica (escluso il caso di neoplasie per il quale la valutazione dei postumi viene effettuata trascorsi almeno 18 mesi dalla denuncia, e comunque trascorso almeno 1 anno dalla prima diagnosi, indipendentemente dalla guarigione clinica), così come meglio disciplinato dall'articolo B.19 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA: si rimanda anche agli articoli A.33, A.34, A.36, A.37, B.28, B.29, B.30, H.6, H.7, I.7, I.8 e I.9 per gli altri aspetti di dettaglio delle procedure di liquidazione e pagamento dell'indennizzo.

14 ASSISTENZA DIRETTA – CONVENZIONI

AVVERTENZA: Per le garanzie della sezione "Tutela della Salute", esclusa la garanzia "Invalidità Permanente", l'assicurato può

decidere di usufruire degli istituti di cura convenzionati con TUA; in tal caso contattando preventivamente al telefono la Struttura Organizzativa, potrà usufruire del pagamento diretto delle spese sanitarie previste dalla polizza.

Qualora si trovi temporaneamente all'estero, se non contatterà preventivamente la Struttura Organizzativa o la clinica non fosse convenzionata con TUA, verrà applicato uno scoperto del 25% (salvo maggior scoperto indicato per la singola garanzia o in polizza). Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, tale scoperto verrà applicato sul solo costo dell'equipe. Lo scoperto non verrà applicato se il contatto con la Struttura Organizzativa non è stato possibile per motivi di emergenza sanitaria. La copertura è operativa fino a 180 giorni di permanenza continuativa all'estero.

Qualora non si trovi all'estero ed abbia necessità di andarci per effettuare cure presso strutture estere, la copertura opera purché gli istituti di cura siano convenzionati con TUA e sia preventivamente dato il consenso da parte della Struttura Organizzativa. Se la clinica è convenzionata, ma non l'equipe medica, i costi relativi all'equipe non verranno rimborsati.

Si rimanda agli articoli B.24 e B.26 delle condizioni generali di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Se l'assicurato non intende avvalersi del sistema di convenzionamento, ma di usufruire di strutture non convenzionate, le suddette garanzie opereranno nei limiti (anche per somme assicurate, franchigie e scoperti) di quanto previsto dalle condizioni generali di assicurazione ed in polizza. Si rimanda agli articoli da B.1 a B.16, B.26 e B.31 per gli aspetti di dettaglio.

Si rinvia al sito internet di TUA (www.tuaassicurazioni.it) per prendere visione dell'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15 RECLAMI

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

Tua Assicurazioni S.p.A. Servizio Reclami
c/o Società Cattolica di Assicurazione società cooperativa
Servizio Reclami di Gruppo
Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia)

Fax: 02/2773470

E-mail: reclami@tuaassicurazioni.it

Nel reclamo dovranno essere indicati i seguenti dati:

- nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente;
- numero della polizza e nominativo del contraente;
- numero e data del sinistro al quale si fa riferimento;
- indicazioni del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.

L'impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

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

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

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

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

16 ARBITRATO

Per le garanzie delle sezioni "Tutela della Salute" e "Tutela in caso di infortuni", è previsto che TUA ed il contraente possano devolvere la risoluzione di una controversia tra di essi insorta per l'accertamento del danno ad un collegio di periti; in tal caso il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina alla residenza dell'assicurato (vedasi articoli A.35 e B.29 delle condizioni generali di assicurazione ai quali si rimanda per gli aspetti di dettaglio).

Per la sezione "Tutela Legale" in caso di conflitto di interesse o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi, è previsto che la decisione possa essere demandata ad un arbitro (vedasi articolo I.8 delle condizioni generali di assicurazione al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio).

AVVERTENZA: Resta in ogni caso fermo il diritto di TUA e del Contraente di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

17 MEDIAZIONE PER LA CONCILIAZIONE DELLE CONTROVERSIE

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.

Glossario

Ai seguenti termini TUA ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

Assicurazione:	il contratto di assicurazione.
Assicurato:	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Attività professionale:	attività svolta dall'assicurato con carattere abituale, continuativo e remunerativo.
Beneficiario:	la persona fisica o giuridica designata dal contraente, alla quale TUA deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari sono gli eredi legittimi o testamentari.
Centro diagnostico:	ambulatorio o poliambulatorio sanitario regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, per le indagini diagnostiche e/o per gli interventi chirurgici ambulatoriali.
Circolazione:	il movimento del veicolo, ivi compresa la sosta e la fermata dello stesso.
Codice delle Assicurazioni:	il Decreto Legislativo n. 209 del 07 settembre 2005 recante "Riassetto normativo delle disposizioni in materia di assicurazioni private - Codice delle Assicurazioni private" e successivi atti attuativi e modificativi.
Contraente:	il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e che paga il premio.
Convalescenza:	periodo di tempo successivo ad un ricovero, prescritto dai medici che hanno curato l'assicurato, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi permanenti, durante il quale l'assicurato è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio.
Day hospital:	la degenza in istituto di cura non comportante pernottamento, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Difetto fisico o malformazione:	alterazione, mancanza o imperfezione di un organo o di un apparato, anche di natura congenita.
Franchigia:	la parte di danno, espressa in misura fissa, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Grande Cura:	l'intervento terapeutico mediante uso di strumenti chirurgici, rientrante nella tabella 3 - Grandi Cure.
Immobilizzazione:	ogni mezzo di contenzione, rigido e non rimovibile, comunque immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.
Inabilità temporanea:	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, della capacità dell'assicurato ad attendere in tutto o in parte alle attività professionali dichiarate in polizza.
Indennizzo:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro.
Infortunio:	ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
Insorgenza:	epoca in cui ha inizio la malattia, anche asintomatica e/o non diagnosticata.
Intervento chirurgico:	l'atto medico, con diretta finalità terapeutica, cruento, realizzato mediante l'uso di strumenti chirurgici e/o idonee apparecchiature. Si considera intervento chirurgico anche la riduzione incruenta di fratture.
Invalità Permanente:	la perdita definitiva, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo.
Istituto di cura:	ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e delle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Istituto di cura convenzionati:	gli Istituti di cura convenzionati con la Struttura Organizzativa e TUA, presso i quali l'assicurato può usufruire del servizio di pagamento diretto. La verifica degli Istituti di cura convenzionati deve essere effettuata dall'assicurato, contattando telefonicamente e preventivamente la Struttura Organizzativa.
Malattia:	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia improvvisa:	malattia di acuta manifestazione che non sia manifestazione, seppure improvvisa, di malattia insorta nota all'assicurato salvo che, benché nota, non abbia necessitato, nei 12 mesi antecedenti la manifestazione improvvisa, indagini diagnostiche, ricoveri ospedalieri, trattamenti terapeutici o sanitari in genere.
Manifestazione:	epoca in cui si manifesta la malattia con sintomi oggettivi, indipendentemente dalla diagnosi della stessa.
Massimale/ Somma assicurata:	la somma, indicata in polizza, fino alla concorrenza della quale TUA presta la garanzia.
Partita:	singola garanzia o complesso di garanzie indicate in polizza che prevedono il pagamento di un premio.
Periodo di assicurazione:	nel caso in cui l'assicurazione preveda una durata annuale o pluriennale, questo s'intende stabilito come il periodo compreso tra la prima data di decorrenza dell'assicurazione e la prima scadenza annua e, per gli anni seguenti, come il periodo compreso tra le successive date di decorrenza e le date di scadenza annue di Polizza; nel caso in cui l'assicurazione sia stipulata per una durata inferiore all'anno, detto periodo coincide con quest'ultima durata.
Polizza:	il documento che prova il contratto di assicurazione.
Premio:	il costo della copertura assicurativa dovuto dal contraente a TUA.

Ricovero:	la degenza comportante pernottamento in istituto di cura, documentata da cartella clinica, finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.
Risarcimento:	la somma dovuta da TUA all'assicurato in caso di sinistro per provvedere a tacitare il terzo danneggiato.
Rischio:	la probabilità che si verifichi il sinistro.
Rischio in itinere:	infortunio verificatosi percorrendo il tragitto più agevole, in termini di tempo e spazio, per recarsi dal proprio domicilio, o residenza, al luogo di lavoro e viceversa, nel tempo strettamente necessario per percorrerlo.
Scoperto:	la parte di danno, espressa in misura percentuale, che per ogni sinistro rimane a carico dell'assicurato.
Sforzo:	atto di forza straordinario, per intensità e rapidità nella contrazione muscolare, allo scopo di controbilanciare una potenza o vincere una resistenza.
Sinistro:	il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.
Struttura Organizzativa:	è la struttura di Mapfre Warranty - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI), costituita da medici, tecnici, operatori, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con TUA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza i ricoveri presso gli istituti di cura convenzionati, per le prestazioni della sezione "Tutela della Salute" previste in polizza.
TUA:	l'impresa assicuratrice TUA Assicurazioni S.p.A. - sede legale in Largo Tazio Nuvolari, 1 - 20143 Milano (MI).

Ad integrazione e parziale modifica delle "Definizioni" sopra riportate valide per tutte le sezioni, per la sezione Assistenza alla persona ("Infortuni", "Infortuni con ADI", "Salute", "Salute Plus", "Salute con ADI") sono previste anche le seguenti:

Assicurato:	gli assicurati (persone fisiche il cui interesse è protetto dall'assicurazione) con le prestazioni "Assistenza alla persona" nella forma "Infortuni", "Infortuni con ADI", "Salute", "Salute Plus", "Salute con ADI".
Decorrenza e durata:	dalla data di decorrenza della polizza e per tutta la durata della stessa.
Estensione Territoriale:	l'assicurazione vale per tutto il Mondo.
Prestazioni:	sono le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'assicurato.
Sinistro:	il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità del Servizio e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.
Struttura Organizzativa:	è la struttura di Mapfre Asistencia S.A. - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (BI), costituita da medici, tecnici, operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con TUA provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico di TUA stessa, le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Ad integrazione e parziale modifica delle "Definizioni" sopra riportate valide per tutte le sezioni, per la sezione Tutela Legale sono previste anche le seguenti:

Caso assicurativo:	il sinistro, ovvero il verificarsi del fatto dannoso - cioè la controversia - per il quale è prevista l'assicurazione.
Tutela Legale:	l'assicurazione Tutela Legale, ai sensi del D. L.vo 209/2005, artt. 163/4 - 173/4 e correlati.
Unico caso assicurativo:	il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più assicurati.

TUA ASSICURAZIONI S.P.A. È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA.

Data di aggiornamento: 01/01/2017.

IL RAPPRESENTANTE LEGALE

DOCT. MARCO CARDINALETTI



Premessa

Data di aggiornamento: 01/01/2017

Le seguenti condizioni (facenti parte del fascicolo informativo di cui al modello FASSAL 5 ed. 01/2017) costituiscono parte integrante della polizza sottoscritta dal contraente, identificata dal modello SALUTE 1 ed. 01/2017.

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le partite per le quali è stata indicata la somma assicurata e/o massimali e corrisposto il relativo premio, salvi i limiti di indennizzo o risarcimento, gli scoperti e le franchigie eventualmente previsti sulla polizza stessa o nelle seguenti condizioni.

Rimando al glossario

TUA Assicurazioni s.p.a. ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente ai termini indicati nel Glossario il significato in esso indicato

Norme valide per tutte le sezioni di polizza

<p>Art. 1 Dichiarazioni e comunicazioni del contraente</p>	<p>Le dichiarazioni inesatte o reticenti, dell'assicurato o del contraente, rese al momento della stipulazione del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 cod. civ.</p>
<p>Art. 2 Altre assicurazioni</p>	<p>L'assicurato o il contraente deve comunicare per iscritto a TUA l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo.</p> <p>L'assicurato o il contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza di altre assicurazioni derivanti da rapporti contrattuali con istituti di credito e finanziari (conti correnti, carte di credito, mutui, finanziamenti, ecc.) o da accordi collettivi di lavoro nazionali o aziendali.</p> <p>In caso di sinistro, l'assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.</p>
<p>Art. 3 Aggravamento del rischio</p>	<p><i>L'assicurato o il contraente deve dare immediatamente comunicazione scritta a TUA di qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare l'aggravamento del rischio stesso.</i></p> <p>Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati da TUA possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al pagamento della somma dovuta da TUA in caso di sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 cod. civ.</p>
<p>Art. 4 Diminuzione del rischio</p>	<p>L'assicurato o il contraente è tenuto a comunicare a TUA qualsiasi variazione delle circostanze che hanno determinato la valutazione del rischio e che possano comportare la diminuzione del rischio stesso. In caso di accertata diminuzione del rischio TUA, ai sensi dell'art. 1897 cod. civ., è tenuta a ridurre proporzionalmente il premio o le rate di premio a decorrere dalla prima scadenza successiva alla suddetta comunicazione.</p>
<p>Art. 5 Assicurazione per conto altrui</p>	<p>Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo assicurato, ai sensi dell'art. 1891 cod. civ.</p>
<p>Art. 6 Durata e Periodo di assicurazione</p>	<p>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 stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.</p> <p><i>Nel caso in cui la polizza sia di durata poliennale, le parti avranno comunque facoltà di recedere dal contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale.</i></p>
<p>Art. 7 Pagamento del premio e decorrenza della garanzia</p>	<p>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 effettivo.</p> <p>Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di TUA di esigere il pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 cod. civ.</p> <p>Il premio o la prima rata di premio deve essere pagata alla consegna della polizza; le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze, contro rilascio di quietanze emesse dall'agenzia che devono indicare</p>

la data del pagamento e recare la firma della persona autorizzata a riscuotere il premio.

Il pagamento deve essere eseguito presso l'agenzia cui è assegnato il contratto, la quale è autorizzata a rilasciare la quietanza, secondo le vigenti disposizioni normative.

Il pagamento del premio pattuito può essere eseguito dal contraente con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato o girato a TUA o all'Agente in qualità di agente di TUA. Per assegni bancari e postali di importi pari o superiori a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento) dovranno necessariamente riportare il nome o la ragione sociale del beneficiario e la clausola di non trasferibilità, pena la comunicazione della violazione alle autorità competenti.
- ordine di bonifico, altro mezzo di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano come beneficiario TUA o l'agente in qualità di agente di TUA.
- pagamento in contante per premi annui il cui importo sia pari o inferiore a 750 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento); è vietato il pagamento con denaro contante se il premio annuo è superiore a tale importo.

Avvertenze: è fatto comunque divieto, in presenza di pagamento di uno o più premi riferiti al medesimo o a diversi contratti, il trasferimento di denaro contante o titoli al portatore quando il valore dell'operazione, anche frazionata, è complessivamente pari o superiore a 5.000 euro (o diverso importo previsto dalla normativa vigente al momento del pagamento).

Art. 8 Le comunicazioni tra le parti e le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Comunicazioni e modifiche al contratto

Art. 9 *In mancanza di disdetta mediante comunicazione spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente. Qualora, alla scadenza del contratto TUA intenda apportare variazioni alle condizioni contrattuali, tariffarie o normative, rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al contraente almeno 90 giorni prima della scadenza. Se il contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettare, il contratto si intende risolto alla scadenza.*

Proroga, disdetta e variazione del premio alla scadenza del contratto

In ogni caso il pagamento del nuovo premio e il ritiro della relativa quietanza debbono intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni tariffarie proposte, mentre sarà richiesta la sottoscrizione per accettazione delle variate condizioni normative.

Qualora in polizza sia richiamata la dicitura "tacito rinnovo NO", quanto sopra previsto non opera e l'assicurazione si intende estinta alle ore 24 del giorno di naturale scadenza in essa indicata.

Art. 10 *Alla scadenza di ciascuna annualità, i premi imponibili annuali in corso, per le sole garanzie della sezione "Tutela della salute", sono rideterminati automaticamente in base ai coefficienti di variazione annuale riferiti all'età di ogni assicurato a tale data. Tali coefficienti di variazione sono riportati, per età e per garanzia, nelle tabelle 1 e 2 "Aggiornamento del premio all'età degli assicurati". Sull'importo così ottenuto viene applicata l'indicizzazione prevista dall'articolo seguente ed infine ripartito il premio per l'eventuale frazionamento ed applicate le imposte di legge.*

Aggiornamento annuale del premio all'età degli assicurati - operante solo per la sezione "Tutela della salute"

Tale aggiornamento annuale è effettuato al fine di adeguare il premio all'evolvere del rischio nel tempo.

Art. 11 Qualora indicato in polizza SI nella casella "Indicizzata", le somme assicurate, i massimali, le franchigie, gli altri limiti di garanzia e i premi delle sezioni "Tutela della salute" e "Tutela in caso di infortuni" sono collegati all' "Indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività - Servizi sanitari e spese per la salute" pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, in conformità a quanto segue:

Indicizzazione

- nel corso di ogni anno solare, sarà adottato, come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti, l'indice del mese di gennaio dell'anno precedente;
- *alla scadenza di ogni rata annuale, la somma assicurata, i massimali, le franchigie, gli altri limiti di garanzia, non espressi in percentuale, ed i premi, verranno aumentati o ridotti in proporzione alla variazione dell'indice;*
- l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annuale, dietro rilascio all'assicurato di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Le parti potranno recedere dalla presente clausola mediante lettera raccomandata da inviare almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, sempre che le somme assicurate ed i massimali alla stipulazione della polizza siano aumentati almeno del 50% a seguito dell'applicazione della presente clausola.

In tal caso la clausola cessa di avere vigore, restando somme assicurate, massimali e premio quelli dell'ultimo adeguamento effettuato.

In caso di eventuale ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, TUA proporrà l'adeguamento tenendo conto delle variazioni notoriamente avvenute nei prezzi correnti rispetto all'ultimo adeguamento; qualora il contraente non accetti l'adeguamento, TUA ha facoltà di mantenere in vigore il contratto in base all'ultimo adeguamento effettuato oppure di recedere dallo stesso con preavviso di 60 giorni mediante lettera raccomandata.



Art. 12 Recesso in caso di sinistro	<p><i>Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno successivo al pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente, qualora rivesta la qualifica di "consumatore" ai sensi dell'art. 1469 bis cod. civ., o TUA hanno la facoltà di recedere dal contratto comunicando tale intenzione all'altra parte a mezzo lettera raccomandata A.R.. In tal caso il recesso ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. In tal caso TUA rimborsa al contraente, entro 30 giorni dalla data del recesso, la parte di premio versata, al netto dell'imposta, relativa al periodo di garanzia non goduto.</i></p> <p><i>Relativamente alla sezione "Tutela della salute", a norma del Codice delle Assicurazioni, tale facoltà di recesso è operante nei primi due anni di effetto della polizza; a decorrere dal terzo anno le parti rinunciano alla facoltà prevista dal primo comma. Per le sezioni "Assistenza alla persona" e "Tutela Legale" il recesso è previsto esclusivamente nel caso in cui, a seguito di recesso dalle restanti sezioni, queste siano le sole sezioni di polizza a rimanere operanti.</i></p> <p>L'eventuale incasso dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia alla facoltà di recesso.</p>
Art. 13 Persone non assicurabili	<p><i>Non sono assicurabili, le persone affette da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope, ad eccezione dei farmaci psicotropi assunti a scopo terapeutico), sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., da Parkinson, da Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.</i></p> <p><i>L'insorgenza di tali affezioni costituisce causa di risoluzione del contratto. In questo caso TUA restituisce al contraente la parte di premio versata, relativa al periodo di premio di garanzia non goduto.</i></p> <p><i>È fatto salvo quanto previsto dagli Artt. A.21 e B.7 qualora sottoscritte le relative partite.</i></p> <p><i>Non sono inoltre assicurabili soggetti che abbiano compiuto i 75 anni d'età a scadenza di polizza, salvo che per la garanzia Invalidità permanente da Malattia per la quale tale limite è ridotto a 65 anni.</i></p>
Art. 14 Foro Competente	Foro competente è quello di residenza o di domicilio elettivo dell'assicurato o del contraente.
Art. 15 Oneri fiscali	Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del contraente.
Art. 16 Rinvio alle norme	Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme legislative e regolamentari.
Art. 17 Mediazione per la conciliazione delle controversie	Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari 1, 20143, Milano (MI), fax n. 022773355.
Art. 18 Diritto di recesso contratti a distanza	<p>Il contraente, a norma dell'articolo 67 duodecies del Decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 (e successive modifiche ed integrazioni), qualora il contratto di assicurazione sia stato collocato a distanza, ha diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto, senza dover indicare il motivo.</p> <p>Per esercitare tale diritto, il contraente deve essere inquadrabile come "consumatore" (secondo la definizione di cui all'articolo 67 ter ed articolo 3 comma 1 lettera a) del Decreto legislativo n. 206 del 6 settembre 2005 e successive modifiche ed integrazioni) e deve inviare, prima dello scadere di detto termine di 14 giorni, una dichiarazione esplicita a mezzo lettera raccomandata A.R. a TUA Assicurazioni S.p.A., Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, con la quale richiede l'esercizio di tale diritto di recesso e conferma l'assenza di sinistri.</p> <p>A seguito del recesso il contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico. Pertanto resta dovuto a TUA la frazione di premio relativa al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.</p> <p>Il diritto di recesso non si applica:</p> <ul style="list-style-type: none">- alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;- ai contratti interamente eseguiti da entrambe le parti su esplicita richiesta scritta del consumatore prima che quest'ultimo eserciti il suo diritto di recesso;- qualora sia avvenuto un sinistro, prima o al momento della ricezione da parte di TUA della richiesta di recesso del contraente. <p>Nel caso in cui il diritto di recesso venga esercitato nei casi di cui al comma precedente (o negli altri casi esclusi da tale diritto dal Codice del Consumo), TUA avrà diritto di opporsi e di rivalersi nei confronti del Contraente.</p>

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tutela in caso di infortuni

Morte

Art. A.1
Morte per infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza la morte dell'assicurato, TUA corrisponde **la somma assicurata indicata in polizza** ai beneficiari o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza del medesimo infortunio, l'assicurato muore entro due anni dall'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Se la salma dell'assicurato non viene ritrovata, TUA liquida il capitale garantito dopo 6 mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli artt. 60 e 62 cod. civ. **Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, TUA ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.** A restituzione avvenuta, l'assicurato avrà così diritto all'indennizzo, spettante ai sensi di polizza, per altri casi eventualmente assicurati.

Art. A.2
Grave lutto

Commorienza dei genitori - Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'assicurato e quello del coniuge non legalmente separato, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100%, **a condizione che risultino fiscalmente a carico dell'assicurato e/o del coniuge deceduti uno o più figli minori o con handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con invalidità non inferiore al 66%).**

Atti dolosi alla persona o al patrimonio - A seguito di morte causata da rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 25%.

Il massimo esborso a carico di TUA, per gli indennizzi supplementari previsti dal presente articolo, non potrà superare, anche in caso di più polizze infortuni stipulate con TUA, l'importo per evento e, complessivamente per la presente partita per ogni assicurato, indicati quale limite di indennizzo all'Art. A.38.

Le prestazioni previste dal presente articolo non sono cumulabili.

Invalidità permanente

Art. A.3
Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente dell'assicurato totale o parziale, entro due anni dal giorno dell'infortunio (anche se nel frattempo la polizza è scaduta), TUA corrisponde l'indennizzo, **sulla base della somma assicurata indicata in polizza**, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, TUA corrisponde la somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertato facendo riferimento ai valori, da intendersi quali massimi, delle seguenti menomazioni:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
anchilosi della scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
paralisi completa del nervo radiale	35%
paralisi completa del nervo ulnare	20%
amputazione di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
amputazione di:	
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- una falange dell'alluce	2,5%
ernia addominale da sforzo ed ernie traumatiche solo nel caso in cui non siano operabili	max 10%
anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
anchilosi del ginocchio in estensione	25%
anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sottoastraglica	15%
paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%
un occhio	25%
ambedue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- dodicesima dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base dei valori previsti alla lettera b), si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

b1) nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo e nel caso di menomazioni diverse da quelle elencate alla lettera b), le percentuali sono calcolate entro il limite di quelle sopra indicate ed

in proporzione alla funzionalità perduta;

- b2) nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- b3) nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati alla lettera b) e ai criteri sopra riportati, la stessa viene comunque determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti, comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei valori indicati nella tabella di cui sopra o alla lettera b) e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore totale del 100%.

Art. A.4
Franchigia base

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- 1) *sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 3% sul grado di invalidità permanente accertato;*
- 2) *sulla parte eccedente 200.000 euro e fino a 500.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 5% sul grado di invalidità permanente accertato;*
- 3) *sulla parte eccedente 500.000 euro di somma assicurata l'indennizzo è dovuto con applicazione di una franchigia del 10% sul grado di invalidità permanente accertato.*

Art. A.5
Invalidità permanenti gravi

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30% della totale, non si applicano le franchigie dell'articolo che precede, mentre in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.

Art. A.6
Tabella INAIL

Qualora indicato in polizza SI nella casella "INAIL", si conviene che a deroga della tabella prevista dall'Art. A.3 lettera b), l'invalidità permanente viene stabilita in base alle percentuali di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, con esclusione delle modifiche intervenute successivamente all'approvazione della stessa ed in particolare deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. 23 febbraio 2000 n. 38, che abbiano sostituito detta tabella. TUA rinuncia all'applicazione della franchigia prevista dalla legge medesima, ma con applicazione, per la determinazione dell'indennizzo, dei criteri di liquidazione e della franchigia previsti nelle presenti condizioni generali di assicurazione.

Art. A.7
Invalidità permanente maggiorata

A deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "maggiorata" nella casella "forma indennizzo", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella corrispondente tabella in relazione alla franchigia riportata in polizza:

Tabella A - Invalidità permanente da infortunio maggiorata - franchigia 3%;
Tabella B - Invalidità permanente da infortunio maggiorata - franchigia 5%;
Tabella C - Invalidità permanente da infortunio maggiorata - franchigia 10%.

Art. A.8
Invalidità permanente con franchigia assorbibile

A deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "assorbibile" nella casella "Franchigia", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella corrispondente tabella in relazione alla percentuale di franchigia riportata in polizza:

Tabella D - Invalidità permanente da infortunio - franchigia 3% assorbibile;
Tabella E - Invalidità permanente da infortunio - franchigia 5% assorbibile;
Tabella F - Invalidità permanente da infortunio - franchigia 10% assorbibile.

Art. A.9
Invalidità permanente liquidata con tabella IPM

A deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "tabella IPM" nella casella "forma indennizzo", si conviene che l'indennizzo è calcolato applicando all'invalidità permanente accertata le percentuali corrispondenti riportate nella tabella G - Invalidità permanente da malattia.

Art. A.10
Invalidità permanente sopravvalutata

Fermo quanto disposto dall'Art. A.4, qualora indicato in polizza "sopravvalutata" nella casella "forma indennizzo", si conviene che alcune percentuali di invalidità permanente tra quelle indicate nella tabella prevista dall'Art. A.3 lettera b) vengono modificate come indicato nella tabella H - Invalidità permanente da infortunio sopravvalutata.

L'applicazione di tale tabella comporta l'abrogazione di quanto disposto dall'Art. A.5 - Invalidità permanenti gravi.

Art. A.11
Invalidità permanente con franchigia assoluta

A parziale deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "assoluta" nella casella "Franchigia", si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore a quella indicata in polizza. Se l'invalidità permanente supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente, salvo maggiore franchigia comunque prevista dal citato Art. A.4.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.

Art. A.12 Invalidità permanente con franchigia relativa	<p><i>A parziale deroga dell'Art. A.4 e A.5, qualora indicato in polizza "relativa" nella casella "Franchigia", si conviene che non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa sia di grado non superiore a quella indicata in polizza. Se l'invalidità permanente supera tale percentuale, viene corrisposto l'indennizzo senza applicazione di alcuna franchigia.</i></p> <p><i>In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore a 60% della totale, TUA riconoscerà l'intera somma assicurata.</i></p>
Art. A.13 Decesso anteriore all'indennizzo	<p><i>Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.</i></p> <p>Tuttavia, <i>fermo quanto previsto dall'Art. A.33</i>, se l'assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato o determinabile sulla base delle risultanze mediche, sia stato pagato, TUA corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'assicurato.</p>

Inabilità temporanea

Art. A.14 Oggetto dell'assicurazione	<p>Se l'infortunio, indennizzabile a termini di polizza, ha per conseguenza un'inabilità temporanea, TUA liquida l'indennità convenuta indicata in polizza:</p> <ol style="list-style-type: none"> al 100% per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere all'attività professionale dichiarata in polizza; al 50% per ogni giorno in cui l'assicurato ha in parte potuto attendere alle attività dichiarate in polizza. <p>In ogni caso a decorrere dal 50° giorno successivo a quello in cui inizia l'erogazione della prestazione, l'indennità per inabilità totale e parziale è aumentata del 50%, con il massimo di 150 euro al giorno.</p> <p>L'indennità per inabilità temporanea viene corrisposta per ogni sinistro e per anno assicurativo per il periodo massimo di giorni indicato in polizza nella casella "giorni" e fino ad avvenuta guarigione. In caso di ernie addominali da sforzo operabili l'indennizzo viene corrisposto per un periodo massimo di 15 giorni.</p> <p>Il conteggio dei giorni, anche ai fini della franchigia di cui all'Art. A.15, decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato a termini di polizza ovvero, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia.</p>
Art. A.15 Franchigia base	<p>L'indennizzo per il caso di inabilità temporanea è corrisposto:</p> <ol style="list-style-type: none"> <i>se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi: non viene applicata alcuna franchigia, pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;</i> <i>se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 5 giorni: a partire dal 6° giorno di inabilità (franchigia assoluta 5 giorni);</i> <i>in tutti gli altri casi: a partire dall'11° giorno di inabilità (franchigia assoluta 10 giorni).</i>
Art. A.16 Inabilità temporanea con franchigia assoluta	<p>In deroga dell'articolo che precede, si conviene che l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea è corrisposto:</p> <ol style="list-style-type: none"> qualora in polizza sia indicato "venti" nella casella "franchigia": <ul style="list-style-type: none"> <i>se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi: non viene applicata alcuna franchigia, pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;</i> <i>se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 10 giorni: a partire dall'11° giorno di inabilità (franchigia assoluta 10 giorni);</i> <i>in tutti gli altri casi: a partire dal 21° giorno di inabilità (franchigia assoluta 20 giorni);</i> qualora in polizza sia indicato "trenta" nella casella "franchigia": <ul style="list-style-type: none"> <i>se l'assicurato viene ricoverato in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi: non viene applicata alcuna franchigia, pertanto l'indennizzo è corrisposto per l'intero periodo di inabilità (anche se i pernottamenti non dovessero superare i giorni di eventuale franchigia indicati in polizza). Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni;</i> <i>se l'assicurato ha fatto ricorso al pronto soccorso con prognosi, rilasciata dall'ente ospedaliero, di almeno 15 giorni: a partire dal 16° giorno di inabilità (franchigia assoluta 15 giorni);</i> <i>in tutti gli altri casi: a partire dal 31° giorno di inabilità (franchigia assoluta 30 giorni).</i>

Indennità per ricovero

Art. A.17

Oggetto della garanzia

TUA, in caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato per infortunio, corrisponde allo stesso *l'indennità giornaliera prevista in polizza per ciascun giorno di degenza, per un massimo dei giorni indicati in polizza, per sinistro e per anno assicurativo. Il giorno di dimissione dall'istituto di cura non viene considerato nel conteggio dei giorni.* In caso di infortunio che determini intervento per asportazione di organi, trapianto, arthro-protesi delle grandi articolazioni, l'indennità giornaliera viene raddoppiata.

Tali indennità, nel caso in cui in polizza sia indicata una franchigia in giorni, vengono corrisposte dal giorno successivo a quello della franchigia stessa.

In caso di day hospital, purché per un periodo continuativo non inferiore a 3 giorni, salvo giorni festivi, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% dell'indennità giornaliera prevista in polizza per il caso di ricovero.

Art. A.18

Indennità per convalescenza post-ricovero

Qualora indicato SI nella casella "convalescenza" sulla scheda di polizza, in caso di convalescenza domiciliare, successiva ad un ricovero indennizzabile a termini dell'Art. A.17 e prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'assicurato e corredata da certificato medico, *TUA corrisponde un'indennità supplementare pari al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.* La garanzia non opera per ricoveri che abbiano previsto solo un pernottamento e per il caso di day hospital.

Indennità per immobilizzazione

Art. A.19

Oggetto della garanzia

Se l'infortunio comporta immobilizzazione applicata a titolo curativo per lesioni traumatiche, TUA corrisponde all'assicurato l'indennità (per ciascun giorno) indicata in polizza dal giorno dell'applicazione dell'immobilizzazione fino al giorno della rimozione della stessa – *purché effettuata da personale medico* - e comunque con il massimo di 60 giorni per infortunio.

Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali. Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfetaria di 20 giorni.

Qualora operante la garanzia *"Indennità per ricovero"* dell'Art. A.17, se l'infortunio comporta sia il ricovero in istituto di cura che l'immobilizzazione, ai fini dell'operatività della presente garanzia i giorni verranno conteggiati da quello della dimissione.

Rimborso spese di cura

Art. A.20

Oggetto della garanzia

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza TUA assicura *fino alla concorrenza della somma assicurata indicata in polizza e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale* il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute, *nei 200 giorni successivi all'infortunio:*

a) **Se c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:**

- a1) accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici);
- a2) onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento ivi compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- a3) rette di degenza;
- a4) assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici rieducativi, medicinali ed esami forniti dall'istituto di cura durante il periodo di ricovero;
- a5) esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (*escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera*);
- a6) per il trasporto dell'assicurato con mezzo sanitariamente attrezzato:
 - per il tragitto fino al pronto soccorso o all'istituto di cura;
 - per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro;
 - per il rientro al domicilio al momento della dimissione.

Il rimborso viene riconosciuto fino al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38;

- a7) tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

b) **Se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico ambulatoriale:**

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (*escluse le spese di natura alberghiera*). *Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto indicato all'Art. A.38*

c) Cure e protesi dentarie da infortunio:

- c1) cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche;
- c2) protesi dentarie con esclusione delle fratture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.

Nel caso in cui l'assicurato si avvalga del "Servizio Sanitario Nazionale", TUA rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio, compresi eventuali ticket, sostenute dall'assicurato per le prestazioni sopra descritte.

I rimborsi vengono effettuati a cura ultimata e dopo presentazione dei documenti giustificativi in originale.

Qualora l'assicurato fruisca di altre analoghe assicurazioni private o sociali, la garanzia vale per l'eventuale eccedenza di spese da queste non rimborsate.

Qualora l'assicurato abbia stipulato con TUA nel medesimo contratto o in altro, copertura anche per la garanzia "Cure mediche" o "Grandi Cure" della sezione Tutela della Salute, dette ultime garanzie non potranno cumularsi con la presente garanzia o con le garanzie speciali di cui al successivo Art. A.21.

Art. A.21

Garanzie speciali

Qualora prevista in polizza la garanzia "Rimborso spese di cura", indipendentemente dalla somma assicurata con la stessa, sono rese operanti le seguenti "Garanzie speciali":

Contagio da H.I.V

A parziale deroga dell'Art. 13, in caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue, o di emoderivati, ***resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, TUA corrisponde un indennizzo pari al limite indicato all'Art. A.38.***

Perdita anno scolastico

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza che comporti l'impossibilità alla frequenza delle lezioni (di scuola di istruzione primaria o secondaria in Italia o Repubblica di San Marino o Città del Vaticano) per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico, TUA corrisponde una indennità pari ***al limite indicato all'Art. A.38, su presentazione della certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica o dal Provveditorato agli Studi dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta ad assenza dalle lezioni e della certificazione medica che attesti che tali assenze sono conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza.***

Sostegno alle vittime di violenze fisiche

Se a seguito di violenza fisica perpetrata da parte di terzi sull'assicurata/o, quest'ultima/o dovesse subire un infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguente ricorso a cure psicoterapiche, TUA assicura il rimborso di tali spese effettivamente sostenute, ***nei 200 giorni successivi all'infortunio e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale, fino al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38 in aggiunta alla somma assicurata*** indicata in polizza per la garanzia "Rimborso spese di cura", senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto, ***purchè:***

- ***la violenza abbia comportato un ricovero con o senza intervento chirurgico, anche ambulatoriale. In caso di violenza sessuale è sufficiente il day hospital o il referto medico del pronto soccorso;***
- ***sia stata fatta la denuncia alle autorità competenti.***

Danno estetico da infortunio per violenza fisica

Ai fini della garanzia di cui al precedente Art. A.20, in caso di danno estetico a seguito di infortunio indennizzabile determinato da violenza fisica perpetrata da terzi, i limiti di indennizzo e la somma assicurata indicata in polizza si intendono raddoppiati.

Responsabilità civile contraente

Art. A.22

Oggetto dell'assicurazione

Qualora l'assicurato, ovvero in caso di morte i suoi beneficiari o qualcuno di essi, non accettino, a completa tacitazione per infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente assicurazione ed avanzino nei confronti del contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, ***TUA risponde della maggiore somma che il contraente fosse eventualmente tenuto a pagare con il limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.***

In tal caso, l'indennizzo liquidato viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione. Qualora l'infortunato od i suoi beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo accantonato viene pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno. ***Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati il maggior esborso a carico di TUA non potrà essere superiore al limite di indennizzo indicato all'Art. A.38.***

La presente garanzia non è operante quando:

- 1) *l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della presente polizza;*
- 2) *l'infortunio è subito in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari;*
- 3) *l'infortunio colpisce il coniuge, i genitori, i figli del contraente, nonché qualsiasi altro parente o affine con lui convivente;*
- 4) *il contraente non sia una persona fisica e l'infortunio colpisce il legale rappresentante, il socio a responsabilità illimitata, l'amministratore e le persone che si trovino con loro nei rapporti di cui al precedente punto 3);*
- 5) *il responsabile dell'infortunio sia tenuto a pagare a titolo sanzionatorio (multe, ammende, penali) e a titolo non risarcitorio, nonché per i danni che comportano perdite pecuniarie ovvero non comportanti danni corporali e/o materiali;*

nonché per gli infortuni derivanti da:

- 6) *produzione, detenzione o impiego di sostanze radioattive;*
- 7) *presenza, detenzione o impiego di amianto o prodotti dallo stesso derivati e/o contenenti; nonché quelli da qualunque natura e comunque occasionati, direttamente o indirettamente derivante dall'asbesto o da qualsiasi altra sostanza contenente in qualunque forma o misura l'asbesto;*
- 8) *campi magnetici, elettrici o elettromagnetici o radianti;*
- 9) *inquinamento e contaminazione in genere anche chimica, radioattiva e batteriologica.*

Se le persone assicurate sono soggette all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, la presente garanzia vale esclusivamente a titolo di risarcimento di danni non rientranti nella disciplina del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 e del D. Lgs. n. 38/2000.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o civile, il contraente dovrà darne comunicazione scritta all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o a TUA, entro tre giorni da quando ne abbia avuto conoscenza e possibilità; parimenti, dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro beneficiari od aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso i documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 cod. civ.

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

Clausole particolari

Art. A.23

Clausola dirigenti

Qualora indicato SI nella casella "Clausola dirigenti" sulla polizza, è reso operante quanto segue:

1) Malattie professionali (solo per i dirigenti di aziende industriali)

L'assicurazione copre per i casi di morte e di invalidità permanente, se previsti, anche se cagionati da malattie professionali che siano insorte nel periodo di operatività della presente garanzia, intendendosi come tali quelle indicate nell'allegato n. 4 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e con applicazione della franchigia relativa ivi prevista; **sono escluse dalla garanzia la silicosi, l'asbestosi e le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche;**

2) Invalidità permanente da infortunio (operante se presente la garanzia Invalidità permanente di cui alla presente sezione)

Per la garanzia "Invalidità permanente da infortunio" viene resa operativa la Tabella INAIL di cui all'Art. A.6, qualora indicato in polizza SI nella casella "INAIL"

3) Invalidità grave

Qualora l'invalidità riduca a meno del 50% la capacità lavorativa del dirigente e renda impossibile la prosecuzione del rapporto di impiego o la costituzione di un altro rapporto con altre aziende, la somma assicurata viene corrisposta nella misura del 100%.

Art. A.24

Garanzia Key-Man

Qualora indicato SI nella casella "Garanzia Key-man" sulla polizza, è reso operante quanto segue:

Fermo l'indennizzo liquidabile all'assicurato a termini di polizza, si conviene che al contraente sarà corrisposto un indennizzo, distinto da quello liquidabile all'assicurato, in caso di infortunio che comporti:

- la morte dell'assicurato, ai sensi dell'Art. A.1, o
- una invalidità permanente non inferiore al 60%, ai sensi dell'Art. A.3.

L'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione alla percentuale indicata in polizza.

Essendo la presente garanzia stipulata dal contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a esso possa derivare da infortuni subiti dall'assicurato, si conviene che, relativamente a questa specifica garanzia:

- i rapporti fra TUA e gli assicurati si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'infortunio,

mentre **la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del contraente;**

- l'indennità liquidata sarà versata unicamente al contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per TUA. **Il contraente si impegna a sollevare TUA, in quanto solvente, da ogni eventuale pretesa che da chiunque e a qualsiasi titolo dovesse essere avanzata in relazione a questa specifica garanzia;**
- **l'assicurato, con la firma della scheda di polizza che riporta i suoi dati e quelli relativi alle garanzie, manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra convenuto.**

Art. A.25

Franchigia Scalare
per Invalidità
permanente

Nel caso in cui sia resa operante la garanzia "**Invalidità permanente**", di cui all'Art. A.3 e seguenti, **e non sia stata acquistata dall'assicurato, né con la presente polizza né con altra polizza stipulata con TUA, la garanzia "Inabilità Temporanea"**, di cui all'Art. A.14 e seguenti, **a parziale deroga dell'Art. A.4 punto 1), qualora indicato in polizza "scalare" nella casella "Franchigia"**, si conviene che sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata l'indennizzo viene erogato anche per le seguenti percentuali di invalidità permanente accertata come di seguito:

Grado % di IP accertato	% da liquidare sulla somma assicurata
1	0,3
2	0,6
3	0,9

Salvo che sia indicato in polizza nella casella "Validità della garanzia" la forma "CONDUCENTE", qualora, l'assicurato abbia stipulato con TUA nel medesimo contratto o in altro, copertura anche per "Inabilità Temporanea", quanto al presente articolo non sarà operativo, e varrà integralmente quanto previsto dalla Franchigia Base (compreso il punto 1 dell'Art. A.4).

Norme comuni alla sezione

Art. A.26

Ambito di validità
della garanzia

In relazione a quanto riportato in polizza nella casella "Validità della garanzia", l'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisca:

24 ORE

sia nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza che nel tempo libero, come meglio definito di seguito.

PROFESSIONALE

nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza, compreso il rischio in itinere.

TEMPO LIBERO

nell'esercizio di ogni attività che non abbia carattere professionale, occorsi in conseguenza:

- dei comuni avvenimenti della vita privata o sociale;
- di attività hobbistiche, sportive, domestiche o di volontariato;
- di locomozione, uso e guida di mezzi di trasporto, e di rischio in itinere.

CIRCOLAZIONE

durante la circolazione, su area pubblica e privata, in qualità di conducente dei veicoli della classe indicata in polizza secondo la seguente classificazione:

- **Classe 1:** autovetture, autotassametri, autocarri fino 35 q.li, motocarri e ciclomotori trasporto cose;
- **Classe 2:** i veicoli della Classe 1, nonché gli autocarri oltre 35 q.li, autobus, macchine agricole;
- **Classe 3:** i veicoli della Classe 2, nonché i motocicli oltre 150cc;
- **Classe 4:** i veicoli della Classe 3, nonché i motocicli fino 150cc, ciclomotori.

La garanzia è operante da quando l'assicurato ne sale a bordo a quando ne discende, nonché a terra nei pressi del veicolo in caso di incidente, guasto meccanico o avaria.

CONDUCENTE

durante la circolazione, su area pubblica e privata, in qualità di conducente del veicolo (la cui targa è riportata in polizza nella casella "Targa Veicolo") della classe indicata in polizza secondo la seguente classificazione:

- **Classe A:** autovetture, autocarri fino 35 q.li;
- **Classe B:** i veicoli della Classe A, nonché i motocarri;
- **Classe C:** i veicoli della Classe B, nonché autocarri oltre 35 q.li, autobus, macchine agricole;
- **Classe D:** i veicoli della Classe C, nonché motocicli, ciclomotori.

La targa del veicolo (e la relativa immatricolazione) deve essere esclusivamente dei seguenti Stati: Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

La garanzia è operante da quando l'assicurato ne sale a bordo a quando ne discende, nonché a terra nei pressi del veicolo in caso di incidente, guasto meccanico o avaria.

Art. A.27

Le estensioni

La garanzia opera per infortuni subiti in occasione degli eventi assicurati anche se derivanti da:

- a) colpa grave dello stesso;
- b) aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari, a condizione che non vi abbia preso parte attiva;
- c) atti di temerarietà, esclusivamente se compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- d) stato di guerra, dichiarata e non, **per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità**, se ed in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero in uno Stato sino ad allora in pace;
- e) inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, sempre che l'assicurato sia rimasto vittima degli eventi all'estero. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente" qualora sottoscritte, **con limite di indennizzo indicato all'Art. A.38. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'Art. A.38.**

Inoltre l'assicurazione comprende:

- f) l'asfissia non dipendente da malattia;
- g) l'avvelenamento acuto o le lesioni da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- h) l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, i colpi di sole o di calore, la folgorazione;
- i) gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- j) le affezioni, obiettivamente accertabili, conseguenti a morsi o punture di animali, con esclusione della malaria;
- k) le lesioni determinate da sforzi, con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo le ernie addominali da sforzo, limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea, se prevista in polizza. **La garanzia relativamente alle ernie addominali da sforzo opera con una carenza di 180 giorni dalla data di effetto.** Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, allora, per le sole somme e le sole prestazioni risultanti sia nella polizza sostituita che nella presente, per data di effetto si intende il giorno di effetto della garanzia di cui alla polizza sostituita;
- l) le ernie traumatiche non operabili (in ogni caso comunque escluse quelle discali), limitatamente al solo caso di invalidità permanente;
- m) le infezioni, ad esclusione del virus H.I.V., purché il germe infettivo si sia introdotto attraverso una lesione da infortunio, contemporaneamente al prodursi della stessa. La presente estensione è prestata esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente" qualora sottoscritte, **con limite di indennizzo indicato all'Art. A.38. Per la sola invalidità permanente la garanzia opera previa applicazione della franchigia indicata all'Art. A.38.**

Art. A.28

Le esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- 1) **gli infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;**
- 2) **gli infortuni conseguenti a reati o ad azioni dolose compiute o tentate dall'assicurato. Sono compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'assicurato stesso;**
- 3) **gli infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;**
- 4) **gli infortuni subiti in volo su mezzi di locomozione aerei, salvo quelli subiti in qualità di passeggero durante viaggi aerei su regolari voli di linea;**
- 5) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti causati da crisi epilettiche dell'assicurato;**
- 6) **gli infortuni occorsi alla guida di veicoli o natanti se l'assicurato non è abilitato alla guida a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è comunque compreso l'infortunio:**
 - **occorso all'estero in assenza di abilitazione locale alla guida, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore in Italia;**
 - **subito dall'assicurato che guidi con patente scaduta e non ancora rinnovata, purché in possesso, al momento del sinistro, dei requisiti per il rinnovo;**
- 7) **gli infortuni accaduti durante lo svolgimento di servizi resi in corpi militari, salvo che per coloro che svolgono esclusivamente compiti amministrativi e d'ufficio in Italia;**
- 8) **gli infortuni subiti sul lavoro: in cave (anche a cielo aperto), miniere o in lavori subacquei o in mare aperto;**
- 9) **gli infortuni durante la guida o l'uso (salvo che in qualità di passeggero) di aerei e di mezzi subacquei;**
- 10) **gli infortuni subiti per le professioni circensi, acrobata, stunt-man, astronauta o che prevedano l'uso di materiali pirici, pirotecnici o esplodenti;**
- 11) **gli infortuni causati da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza;**
- 12) **le conseguenze dirette od indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi,**

macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), nonché da campi elettromagnetici;

- 13) *le conseguenze di guerre dichiarate e non, insurrezioni, occupazione militare, invasione, salvo quanto previsto dall'Art. A.27 lettera d);*
- 14) *le conseguenze di contaminazioni nucleari, biologiche e/o chimiche a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere. Per atti di terrorismo si intende l'uso di violenza minacciata o applicata per scopi o motivi politici, religiosi, ideologici o etnici da una persona o un gruppo di persone che agisce per conto proprio, su incarico o d'intesa con un'organizzazione/i, un governo/i con l'intenzione di esercitare influenza su un governo e/o intimorire l'opinione pubblica o parte di essa. Per contaminazione si intende l'inquinamento, avvelenamento o l'uso mancato o limitato di beni a causa dell'impiego di sostanze nucleari, chimiche e/o biologiche.*
- 15) *gli infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla, salvo quanto previsto dall'Art. A.21.*

Art. A.29

Pratica di sport

La garanzia opera per infortuni, subiti in occasione degli eventi assicurati, durante la pratica di:

- a) alpinismo fino al 3° grado della scala di Monaco (**non in solitaria**), hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano immersioni subacquee con autorespiratore (*purché l'assicurato sia in possesso di idoneo brevetto di attività subacquea o sotto la guida dell'istruttore subacqueo per l'ottenimento del brevetto*), speleologia (*purché effettuata in gruppo e con idonea attrezzatura*), **esclusivamente per le garanzie "Morte" e "Invalidità permanente"**, se previste. **Le altre garanzie di polizza non sono rese operative per tali sport**
- b) baseball, basket, calcio, volley, pallamano, sport equestri, canoa e kayak, ciclismo e mountain bike (fatto salvo l'uso di tali mezzi come mezzo di trasporto), sci da discesa e snowboard, per la garanzia **"Indennità da ricovero"**, se prevista, opera per ricoveri che abbiano comportato almeno due pernottamenti. Per le altre garanzie di polizza, opera secondo quanto indicato da ciascuna.

Sono comunque esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di:

- 1) *sport a livello professionale (gare, prove e allenamenti) o comunque remunerato in modo diretto o indiretto;*
- 2) *sport aerei in genere (compreso il volo da diporto o sportivo - deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio);*
- 3) *sport che prevedano l'uso di veicoli o natanti a motore e che non siano di regolarità pura;*
- 4) *alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco o effettuato in solitaria, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, guidoslitta, bungee jumping, slittino, bob, skeleton, discesa nei tratti montani di fiumi e torrenti (torrentismo, hydrospeed, rafting, canyoning), motonautica, navigazione in mare in solitaria, kite-surfing, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci d'alpinismo, sci estremo e/o fuoripista.*

Art. A.30

Estensione territoriale

L'assicurazione opera per il mondo intero ed **esclusivamente per assicurati che abbiano il proprio domicilio o la propria residenza in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.**

Art. A.31

Rinuncia all'azione di surroga

Limitatamente alle prestazioni conseguenti ad infortunio, si conviene che, nel caso l'evento sia imputabile a responsabilità di terzi, TUA rinuncia al diritto di surroga derivante dall'art. 1916 cod. civ.

Denuncia e gestione del sinistro

Art. A.32

Cosa fare in caso di sinistro

Il contraente o l'assicurato, o se impossibilitato un suo familiare, ovvero in caso di morte il beneficiario, deve dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato ovvero da quello in cui ne abbia avuto conoscenza e possibilità.

Con la denuncia del sinistro, è richiesta l'indicazione del luogo, del giorno, dell'ora e delle cause del sinistro, nonché l'invio del certificato medico. Ai fini della definizione del sinistro, l'assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie ovvero, su richiesta di TUA, a sottoporsi ad eventuali accertamenti e controlli medici ovvero a fornire ogni altra informazione o documentazione sanitaria, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e/o curato ed acconsentendo al trattamento dei dati personali a norma del D.Lgs. 196/03.

Per la garanzia **"Invalidità permanente"** alla denuncia **deve far seguito la seguente documentazione:**

- *certificati medici con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze dell'infortunio;*
- *certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica dall'infortunio;*
- *copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.*

Per la garanzia **"Inabilità temporanea"**, *i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Nel caso in cui l'assicurato non abbia rinnovato i certificati medici, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando quale data di guarigione quella prognosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato.*

Per la garanzia "Indennità per ricovero" e "Indennità per convalescenza post-ricovero", TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione della seguente documentazione:

- per il ricovero, il documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica;
- per la convalescenza a domicilio, il certificato medico dove risulta la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'assicurato.

Il pagamento avviene a ricovero ultimato o al termine della convalescenza prescritta.

Per la garanzia "Indennità per immobilizzazione" TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione dell'immobilizzazione. In caso di utilizzo di bendaggio elastico quale mezzo di contenzione è necessario presentare le radiografie comprovanti la frattura. Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione dell'immobilizzazione.

Per la garanzia "Rimborso spese di cura", TUA provvede al pagamento di quanto dovuto all'assicurato su presentazione, a cura ultimata, della seguente documentazione:

- intervento chirurgico, alla richiesta di rimborso vanno allegati gli originali delle fatture, notule o ricevute quietanzate e copia conforme della cartella clinica completa;
- accertamenti diagnostici ambulatoriali e altre prestazioni sanitarie, alla richiesta di rimborso vanno allegati il certificato del medico curante che ha prescritto le prestazioni con la relativa diagnosi e gli originali delle notule, fatture o ricevute quietanzate.

Qualora il debito per spese mediche dell'assicurato venga sostenuto in parte da terzi, a titolo definitivo, TUA pagherà la parte del debito che resti effettivamente a carico dell'assicurato, dedotte le franchigie pattuite. TUA effettuerà il pagamento di quanto dovuto ai termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute. TUA si impegna a restituire gli originali delle fatture, notule, ricevute, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'assicurato.

Art. A.33

Criteri di
indennizzabilità

TUA indennizza le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Se, al momento dell'infortunio, l'assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. Non è pertanto indennizzabile il maggior pregiudizio arrecato da invalidità o malattie o minorazioni preesistenti (sia in caso di aggravamento, sia in caso di concorrenza con l'infortunio denunciato). Quindi, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la valutazione sarà diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. A.34

Attività diversa da
quella dichiarata

Fermo quanto disciplinato dagli Artt. 1, 3 e 4, si stabilisce che qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di una attività diversa da quella dichiarata, con copertura rischi 24 ore o professionale, ovvero, limitatamente ai rischi circolazione, alla guida di un veicolo di classe diversa da quella dichiarata:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività, o la diversa classe del veicolo, non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella seguente tabella se la diversa attività o la diversa classe di veicolo aggravano il rischio:

		Attività dichiarata in polizza				
		Classi attività	1	2	3	4
Attività svolta al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%	
	2	70%	100%	100%	100%	
	3	53%	75%	100%	100%	
	4	42%	59%	78%	100%	

Per la forma "CIRCOLAZIONE":

		Classe Veicolo dichiarata in polizza				
		Classi veicolo	1	2	3	4
Classe Veicolo condotta al momento del sinistro	1	100%	100%	100%	100%	
	2	63%	100%	100%	100%	
	3	48%	75%	100%	100%	
	4	43%	68%	88%	100%	

Per la forma "CONDUCENTE":

	Classe Veicolo dichiarata in polizza				
	Classi veicolo	A	B	C	D
Classe Veicolo condotta al momento del sinistro	A	100%	100%	100%	100%
	B	75%	100%	100%	100%
	C	45%	60%	100%	100%
	D	30%	41%	70%	100%

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla Tabella I - "Classificazione delle attività", mentre per la classe del veicolo si farà riferimento alla classificazione prevista dall'Art. A.26.

Art. A.35

Valutazione del danno ed operazioni peritali

Premesso che TUA si riserva di determinare l'efficacia della polizza e l'operatività delle garanzie interessate dal sinistro, si conviene che l'ammontare del danno viene determinato concordemente tra le Parti.

Tuttavia, ciascuna di loro ha la facoltà di richiedere che la determinazione del danno venga demandata ad un collegio di due periti medici, nominati uno per parte con apposito atto unico. I due periti possono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei periti medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato. Ogni parte designa il proprio consulente mentre l'eventuale terzo viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo perito medico, questo deve essere scelto dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'assicurato. Ciascuna parte sostiene le proprie spese e remunera il perito medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze per il terzo.

Il Collegio Medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo della invalidità permanente a un momento successivo da designarsi dal Collegio stesso.

Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal Collegio Medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

Art. A.36

Anticipo degli indennizzi

Qualora, sulla base della documentazione acquisita:

- per la garanzia "**Invalidità permanente**": la percentuale di invalidità permanente da infortunio stimata da TUA sia pari o superiore al 15%;
- per la garanzia "**Inabilità temporanea**": il numero di giorni di inabilità temporanea da infortunio stimata da TUA sia superiore a 180 giorni;

verrà riconosciuto, *su richiesta scritta dell'assicurato*, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo stabilito da TUA.

Tale pagamento non costituisce riconoscimento definitivo del diritto alle indennità previste dalle suddette garanzie.

Qualora a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'Inabilità temporanea accertata in via definitiva, dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "Anticipo degli indennizzi" previsto dal presente articolo, TUA avrà il diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

Art. A.37

Modalità di pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia e la titolarità dell'interesse assicurato, ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, TUA provvede al pagamento dell'indennizzo dovuto entro 30 giorni dal momento in cui viene raggiunto un accordo in merito alla liquidazione dello stesso.

Il pagamento da parte di TUA all'assicurato, o ai suoi eredi in caso di decesso, viene effettuato tramite bonifico bancario in Italia e in valuta corrente. Per le spese sostenute all'estero, il pagamento viene effettuato utilizzando la data di valuta riferita alla data del pagamento.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Limiti di indennizzo, franchigie e scoperti

Art. A.38

Limiti di indennizzo,
franchigie e
scoperti

Di seguito vengono riportati i limiti di indennizzo, scoperti e franchigie per le garanzie sopra descritte, qualora non direttamente riportate sul simple di polizza o nelle condizioni sopra descritte.

Riferimento Articolo	Garanzia	Limite, Franchigia, Scoperto
A.2	Grave lutto	Limite di indennizzo: 200.000 euro per evento, 600.000 euro (400.000 euro se scelta la forma "Conducente") complessivamente per l'intera partita (artt. A.1 e A.2) per ogni assicurato
A.4	Invalità Permanente - Franchigia Base	Franchigia assoluta: 1) sulla parte fino a 200.000 euro di somma assicurata: 3% 2) sulla parte eccedente 200.000 euro e fino a 500.000 euro di somma assicurata: 5% 3) sulla parte eccedente 500.000 euro di somma assicurata: 10%
A.15	Inabilità Temporanea - Franchigia Base	Franchigia assoluta: 0 giorni per il caso di ricovero in istituto di cura per almeno 2 pernottamenti consecutivi Franchigia assoluta: 5 giorni per il caso di rilascio di prognosi di pronto soccorso per almeno 5 giorni Franchigia assoluta: 10 giorni per gli altri casi
A.18	Indennità per convalescenza post-ricovero	Limite di indennizzo: indennità pari al 50% dell'indennità complessivamente dovuta per il caso di ricovero, con il massimo di 2.500 euro
A.20 - lettera a6)	Rimborso spese trasporto sanitario	Limite di indennizzo: 5% della somma assicurata per anno
A.20 - lettera b)	Rimborso spese cura senza ricovero o intervento (accertamenti diagnostici, esami, ecc)	Scoperto: 20% della spesa documentata, con il minimo di 100 euro per sinistro
A.20 - lettera c)	Cure e protesi dentarie	Limite di indennizzo: 30% della somma assicurata
A.21	Contagio da HIV	Limite di indennizzo: 10.000 euro
A.21	Perdita anno scolastico	Limite di indennizzo: 2.500 euro
A.21	Sostegno alle vittime di violenze fisiche	Limite di indennizzo: 3.000 euro (per anno assicurativo) in aggiunta al limite di indennizzo della garanzia "Rimborso spese di cura"
A.22	Responsabilità civile contraente	Limite di indennizzo: entro un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso, con il massimo di 250.000 euro. Nel caso di infortunio che colpisca più assicurati, il maggior esborso non potrà superare detti 250.000 euro.
A.27 - lettera e	Morte ed IP a seguito di inondazioni, alluvioni, eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 15% assoluta per la Invalità Permanente
A.27 - lettera m	Morte ed IP a seguito di infezioni (escluso HIV)	Limite di indennizzo: 75.000 euro e comunque entro la somma assicurata riportata in polizza qualora inferiore Franchigia: 15% assoluta per la Invalità Permanente

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Assistenza alla persona - Salute con ADI

Norme comuni alle prestazioni di assistenza

Art. G.1
Istruzioni per la
richiesta di
assistenza

Dovunque si trovi in Italia ed in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa al numero verde in funzione 24 ore su 24:

800.280.280

oppure al numero: +39.015.255.95.37

preceduto dal prefisso per l'Italia nel caso si trovi all'estero.

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE ASISTENCIA S.A.

Strada Trossi, 66

13871 VERRONE (BI).

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) *il tipo di assistenza di cui necessita;*
- 2) *nome e cognome;*
- 3) *indirizzo del luogo in cui si trova;*
- 4) *il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.*

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso sinistro.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirli integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

Ogni prestazione deve essere preventivamente richiesta alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente e ne dovrà garantire e autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

La Struttura Organizzativa, prima di procedere con l'erogazione delle prestazioni a favore degli assicurati, si accerterà che l'interlocutore sia effettivamente il beneficiario della prestazione.

Le prestazioni della presente sezione operano se sul simplo di polizza è riportato Tipo assistenza: SALUTE - ADI: SI.

Art. G.2
Esclusioni ed effetti
giuridici relativi a
tutte le prestazioni

Ferme restando le esclusioni riportate nelle singole prestazioni, valgono le seguenti condizioni:

- 1) *Tutte le prestazioni non possono essere fornite per ciascun assicurato per più di tre volte per anno di validità della polizza.*
- 2) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'assicurato;*
 - d) *suicidio o tentato suicidio;*
 - e) *infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;*
 - f) *infortuni conseguenti ad assunzione di sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - g) *malattie correlate all'abuso di alcool o al consumo di stupefacenti e sostanze psicoattive (alcool, stupefacenti, allucinogeni, farmaci, sostanze psicotrope), assunte non a scopo terapeutico;*
 - h) *malattie mentali e disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), ivi compresi i comportamenti nevrotici;*
 - i) *infortuni conseguenti a malattie mentali o a disturbi psichici in genere (comprese le sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi), o a comportamenti nevrotici;*
 - l) *sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla;*
 - m) *infortuni conseguenti a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), siero-positività da H.I.V., Parkinson, Alzheimer, Sclerosi Laterale Primaria, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multipla.*

- 3) *Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, TUA non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.*
- 4) *La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, o conseguenti a ogni altra circostanza fortuita e imprevedibile.*
- 5) *Ogni diritto nei confronti di TUA si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione, in conformità con quanto previsto all'art. 2952 cod.civ.*
- 6) *I massimali indicati per ogni prestazione debbono intendersi al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.*
- 7) *Il diritto alle assistenze fornite da TUA decade qualora l'assicurato non abbia preso preventivamente contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro, salvo i casi di forza maggiore, ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Struttura Organizzativa.*
- 8) *L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.*
- 9) *Per tutto quanto non qui espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni di legge.*

Prestazioni "Salute"

<p>Art. G.3 Consulenza medica telefonica</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.</p>
<p>Art. G.4 Informazioni sanitarie</p>	<p><i>(Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)</i></p> <p>Qualora l'assicurato necessiti di informazioni riguardanti il Servizio Sanitario pubblico e/o privato potrà ottenerle telefonando alla Struttura Organizzativa, la quale fornirà informazioni relativamente a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.); - ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura; - strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni; - consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti e uffici competenti; - assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi CE ed extra CE; - cliniche private, ospedali, centri di pronto soccorso; - medici specialisti; - farmaci. <p>Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.</p>
<p>Art. G.5 Ricerca e prenotazione di centri diagnostici e specialistici</p>	<p>Qualora l'assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico o ad accertamenti diagnostici, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, <i>previa approfondita analisi del quadro clinico</i> del paziente e sentito il medico curante, individua e prenota, <i>tenuto conto delle disponibilità esistenti</i>, l'istituto di cura attrezzato od il centro diagnostico ritenuto più idoneo per il caso.</p> <p>Ai sensi del comma 2 lettera b) dell'art. 5 del regolamento ISVAP n. 29 del 16.03.2009, la garanzia di cui al presente articolo si intende prestata in omaggio senza corresponsione di alcun corrispettivo.</p>
<p>Art. G.6 Invio di un medico generico in Italia</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti, in Italia, di un medico <i>dalle ore 20 alle ore 8 o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione,</i> provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati; TUA terrà a proprio carico la relativa spesa.</p> <p><i>In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.</i></p>
<p>Art. G.7 Trasporto in autoambulanza</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa direttamente un'autoambulanza; TUA terrà a proprio carico i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).</p>
<p>Art. G.8 Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato</p>	<p>Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa <i>previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante,</i> la Struttura Organizzativa provvederà:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ad individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'assicurato; b) ad organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - aereo sanitario; - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;

- treno prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso (*la Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo per i trasferimenti verso Paesi Europei*);
- c) ad assistere l'assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico *se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa. Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'assicurato, nonché le terapie riabilitative.*

Art. G.9
Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. G.8 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'assicurato:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso. Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, *se ritenuta necessaria dai medici della stessa.*

Art. G.10
Traduzione della cartella clinica

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti del consulto con uno specialista straniero ovvero del trasferimento in un istituto di cura all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alla traduzione della cartella clinica dell'assicurato e dell'eventuale diagnosi, tenendo TUA a proprio carico il relativo costo. L'assicurato potrà altresì richiedere la traduzione in lingua italiana della cartella clinica rilasciata dall'istituto di cura straniero presso cui l'assicurato stesso abbia avuto la necessità di ricoverarsi in seguito ad infortunio o malattia.

Art. G.11
Seconda Opinione Medica

(La seguente prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal Lunedì al Venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali)

TUA, tramite i medici della Struttura Organizzativa, mette a disposizione dell'assicurato il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA**, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute. L'assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente, potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, *l'assicurato o il medico curante dovranno:*

- *spiegare ai medici della Struttura Organizzativa il caso clinico;*
- *compilare il questionario che sarà appositamente fornito;*
- *mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.*

La Struttura Organizzativa procederà alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvederà all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettuerà la **SECONDA OPINIONE MEDICA** mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'assicurato mediante la rete di strutture convenzionate in Italia e nel mondo.

Il servizio di **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito, documenti che saranno forniti alla Struttura Organizzativa dall'assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per l'erogazione della prestazione.

La risposta in forma scritta, eventualmente in lingua inglese, ma in ogni caso con traduzione in italiano, della **SECONDA OPINIONE MEDICA**, sarà trasmessa dalla Struttura Organizzativa all'assicurato, o al suo medico di fiducia, nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque con un massimo di 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della **SECONDA OPINIONE MEDICA** sarà facoltà dell'assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente della struttura medica di riferimento, mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la Struttura Organizzativa e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla Struttura Organizzativa, alla videoconferenza. TUA terrà a proprio carico le relative spese *sino a un massimo di 500 euro per periodo di copertura assicurativa.*

Nota: le prestazioni di seguito elencate sono operanti quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'assicurato:

Art. G.12
Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea classe economica eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese di TUA, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa. La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il sinistro avvenga in Paesi Europei.**

La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'assicurato a spese di TUA, ha il diritto di richiedere all'assicurato stesso, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione non è altresì operante nel caso in cui l'assicurato o i suoi familiari addivengano a dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari che lo hanno in cura.

Non danno luogo alla prestazione prevista le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali.

Art. G.13
Viaggio di un familiare (not only)

Qualora l'assicurato, trovandosi in viaggio, a seguito di infortunio o malattia improvvisa necessiti di un ricovero in istituto di cura **per un periodo superiore a 10 giorni**, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per consentirgli di raggiungere l'assicurato ricoverato; TUA terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. G.14
Interprete a disposizione all'estero

Qualora, in caso di ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'assicurato trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete; TUA terrà a proprio carico **i costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per sinistro. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa.**

Art. G.15
Consegna esiti al domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'assicurato o al medico da lui indicato. **Restano in ogni caso a carico dell'assicurato i costi degli accertamenti. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. G.16
Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, **come da prescrizione medica scritta**, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. **Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'assicurato. L'assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.**

Art. G.17
Rientro anticipato

Qualora l'assicurato in viaggio debba rientrare alla propria residenza prima della data che aveva programmato, con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa di avvenuto decesso di un familiare in Italia (coniuge, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), **come da data risultante su certificato di morte rilasciato dall'anagrafe**, la Struttura Organizzativa organizzerà il viaggio in treno, prima classe, o in aereo, classe economica, fino al luogo dove è deceduto in Italia il familiare o al luogo ove il familiare deceduto viene inumato. TUA terrà a proprio carico le relative spese.

Art. G.18
Rimpatrio salma

Qualora l'assicurato sia deceduto a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo TUA a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 2.600 euro per sinistro**, ancorché siano coinvolti più assicurati. Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.**

ADI - Assistenza Domiciliare Integrata

Art. G.19
Operatività della garanzia

Le prestazioni della sezione ADI, sono riservate agli assicurati in caso di infortunio o malattia che comporti ricovero in istituto di cura di almeno:

- **8 giorni se con intervento chirurgico;**
- **12 giorni se senza intervento chirurgico.**

Le modalità di accesso ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata verranno definite dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato e/o con il suo medico curante ed a tal fine **la Struttura Organizzativa dovrà essere attivata con almeno 48 ore di anticipo** per poter organizzare il servizio stesso.



Art. G.20 Ospedalizzazione domiciliare	<p>La Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni.</p> <p>Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'iscritto.</p>
Art. G.21 Prestazioni Professionali	<p>Qualora l'assicurato necessiti di assistenza dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali o nei giorni festivi, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.</p>
Art. G.22 Servizi Sanitari	<p>Qualora l'assicurato necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.</p>
Art. G.23 Servizi non Sanitari	<p>Qualora l'assicurato non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.</p>

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco

Tutela Legale

Premessa

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata da TUA affidata a:

ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
con sede in Verona, 37135 Viale del Commercio n° 59.

tel. centralino 045/8290411

fax invio nuove denunce di sinistro 045/8290557

mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@arag.it

fax invio successiva documentazione relativa

alla gestione del sinistro 045/8290449

in seguito denominata ARAG alla quale l'assicurato può rivolgersi direttamente.

L'assicurato può anche usufruire, nell'ambito di tutte le materie previste nella presente polizza, di un **servizio di consulenza telefonica al numero verde 800.508.008** a disposizione in orario di ufficio per ottenere:

- una prima consulenza legale in materia contrattualistica;
- informazioni su leggi, decreti e normative vigenti;
- chiarimenti sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente polizza.

Malpratica e Abusi

Art. 1.1

Oggetto della garanzia

Avvalendosi di ARAG per la gestione dei sinistri, TUA, alle condizioni della presente polizza e **nei limiti del massimale convenuto indicato in polizza**, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale, esclusivamente nell'ambito della vita privata, **in relazione ad esami, visite diagnostiche, ricoveri, cure o prestazioni medico-sanitarie**, per:

- a) richiesta di risarcimento danni di natura contrattuale ed extracontrattuale per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'assicurato in conseguenza di malpractice medica **purchè il valore in lite sia superiore a 500 euro**. La prestazione opera nei casi di azione nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica.

Inoltre, in caso di invalidità permanente superiore al 10% o morte, derivante dalla prestazione medica o sanitaria ricevuta nel periodo di decorrenza di polizza, verranno garantite:

- b) controversie contrattuali **con valore in lite superiore a 1.500 euro** per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'assicurato in conseguenza di malpractice medica. La prestazione opera nei casi di azione nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica e/o paramedica, nonché dei centri di riabilitazione;
- c) controversie in materia previdenziale ed assistenziale relative ad invalidità permanente superiore al 10% o morte, derivante dalla prestazione medica o sanitaria.

Qualora **l'assicurato/o subisca violenza fisica da cui derivi un infortunio o una malattia**, e abbia sporto querela nei confronti dei terzi responsabili per il reato di percosse (art. 581 cod. pen.), lesioni personali (art. 582 cod. pen.) e/o violenza sessuale (art. 609 cod. pen.), la garanzia di Tutela Legale opera anche per:

- d) sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone e/o a cose subiti per fatti illeciti di terzi, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale instaurato a carico del danneggiante.

Infine, la garanzia opera per la **redazione dell'atto di istanza per la dichiarazione di assenza o morte presunta dell'assicurato** (art. 49 e 58 cod. civ.) qualora ne sia prevista la possibilità per legge, **nel limite di 2.000 euro per caso assicurativo e non può essere attivata più volte per la dichiarazione di assenza dello stesso soggetto**. La presente garanzia opera in deroga all'Art. 1.2 punto 3).

Gli oneri di cui sopra sono:

- e) le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo anche quando la vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
- f) le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi del successivo Art. 1.8 comma 4;
- g) le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti, purchè scelti in accordo con ARAG ai sensi del successivo Art. 1.8 comma 5;
- h) le spese processuali nel processo penale (art. 535 cod. proc. pen.);
- i) le spese di giustizia;
- j) il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23 dicembre 1999, n. 488 art. 9 - D.L. 11.03.2002 n° 28), **se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima**.
- k) le indennità a carico dell'assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente di diritto pubblico oppure da un Organismo privato nei limiti di quanto previsto dalla tabella dei compensi prevista per gli organismi di mediazione costituiti da Enti di diritto pubblico. **Tale indennità è oggetto di copertura assicurativa solo per le controversie riguardanti il risarcimento del danno derivante da**

responsabilità medica in relazione all'ambito di operatività della presente polizza;

- l) le spese per la registrazione degli atti giudiziari;
- m) le spese per indagini per la ricerca di prove a difesa;
- n) le spese dell'arbitro sostenute dall'assicurato qualora sia incaricato un arbitro per la decisione di controversie previste dalla polizza;
- o) le spese di domiciliazione necessarie, *esclusa ogni duplicazione di onorari ed i compensi per la trasferta. Qualora tali oneri siano posti a carico della controparte, ARAG ha diritto al rimborso di quanto eventualmente anticipato.*

È garantito l'intervento di **un unico legale per ogni grado di giudizio**, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 1.7 comma 1.

L'assicurato è tenuto a:

- p) *regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo;*
- q) *ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.*

Art. 1.2
Esclusioni

Le garanzie previste dall'Art. 1.1, vengono prestate nell'ambito della vita privata *escluse le spese relative a controversie:*

- 1) *di qualsiasi attività di lavoro autonomo, di impresa, di lavoro dipendente e/o altre tipologie di collaborazione;*
- 2) *in materia fiscale ed amministrativa;*
- 3) *per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive, o conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, salvo quanto previsto dall'Art. 1.1 comma 3 per il caso di vittima di violenza fisica e comma 4 per il caso di dichiarazione di assenza o morte presunta dell'assicurato;*
- 4) *relative a fatti dolosi delle persone assicurate;*

Inoltre, TUA non si assume il pagamento di:

- 5) *multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;*
- 6) *spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali (art. 541 cod. proc. pen.);*
- 7) *spese per controversie con TUA.*

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

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

Norme comuni alla sezione

Art. 1.3
Prestazioni garantite e soggetti assicurati

Le garanzie previste dalla presente sezione, vengono prestate a favore dell'assicurato; tuttavia, la garanzia di cui all'Art. 1.1 comma 4 (redazione istanza dichiarazione assenza o morte presunta) viene prestata a favore dei soggetti che alla data del decesso sono presenti sullo stato di famiglia dell'assicurato.

Art. 1.4
Insorgenza del caso assicurativo

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

- a) *per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali - il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;*
- b) *per l'istanza di dichiarazione di assenza o di morte presunta (prevista dall'Art. 1.1 comma 4) - la data dell'ultima notizia dell'assente ex art. 49 e 58 cod. civ. ;*
- c) *per tutte le restanti ipotesi - il momento in cui l'assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.*

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

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

- d) *durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, nonché per l'istanza di dichiarazione di assenza o di morte presunta (prevista dall'Art. 1.1 comma 4);*
- e) *trascorsi 3 mesi dalla decorrenza della polizza, in tutte le restanti ipotesi.*

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, la carenza di 3 mesi non opera per tutte le prestazioni già previste con la polizza precedente, mentre si intende operante a tutti gli effetti per le nuove prestazioni inserite con il presente contratto. Sarà pertanto onere del contraente o dell'assicurato, in sede di denuncia del sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza della polizza precedente

con TUA avente le suddette caratteristiche.

Salvo quanto indicato al precedente comma, la garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.

Si considerano a tutti gli effetti unico caso assicurativo:

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

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

Art. 1.5
Estensione
territoriale

L'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati nella Repubblica Italiana, nella Città Stato del Vaticano e nella Repubblica di San Marino.

Denuncia e gestione del caso assicurativo

Art. 1.6
Denuncia del caso
assicurativo e
Fornitura dei mezzi
di prova

L'assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve immediatamente denunciare a TUA (rivolgendosi preferibilmente all'agenzia che ha in carico il contratto) o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato o ne abbia avuto conoscenza, fatto salvo il termine di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

L'assicurato deve informare immediatamente TUA o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione.

In mancanza di tali adempimenti, TUA ed ARAG non potranno essere ritenute responsabili di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del caso, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Le garanzie della presente sezione si estendono ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati a TUA o ad ARAG, entro 24 mesi (ex art. 2952 cod. civ.) dalla cessazione del contratto stesso.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione di un'altra, stipulata con TUA, e comunque senza soluzione di continuità, per i medesimi rischi e per i medesimi assicurati, il termine di denuncia dei sinistri insorti durante la vigenza della polizza precedente, decorre dalla cessazione della presente polizza anziché dalla cessazione della polizza precedente.

Art. 1.7
Libera scelta del
legale

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

Se l'assicurato non fornisce tale indicazione, TUA o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale.

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

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

TUA ed ARAG non sono responsabili dell'operato dei legali.

Art. 1.8
Gestione del caso
assicurativo

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

Ove ciò non riesca, se le pretese dell'assicurato risultino fondate e sostenibili sulla base di una preliminare valutazione scritta condotta tra ARAG ed il legale scelto a norma dell'Art. 1.7, la pratica verrà affidata a detto legale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione risulti fondata e sostenibile sulla base di una valutazione concordata tra ARAG ed il legale incaricato.

L'assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarla che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti in genere viene concordata con ARAG.

ARAG così come TUA, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti in genere.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'assicurato e TUA o ARAG, la decisione può essere demandata, fermo il diritto dell'assicurato di adire le vie giudiziarie, ad un



arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro viene designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile.

Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

TUA avverte l'assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

Art. 1.9

Recupero di
somme - Facoltà di
rivalsa e surroga

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

Ad ARAG, che ha la facoltà di rivalsa nei confronti dell'assicurato, spettano la restituzione degli onorari, delle competenze e delle spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente o stragiudizialmente, qualora le abbia sostenute o anticipate, nella misura in cui le stesse siano state recuperate dalla controparte.

In ogni caso l'assicurato, ai sensi dell'art. 1916 cod. civ., cede ad ARAG tutti i diritti a conseguire da terzi il rimborso delle spese sostenute a qualsiasi titolo, acconsentendo altresì all'esercizio delle relative azioni.

Spazio lasciato intenzionalmente in bianco