

Polizza Indennitaria ricoveri e Assistenza
DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni
(DIP Danni)

Italiana Assicurazioni 

Prodotto: Copertura indennitaria centri estivi COVID-19

Che tipo di assicurazione è?

È un contratto di assicurazione rivolto agli utenti dei centri estivi organizzati da associazioni o Enti Pubblici - con facoltà per il Contraente di estendere la copertura agli educatori, animatori, inservienti ed ogni altro soggetto che per esso presta servizio - che contiene garanzie assicurative connesse al ricovero in istituto di cura a seguito di accertata positività al COVID-19 (Coronavirus).



Che cosa è assicurato?

Diaria da ricovero: prevede la corresponsione di un importo giornaliero di Euro 20 per ciascun giorno di degenza oltre il 7° in istituto di cura per positività al COVID-19 (Coronavirus) e per un massimo di 15 giorni;

Indennità di convalescenza per ricovero in Terapia Intensiva: prevede la corresponsione di una indennità di Euro 2.500 qualora il ricovero per positività al COVID-19 (Coronavirus) abbia reso necessario il ricorso alla Terapia Intensiva; l'indennità viene corrisposta successivamente alla dimissione.



Che cosa non è assicurato?

Di seguito sono riportate le principali esclusioni.

La Società non presta le garanzie previste in polizza per:

- × i ricoveri avvenuti anteriormente all'effetto della polizza; anche la corresponsione della diaria per la convalescenza e le prestazioni di assistenza non sono operanti se il ricovero è avvenuto anteriormente all'effetto della polizza;
- × le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- × le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione;
- × le conseguenze dirette ed indirette di eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- × le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- × le conseguenze di atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- × degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere, salvo che



tali strutture siano, anche provvisoriamente, adibite su autorizzazione del Servizio Sanitario Nazionale alla cura in regime di ricovero dei pazienti con positività al COVID-19;

- * ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- * cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- * le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.



Ci sono limiti di copertura?

Le garanzie coprono esclusivamente gli eventi indicati in polizza; il contratto prevede condizioni che possono dar luogo al mancato o parziale pagamento dell'indennizzo.

- La garanzia non opera per soggetti che abbiano superato i 70 anni di età;
- Nei confronti di ciascun Assicurato la copertura opera limitatamente al periodo di frequenza del centro estivo.



Dove vale la copertura?

La copertura vale in Italia.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivo il contratto, ho il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto, se modifico il rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione dell'assicurazione.
- Laddove abbia in corso, presso diversi assicuratori, altre assicurazioni per lo stesso rischio, devo darne comunicazione per iscritto alla Società. In caso di omissione dolosa decade il diritto all'indennizzo. In caso di sinistro devo provvedere a darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri.

Quando e come devo pagare?

Al fine di essere in copertura a partire dalla data di decorrenza della polizza devo pagare il premio entro tale data. Posso pagare il premio nei seguenti modi: denaro contante, entro i limiti previsti dalla normativa in vigore, assegni bancari e circolari, bonifici bancari, bollettini postali, carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura comincia alle ore 24:00 del giorno indicato sulla polizza se il premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui avviene il pagamento.

La copertura termina alle ore 24 del 30/09/2020, senza necessità di ulteriore comunicazione tra le Parti.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto cessa automaticamente i propri effetti alla sua naturale scadenza.



Assicurazione Indennitaria ricoveri e AssistenzaDocumento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

italiana Assicurazioni

**Prodotto: Copertura Indennitaria Centri estivi COVID-19**

Edizione 06/2020 (Ultimo aggiornamento disponibile)

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto

Società Italiana Assicurazioni S.p.A., società assicuratrice in forma di società per azioni, fondata nel 1889, iscritta al numero 1.0004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione, appartenente al Gruppo Reale Mutua.
Sede legale e direzione generale in Via. M. U. Traiano 18 – 20149 Milano – Italia.
Telefono 02/397161 – fax 02/3271270 – Sito Internet: www.italiana.it –
E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it – Posta Elettronica Certificata (PEC): italiana@pec.italiana.it
Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. 29/5/1923, n. 966, convertito nella legge 17/4/1925 n. 473, ed iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 601 milioni di euro, di cui 58 milioni di euro relativi al capitale sociale e 543 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

Le informazioni relative alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) sono disponibile al seguente link: <https://www.italiana.it/institutional/chi-siamo/relazioni-e-bilanci>.

Si specificano i seguenti dati:

- requisito patrimoniale di solvibilità (SCR): 340,9 milioni;
- requisito patrimoniale minimo di solvibilità (MCR): 153,4 milioni;
- fondi propri ammissibili (eligible own funds), interamente classificati come Tier1: 912,1 milioni di euro;
- solvency ratio: 267,6%.

Al contratto si applica la legge italiana.

**Che cosa è assicurato?**

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



**Che cosa non è assicurato?****Rischi esclusi**

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

**Ci sono limiti di copertura?**

Non sono assicurabili le persone alle quali nel momento di ingresso in copertura sia già stata diagnosticata la positività al COVID-19

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>L'Assicurato dovrà trasmettere in forma scritta le proprie richieste di indennizzo all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, secondo quanto stabilito dagli artt. 1913, 1915 e 1910 del Codice Civile.</p> <p>La denuncia deve essere corredata da cartella clinica completa e contenere l'indicazione dei dati anagrafici dell'assicurato</p> <p>La Società ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.</p> <p>In ogni caso l'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consentire ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornendo ogni informazione del caso; - sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso. <p>L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.
Ulteriori obblighi del Contraente	<p>Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le Condizioni di Assicurazione nonché a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili all'impresa.</p> <p>Entro 30 giorni dal termine di ciascun periodo assicurativo, il Contraente dovrà fornire alla Società i dati necessari alla determinazione consuntiva del premio, eventualmente non ancora comunicati.</p>



Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il premio unitario per ciascun periodo assicurativo è pari a € 3,50 per ciascun posto messo a disposizione dell'utenza, nonché per ciascun soggetto che presti servizio per conto del Contraente qualora quest'ultimo abbia optato per estendere l'operatività della copertura a tali soggetti.</p> <p>Il premio è dovuto integralmente indipendentemente dall'effettivo momento di effetto della copertura.</p> <p><i>Per l'emissione della polizza è previsto un premio minimo pari a € 100</i></p> <p>Il premio è comprensivo di aliquota di imposta in misura del 2,5%;</p>
Rimborso	Nei confronti di ciascun assicurato la copertura opera limitatamente al periodo di frequenza del centro estivo e non è previsto alcun rimborso del premio corrisposto.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie del contratto.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione del contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto si rivolge alle Associazioni e agli Enti Pubblici che desiderano tutelare i propri utenti dal rischio di infezione dal virus SARS-Cov-2 a cui consegue diagnosi di positività al Covid-19 (Coronavirus).</p> <p>Il Contraente ha facoltà di estendere la copertura al personale che presta servizio nell'ambito dei centri estivi.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
L'ammontare della quota parte percepita dagli intermediari per questo prodotto è pari al 22,50% dei premi contabilizzati.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	I reclami vanno inoltrati per iscritto a:



	<ul style="list-style-type: none"> Servizio "Benvenuti in Italiana" – Italiana Assicurazioni, via Marco Ulpio Traiano 18, 20149 Milano – Numero Verde 800.10.13.13 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 02.39717001 – E-mail: benvenutinitaliana@italiana.it <p>La funzione aziendale incaricata dell'esame e della gestione dei reclami è l'ufficio Reclami del Gruppo Reale Mutua con sede in via M. U. Traiano 18, 20149 Milano. La Società è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Potrà inoltre trovare tutti i dati relativi alla gestione dei reclami sul sito Internet www.italiana.it</p>
ALL'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Commissione di garanzia: La Società ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato" con sede in Via dell'Arcivescovado 1, 10121 Torino, e-mail: commissione.garanziaassicurato@realemutua.it. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti della Società in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per la Società. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con la Società, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni. Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il Regolamento sul sito www.italiana.it.</p> <p>Arbitrato Per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



Assicurazione Collettiva
INDENNITA' DA RICOVERO
COVID-19

Edizione: CENTRI ESTIVI

nota bene: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

GLOSSARIO

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito indicato:

ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione

BENEFICIARI

il beneficiario, designato a riscuotere l'indennizzo, è l'*Assicurato* stesso.

CARENZA

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

CARTELLA CLINICA

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

CONTRAENTE

Chi stipula l'assicurazione.

DIARIA GIORNALIERA

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di Ricovero.

FRANCHIGIA

Il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuata mediante crentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

È considerato intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione.

Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:

- **le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;**
- **le iniezioni.**



nota bene: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

ISOLAMENTO DOMICILIARE

Obbligo di permanenza al proprio domicilio derivante delle prescrizioni impartite dai sanitari e con attuazione delle disposizioni in esse contenute a seguito di positività al COVID-19 (Coronavirus)

ISTITUTO DI CURA

ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, **con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.**

MALATTIA

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

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO

Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticata prima della stipulazione della polizza.

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

PERIODO ASSICURATIVO

I giorni che intercorrono dalla data di effetto della Polizza a quella di scadenza

POLIZZA

L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

RICOVERO

La degenza in istituto di Cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia

SOMMA ASSICURATA

Somma indicata in polizza, da utilizzare per il calcolo dell'indennizzo prevista dalla relativa garanzia.



nota bene: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

1. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni **inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato** relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione** come previsto dagli artt. 1892, 1893, 1894 del c.c.

1.2 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

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

1.3 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO CON RIFERIMENTO ALL'ATTIVITÀ SVOLTA E ALLE RELATIVE CONDIZIONI DI ESERCIZIO

L'*Assicurato* deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, o delle relative condizioni di esercizio, con riferimento alla delimitazione del rischio *Assicurato*.

La mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare - come previsto dall'art. 1898 del c.c. - la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, tale perdita è determinata con riferimento alle voci della Tariffa adottata dalla Società al momento del sinistro.

1.4 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, il **Contraente si impegna a consegnare loro, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, le Condizioni di Assicurazione.**

Il Contraente si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate dalla Società, a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o fusione con altra impresa.

2. DURATA DELLA COPERTURA E INFORMAZIONI SUL PREMIO

2.1 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel modulo di polizza (o del successivo ingresso in copertura) se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

2.2 DURATA DELLA POLIZZA

L'assicurazione cessa automaticamente alle ore 24 del 30/09/2020, senza necessità di ulteriore comunicazione tra le Parti. **Nei confronti di ciascun Assicurato l'effetto della copertura è limitato al periodo di frequenza del centro estivo come indicato al successivo punto 4.1**



nota bene: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

2.3 PREMIO

Il premio comprensivo di imposte, per ciascun posto a disposizione dell'utenza, è pari a € 3,50 per l'intero periodo assicurativo o frazione di esso e sarà soggetto a regolazione al termine del periodo assicurativo.

Il Contraente può scegliere di estendere l'operatività della copertura alla totalità degli educatori, animatori, inservienti ed ogni altro soggetto che per esso presta servizio, versando per ciascuno di tali soggetti il medesimo premio unitario.

In ogni caso, viene stabilito un premio minimo di polizza pari a € 100.

La Società ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

Qualora, per inesatte o incomplete dichiarazioni del Contraente, il premio di polizza risultasse calcolato su basi minori di quelle effettive, il Contraente sarà tenuto a versare alla Società la differenza dovuta.

Per i sinistri che si siano verificati nel periodo cui si riferisce la dichiarazione inesatta, la Società è obbligata in proporzione al rapporto esistente tra il premio pagato e quello effettivamente dovuto entro i limiti delle somme assicurate ridotte in ugual misura.

Per detti sinistri la Società ha diritto a recuperare quanto eventualmente già pagato in più del dovuto.

3. ALTRE INFORMAZIONI

3.1 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

3.2 VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Le variazioni nel numero delle persone assicurate, che avvengono nel periodo di validità del contratto, devono essere comunicate per iscritto alla Società.

3.3 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale in Italia

3.4 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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



nota bene: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

4. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

4.1 PERSONE ASSICURATE

Sono Assicurati tutti i bambini e i ragazzi regolarmente iscritti al centro estivo; **nei confronti di ciascuno la copertura opera limitatamente al periodo di fruizione del servizio.**

È inoltre facoltà del *Contraente* estendere l'operatività della copertura alla totalità degli educatori, animatori, inservienti o altri soggetti che prestino la propria opera per conto del Contraente medesimo. **Nei confronti di tali soggetti la garanzia opera limitatamente al periodo entro il quale gli stessi iniziano e rispettivamente terminano il servizio per conto del Contraente**

4.2 RISCHIO ASSICURATO

La Società indennizza gli Assicurati in caso di ricovero in istituto di cura causato da infezione da SARS-Cov-2 a cui segue diagnosi di positività al Covid-19 (Coronavirus) successiva alla decorrenza della presente copertura, mediante erogazione delle seguenti prestazioni:

- A** una indennità pari a € 20,00 **per ogni giorno di ricovero superiore al 7°** causato da positività al Covid-19 e per un massimo di 15 giorni, ai fini del computo per la corresponsione dell'indennità giornaliera, il giorno di ingresso in istituto di cura e il giorno delle dimissioni vengono considerati come un unico giorno.
- B** **unicamente nel caso in cui durante il ricovero sia stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva** causato da positività al Covid-19, una indennità da convalescenza pari a € 2.500,00, corrisposta successivamente alla dimissione per guarigione.

In ogni caso, il massimo esborso complessivo per polizza non potrà eccedere € 1.000.000 nell'intero periodo assicurativo.



nota bene: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

5. DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

5.1 PERSONE NON ASSICURABILI – LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 70 anni.

Per il personale in servizio per conto del Contraente che compia i 70 anni in corso di copertura, la stessa vale fino alla fine del periodo assicurativo e pertanto non si darà seguito al rimborso del Premio che si considera acquisito.

L'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

5.2 ESCLUSIONI

La Società non presta le garanzie previste in polizza per:

- a) i ricoveri avvenuti anteriormente all'effetto della polizza; anche la corresponsione della diaria per la convalescenza non è operante se il ricovero è avvenuto anteriormente all'effetto della polizza;
- b) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- c) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione;
- d) le conseguenze dirette ed indirette di eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;
- e) le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- f) le conseguenze di atti di temerarietà non compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- g) degenze in case di riposo, in strutture di lungodegenza o residenze sanitarie assistenziali, di convalescenza, di soggiorno, stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere, salvo che tali strutture siano, anche provvisoriamente, adibite su autorizzazione del Servizio Sanitario Nazionale alla cura in regime di ricovero dei pazienti con positività al COVID-19;
- h) ricoveri per stati vegetativi, ricoveri per lunga degenza intendendosi per tali quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che diano luogo alla permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- i) cure non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;
- j) le cure, gli accertamenti clinico-strumentali e le visite specialistiche correlate alla condizione di sieropositività H.I.V. o A.I.D.S.

5.3 CARENZE

La copertura si intende operante senza applicazione di carenze.



nota bene: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente /Assicurato.

6. DENUNCIA E LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

6.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato dovrà trasmettere in forma scritta le proprie richieste di indennizzo all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza, secondo quanto stabilito dagli artt. 1913, 1915 e 1910 del Codice Civile

La denuncia deve essere corredata da cartella clinica completa e contenere l'indicazione dei dati anagrafici dell'assicurato

La Società ha il diritto di effettuare in qualunque momento verifiche e controlli, per i quali il Contraente si impegna a fornire i chiarimenti, i libri di amministrazione e la documentazione necessaria, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di eseguire gli accertamenti.

In ogni caso l'Assicurato, i suoi familiari e gli aventi diritto devono:

- consentire ad eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o suoi incaricati, fornendo ogni informazione del caso;
- sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

L'inadempimento ai suddetti obblighi comporta la perdita totale o parziale dell'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

6.2 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

Blue Assistance, ricevuta la documentazione necessaria e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

6.3 CONTROVERSIE - VALUTAZIONE COLLEGALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi, si potrà procedere, su accordo tra l'Assicurato e la Società, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria:

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

6.4 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 del Cod. Civ. verso i terzi responsabili della malattia.

