

**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.**

**CARGEAS Assicurazioni S.p.A.**, Via Tolmezzo 15, 20132 Milano, Tel. 02 499801, sito internet: <http://www.cargeas.it/>, Indirizzo email: [cargeas@cargeas.it](mailto:cargeas@cargeas.it), Indirizzo PEC: [cargeasassicurazioni.pec@legalmail.it](mailto:cargeasassicurazioni.pec@legalmail.it).

Società unipersonale soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif SA, Codice Fiscale, Partita Iva e N. iscrizione Registro delle Imprese di Milano 07951160154, N. iscrizione Albo delle Imprese di assicurazione 1.00064, Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13/2/1987 (G.U. del 16/3/1987, n. 62).

CARGEAS Assicurazioni S.p.A. ha un patrimonio netto complessivo al 31.12.2018 pari ad € 121.292.871, dei quali € 32.812.000 a titolo di capitale sociale ed € 88.480.871 a titolo di riserve patrimoniali e utile dell'esercizio.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'Impresa (SFCR) disponibile sul sito internet dell'Impresa ([www.cargeas.it/notizie-e-news/news/cargeas-solvency-and-financial-condition-report](http://www.cargeas.it/notizie-e-news/news/cargeas-solvency-and-financial-condition-report)). Il requisito patrimoniale di solvibilità è pari a € 91.157.001, il requisito patrimoniale minimo è pari a € 41.020.650 e i fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari a € 142.691.934. L'indice di solvibilità dell'Impresa (solvency ratio) è pari al 157%.

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

Si segnala che l'Impresa si impegna nei confronti dell'assicurato nei limiti delle somme assicurate e dei relativi massimali concordati con il contraente.

### ✓ **Morte da Infortunio**

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per il caso di Invalidità permanente. Pertanto, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalidità permanente, l'Assicurato morisse, in conseguenza del medesimo Infortunio, entro 1 (un) anno dalla data del Sinistro, l'Impresa corrisponderà ai Beneficiari la sola differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore.

Puoi scegliere tra 4 linee denominate rispettivamente Essential, Silver, Gold e Platinum che si differenziano per limiti di indennizzo e premio da corrispondere, come di seguito rappresentati.

### ✓ **Invalidità permanente da infortunio**

Qualora un Infortunio abbia come conseguenza una Invalidità permanente, l'Impresa liquiderà a tale titolo, secondo le percentuali indicate nella Tabella allegata (T.U. per gli "Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali"), una Indennità calcolata in proporzione al grado di invalidità accertato sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nel Modulo di polizza.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui trattasi sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di mancinismo le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa. Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di Invalidità permanente non specificati nella tabella del T.U. per gli "Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali", la valutazione dell'Invalidità permanente è effettuata, tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, dalla complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%.

### ✓ **Invalidità permanente da malattia**

Qualora una Malattia abbia come conseguenza una Invalidità permanente, l'Impresa liquiderà a tale titolo, con

riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n° 1124, un'Indennità calcolata applicando alla somma assicurata indicata nel Modulo di polizza, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato.

Nei casi di Invalidità permanente non previsti dal suddetto T.U. la percentuale di invalidità è accertata tenuto conto della diminuita capacità generica lavorativa indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La garanzia è operante in caso di invalidità pari o superiore al 25%.

### ✓ **Indennità Giornaliera da ricovero, convalescenza, gessatura – Rimborso spese mediche**

#### **i. Ricovero**

L'Impresa, in caso di Ricovero dell'Assicurato con o senza Intervento chirurgico, reso necessario da:

- Infortunio,
- Malattia,

corrisponderà l'Indennità giornaliera indicata nel Modulo di polizza per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di cura, escluso quello di dimissioni, e per la durata massima di 100 (cento) giorni per anno assicurativo.

In caso di parto naturale o cesareo, l'Indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 7 (sette) giorni.

#### **ii. Day Hospital**

La copertura viene estesa in caso di degenza dell'Assicurato in regime di Day Hospital, resa necessaria da Infortunio o Malattia, per una Indennità giornaliera identica a quella assicurata per il caso di Ricovero e per la durata massima di 100 (cento) giorni per anno assicurativo.

L'Indennità giornaliera è dovuta esclusivamente per durata uguale o superiore a 3 (tre) giorni consecutivi, salvo le festività.

Qualora l'Assicurato, nell'arco temporale di 6 (sei) mesi, effettui almeno 5 (cinque) giorni di Day Hospital - anche non consecutivi - relativi alla medesima patologia, l'Impresa corrisponderà l'Indennità giornaliera assicurata per ciascun giorno di degenza diurna.

La copertura non opera per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali, eseguiti ai soli fini diagnostici.

#### **iii. Day-Surgery**

La copertura è altresì estesa in caso di Intervento chirurgico ambulatoriale dell'Assicurato in regime di Day-Surgery, reso necessario da Infortunio o Malattia, per una Indennità giornaliera identica a quella assicurata per il caso di Ricovero.

### ✓ **Grande intervento chirurgico – Rimborso spese pre e post ricovero**

L'Impresa, avvalendosi della Struttura Organizzativa di Europ Assistance per l'erogazione delle prestazioni e la gestione dei sinistri, in caso di Malattia o Infortunio e fino alla concorrenza del massimale indennizza e/o rimborsa all'Assicurato, per evento e per anno assicurativo, le spese sostenute durante il Ricovero in Istituto di cura a seguito di un Intervento chirurgico rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici per Spese di Intervento Chirurgico:

onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista, diritti di sala operatoria e materiale di intervento comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento.

#### **i. Spese sanitarie:**

retta di degenza, retta per l'accompagnatore, prestazioni mediche ed infermieristiche, consulenze medico – specialistiche, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici, durante il ricovero.

#### **ii. Spese pre e post Ricovero,**

fino al limite indicato nel modulo di polizza, per persona assicurata e per anno assicurativo, le spese sostenute nei 90 (novanta) giorni prima e nei 90 (novanta) giorni successivi al ricovero purché relative agli eventi indennizzabili ai termini di Polizza, per:

- accertamenti diagnostici;
- visite specialistiche;
- spese riabilitative;
- tutori e/o protesi;
- spese per terapie oncologiche qualora all'Assicurato in corso di contratto venga diagnosticata ed accertata per la prima volta nella sua vita una Malattia oncologica.

Per i casi in cui l'Assicurato si avvalga di una Struttura non convenzionata la garanzia Spese pre e post Ricovero è operante con l'applicazione di uno Scoperto del 10% e con il minimo di € 50,00 per evento.

### ✓ **Assistenza**

L'Impresa si impegna ad erogare le Prestazioni, avvalendosi della Struttura Organizzativa di Europ Assistance, fino a 3 volte per ciascun tipo durante ciascun Anno Assicurativo.

Prestazioni con riferimento alle quali opera la copertura Assicurativa:

#### • **Consulenza medica**

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio necessitasse di valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

#### • **Consulenza cardiologica**

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il proprio medico curante i medici cardiologi della Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

#### • **Consulenza ortopedica**

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio necessiti di valutare lo stato di salute per decidere quale sia la

prestazione più opportuna da effettuare in suo favore, potrà contattare direttamente o attraverso il proprio medico curante i medici ortopedici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il suo recapito telefonico.

- **Consulenza neurologica**

Qualora l'Assicurato, in caso di Malattia e/o Infortunio necessitasse di un collegamento telefonico urgente e non riuscisse a reperire il proprio neurologo, verrà fornita consulenza neurologica tramite un collegamento telefonico diretto effettuato dal medico neurologo della Struttura Organizzativa con l'Assicurato.

- **Consulenza pediatrica**

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia e/o Infortunio del proprio bambino non riesca a reperire il proprio pediatra e necessiti di un collegamento telefonico urgente, potrà contattare direttamente i medici della Struttura Organizzativa. L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta ed il recapito telefonico.

- **Invio di un medico a domicilio in Italia**

Qualora, successivamente ad una consulenza medica, emergesse la necessità che l'Assicurato debba sottoporsi ad una visita medica, la Struttura Organizzativa provvederà, con spese a carico di Europ Assistance, ad inviare al suo domicilio uno dei medici convenzionati con Europ Assistance. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La Prestazione è fornita dalle ore 20.00 alle ore 8.00 da lunedì a venerdì e 24 ore su 24 il sabato, la domenica e nei giorni festivi.

- **Invio di una autoambulanza in Italia**

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio e successivamente ad una consulenza medica, necessitasse di un trasporto in autoambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento dell'Assicurato al centro medico più vicino. Europ Assistance terrà a proprio carico i costi fino alla concorrenza massima di € 500,00 per Anno assicurativo con il limite di € 250,00 per Sinistro.

- **Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia**

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio, risulti affetto da una patologia che per caratteristiche obiettive viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato per l'improvvisa carenza dei soli strumenti clinici necessari e idonei alla cura, ed i medici di cui sopra, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il trasferimento dell'Assicurato in un centro ospedaliero adeguato alla cura della patologia da cui è affetto, la Struttura Organizzativa provvederà:

- ad individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il Centro Ospedaliero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- ad organizzare il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto sarà interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria. Europ Assistance terrà a proprio carico i relativi costi.

- **Rientro dal centro ospedaliero in Italia**

Qualora l'Assicurato, successivamente alla Prestazione "Trasferimento in un centro ospedaliero in Italia", venisse dimesso dopo la degenza e necessitasse di rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il rientro dell'Assicurato con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti, riterranno più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

Tale mezzo potrà essere:

- il treno in prima classe e occorrendo il vagone letto;
- l'autoambulanza, (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto verrà organizzato interamente dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, qualora i medici della Struttura Organizzativa la ritenessero necessaria.

- **Trasporto in autoambulanza in Italia**

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà direttamente un'autoambulanza, tenendo Europ Assistance a proprio carico, i relativi costi fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 100 (cento) km di percorso complessivo (andata/ritorno).

- **Trasporto in autoambulanza o taxi in Italia a seguito di dimissioni**

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o Malattia, necessiti di essere trasportato dall'Istituto di cura presso il quale è stato ricoverato al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato, e ad un eventuale accompagnatore, di rientrare al proprio domicilio. Europ Assistance terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di € 50,00 per Sinistro.

- **Consegna esiti a domicilio**

La Prestazione è fornita dalle 9,00 alle 18,00, dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali.

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia improvvisa e/o Infortunio certificato dal proprio medico curante, 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 provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

L'Assicurato deve comunicare il nome dell'eventuale medico curante e il recapito telefonico.

Il costo degli accertamenti è a carico dell'Assicurato.

- **Consegna medicinali urgenti a domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di prescrizione medica, abbia bisogno 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, provvede alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari è a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

- **Consegna spesa a domicilio**

Qualora l'Assicurato, in seguito a Ricovero in Istituto di cura superiore a 5 (cinque) giorni per Malattia/Infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 (quindici) giorni di Convalescenza post-Ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Europ Assistance a proprio carico il compenso di 2 (due) ore ad intervento e per un massimo di 3 (tre) invii per ogni periodo post-Ricovero. I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

- **Prelievo sangue a domicilio**

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio e/o Malattia improvvisa, necessitasse di effettuare un prelievo di sangue, la Struttura Organizzativa invierà al domicilio dell'Assicurato un medico per effettuare il prelievo, tenuto conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della non deteriorabilità del sangue prelevato. Restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami. L'Assicurato deve comunicare il nome del suo medico curante e il suo recapito telefonico.

- **Invio di un baby-sitter in Italia**

Qualora l'Assicurato, a seguito d'Infortunio o Malattia improvvisa, ricoverato o dimesso non sia in grado di occuparsi dei propri figli minori di età inferiore ai 15 anni, la Struttura Organizzativa invierà un baby-sitter presso il domicilio dell'Assicurato in Italia tenendo a proprio carico i relativi costi fino ad un ammontare massimo di € 250,00 per Sinistro e per Anno assicurativo.

✓ **Copertura Accessorie**

- **Morte presunta** (sempre operante se acquistata la copertura principale Morte da Infortunio): qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato scompaia e non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Impresa liquiderà agli eredi la somma prevista in caso di morte.
- **Commorienza**: (sempre operante se acquistata la copertura principale Morte da Infortunio): qualora a seguito di infortunio che causi la morte dell'Assicurato e del coniuge, in presenza di figli minorenni la somma assicurata verrà raddoppiata. L'importo del maggior indennizzo non potrà mai superare la somma complessiva di € 400.000,00.
- **Danni estetici**: (sempre operante se acquistata la copertura principale Invalidità permanente da Infortunio): in caso di infortunio, l'Impresa rimborsa fino a € 3.000,00 le spese sostenute allo scopo di ridurre o eliminare danni estetici conseguenti ad un infortunio.
- **Indennità giornaliera da convalescenza**: (sempre operante se acquistata la copertura principale Indennità giornaliera da Ricovero): qualora all'atto della dimissione sia prescritto un periodo di convalescenza, l'indennità da ricovero verrà corrisposta anche durante detto periodo, per una durata fino a 2 volte quella del ricovero o del Day Surgery e per un massimo di 30 giorni.
- **Indennità giornaliera da gessatura**: (sempre operante se acquistata la copertura principale Indennità giornaliera da Ricovero): se l'infortunio comporta l'applicazione di gessatura anche senza ricovero, l'Impresa corrisponderà l'indennità da ricovero per ciascun giorno di gessatura, per un periodo massimo di 30 giorni per evento. Sono compresi anche i casi che attengono a fratture costole, traumi cranici che non comportano la gessatura nel vero senso della parola.
- **Parto**: (sempre operante se acquistata la copertura principale Indennità giornaliera da Ricovero): in caso di ricovero per parto naturale o cesareo, l'Impresa corrisponderà l'indennità da ricovero fino ad un massimo di 7 giorni.
- **Cliniche Convenzionate**: (sempre operante se acquistata la copertura principale Grande Intervento chirurgico): per la garanzia rimborso spese mediche per grandi interventi chirurgici è possibile rivolgersi a una Rete di Centri Clinici Convenzionati. In questo caso l'Assicurato, avvalendosi della procedura di pagamento diretto, non dovrà sostenere alcuna spesa, in quanto il pagamento avverrà direttamente dall'Impresa al Centro Convenzionato. Per accedere al servizio l'Assicurato deve contattare preventivamente la Struttura Organizzativa di Europ Assistance.

\* \* \* \*

Il Contraente può optare tra quattro diverse linee, all'interno delle quali le coperture assicurative così si combinano:

1. **Linea Essential**: include la copertura Invalidità Permanente da Infortunio, alla quale può essere abbinata la copertura morte, e l'Indennità giornaliera da Ricovero ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia con relativo Rimborso Spese Mediche;
2. **Linea Silver**: tutte le coperture sono attivabili nel rispetto delle seguenti regole
  - alla copertura Invalidità permanente da Infortunio, può essere abbinata la copertura Morte. Le coperture:
  - Invalidità permanente da Malattia;
  - Indennità Giornaliera a seguito di Ricovero ospedaliero conseguenti ad Infortunio o Malattia con relativo Rimborso Spese Mediche;
  - Grande Intervento Chirurgico con relativo Rimborso Spese Mediche pre e post ricovero;sono sottoscrivibili singolarmente.
3. **Linea Gold**: prevede la medesima combinazione di coperture della linea Silver ma con massimali/somme assicurate più elevate rispetto a quest'ultima;
4. **Linea Platinum**: prevede la medesima combinazione di coperture delle linee Silver e Gold ma con massimali/somme assicurate più elevate rispetto alle linee Silver e Gold.

Tutte le coperture assicurative descritte comprendono necessariamente la copertura Assistenza.

La copertura Package Bambini può essere liberamente aggiunta alle altre coperture per tutte le linee.

**Le somme assicurate/massimali, non sono modificabili e sono riportate nella tabella che segue.**

Copertura	Somme Assicurate / Massimali per ciascuna Linea			
	Essential	Silver	Gold	Platinum
Morte da infortunio	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 200.000,00	€ 400.000,00
Invalità Permanente da infortunio	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 200.000,00	€ 400.000,00
Invalità Permanente da malattia	Non prevista	€ 50.000,00	€ 100.000,00	€ 200.000,00
Indennità giornaliera da ricovero	€ 25,00	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00
Rimborso spese mediche	€ 250,00	€ 500,00	€ 750,00	€ 1.000,00
Grande intervento chirurgico	Non prevista	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 100.000,00
Rimborso spese pre e post ricovero	Non prevista	€ 3.000,00	€ 5.000,00	€ 7.000,00
Assistenza	Inclusa	Inclusa	Inclusa	Inclusa
Package bambini	Opzionale	Opzionale	Opzionale	Opzionale

### Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

#### OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

La polizza non prevede alcuna opzione con riduzione del premio.

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

##### Package Bambini

L'Assicurazione viene prestata a favore di persone di età compresa tra 1 e 18 anni non compiuti, purché nominativamente indicati nel Modulo di polizza.

L'Assicurazione di cui alla presente sezione vale:

- i. relativamente alle coperture Invalità permanente da Infortunio e Invalità permanente da Malattia, solo per gli Infortuni occorsi o le Malattie manifestatesi che determinino il riconoscimento di una Invalità permanente pari o superiore al 66%;
- ii. per le coperture Invalità permanente da Infortunio, Invalità permanente da Malattia, – Indennità giornaliera per ricovero, convalescenza, gessatura – Rimborso spese mediche, Grande intervento chirurgico Rimborso spese pre e post ricovero, le somme assicurate o i massimali presenti nelle singole garanzie, verranno erogati, per la singola persona, fino ad un importo pari al 50% di quanto garantito per l'Assicurato maggiorenne;
- iii. la copertura Assistenza viene prestata secondo modalità e condizioni previste nella specifica copertura Assistenza.

Vengono prestate le stesse garanzie concesse per gli assicurato/i principali, ovvero i genitori o fratelli maggiorenni del bambino, in ogni caso, la copertura morte da Infortunio, non viene mai prestata.



### Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi** Non ci sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.



### Ci sono limiti di copertura?

#### ! **Morte da Infortunio e Invalità permanente da infortunio**

La copertura assicurativa non è operante per gli Infortuni causati da:

- atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- infarti da qualunque causa determinati;
- ernie;
- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di legge in vigore. Tuttavia, in caso di patente scaduta ma non ancora rinnovata, l'assicurazione conserva la sua efficacia a condizione che la validità della patente stessa venga confermata successivamente alla data del sinistro;
- guida di velivoli ed elicotteri, nonché dal loro uso in qualità di pilota o membro dell'equipaggio;
- uso, anche come passeggero di velivoli ed elicotteri di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; aeroclubs; apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali alianti, ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
- uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- terremoti, inondazioni, maremoti, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;



- trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti, raggi X, salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi della presente Polizza;
- conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortuni;
- terrorismo nucleare, biologico, chimico.

### **! Invalidità permanente da malattia**

La copertura assicurativa non opera per le Invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- conseguenze di Malattia pregressa ovvero stati patologici pregressi;
- disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati, disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);
- forme di etilismo acuto o cronico o dall'uso non terapeutico, di psicofarmaci o stupefacenti;
- malattie contratte professionalmente così come definite dal D. Lgs. Nr. 38 del 2000 e successive modifiche e integrazioni;
- trattamenti estetici, cure dimagranti o dietetiche;
- guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- contaminazioni chimiche o biologiche derivanti da atto terroristico;
- trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale da particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura dell'Assicurato.

### **! Indennità Giornaliera da Ricovero, convalescenza, gessatura – Rimborso Spese mediche**

La copertura assicurativa non opera per:

- le conseguenze dirette di Infortuni, nonché per le Malattie che abbiano dato origine a ricoveri effettuati successivamente alla scadenza o anticipata cessazione per qualsiasi motivo della Polizza anche se la Malattia si è manifestata, o l'Infortunio è avvenuto durante la validità della garanzia. Fanno eccezione i Ricoveri iniziati durante il periodo di validità della copertura e protratti successivamente alla data di scadenza della Polizza per i quali l'Impresa corrisponderà la sola Indennità giornaliera per Ricovero dell'Indennità giornaliera per Convalescenza;
- gli Infortuni che l'Assicurato può subire durante l'uso, anche come passeggero, di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali alianti, ultraleggeri, deltaplani, parapendio e simili;
- gli Infortuni derivanti dalla partecipazione pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- gli Infortuni derivanti dall'uso e guida di veicoli a motore all'interno di circuiti abilitati agli sport motoristici;
- gli Infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare e relative prove od allenamenti, se comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore;
- gli Infortuni conseguenti a terremoti, inondazioni, maremoti, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
- gli Infortuni sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, salvo per quelli avvenuti a seguito di uso terapeutico nonché in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- gli Infortuni conseguenti a forme di etilismo acuto o cronico;
- l'eliminazione o la correzione di difetti fisici e malformazioni;
- disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati, disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);
- le prestazioni effettuate a seguito di intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- l'aborto volontario non terapeutico, nonché le cure, gli accertamenti diagnostici e gli Interventi chirurgici per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche nonché per quelle dietologiche e fitoterapiche, le paradontopatie, le cure e le protesi dentarie;
- le conseguenze dirette della trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale da particelle atomiche, salvo che siano causate da radiazioni conseguenti a terapie mediche necessarie per la cura dell'Assicurato;
- le cure per accertamenti diagnostici e gli interventi chirurgici determinati da HIV e da AIDS;
- le conseguenze di malattie Malattia pregressa ovvero stati patologici che abbiano dato origine a cure, o esami, o diagnosi anteriori alla stipulazione della Polizza.

### **! Grande Intervento Chirurgico Rimborso spese pre e post ricovero**

La copertura assicurativa non è operante per i rimborsi, gli Indennizzi e le prestazioni conseguenti a:

- Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione del Contratto di assicurazione sottoscritti l'Impresa e ad Europ Assistance con dolo o colpa grave;

- stati patologici correlati alla infezione da HIV e da AIDS;
- disturbi mentali classificati nel manuale diagnostico e statistico DSM-IV-TR MG (quali ad esempio: umore depresso, ansia, sintomi fisici non giustificati disturbi cognitivi che non siano la conseguenza diretta ed esclusiva di eventi traumatici, disturbi del sonno, disfunzioni sessuali, modificazioni patologiche del peso o anomalie della condotta alimentare, sintomi psicotici, sintomi maniacali, sintomi del controllo degli impulsi, sintomi dissociativi, tic motori o vocali, disturbi o disfunzioni di personalità);
- Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- aborto volontario non terapeutico;
- Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche gravi dell'Assicurato stesso;
- Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad infortunio;
- applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o malattia);
- guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come istituti di cura). Sono inoltre esclusi i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati in ambulatorio;
- infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare.

\* \* \*

Si riporta di seguito una sintesi delle franchigie e degli scoperti applicati per le diverse sezioni/coperture..

Sezione	Struttura	Copertura assicurativa (fattispecie)	Scoperto/Franchigia per sinistro
Grande intervento chirurgico - Rimborso spese pre e post ricovero	Convenzionata	Rimborso Spese Mediche e spese pre e post ricovero	Nessuno Scoperto
	Strutture non convenzionate	Rimborso Spese Mediche	Scoperto 25% con un minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 10.000,00
		Spese pre e post ricovero	Scoperto 10% con il minimo di € 50,00 per evento

Sezione	Grado di invalidità accertato	Indennizzo liquidato/Franchigia
Invalidità permanente da infortunio	Pari o inferiore al 5%	Nessun indennizzo
	Superiore al 5%, ma inferiore al 26%	Indennizzo con franchigia pari al 5%
	Pari o superiore al 26%, ma inferiore al 66%	Indennizzo senza alcuna franchigia
	Pari o superiore al 66%	Indennizzo pari al 150% della somma assicurata

Sezione	Grado di invalidità accertato	Indennizzo liquidato/Franchigia
Invalidità permanente da malattia	Pari o inferiore al 24%	Nessun indennizzo
	Pari o superiore al 25%, ma pari o inferiore al 65%	L'indennizzo corrisposto aumenta in modo proporzionale al grado di invalidità accertata
	Superiore al 65%	Indennizzo pari al 100% della somma assicurata

\* Quando l'Invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 25% della totale, l'Impresa liquida un Indennizzo calcolato sulla somma assicurata/massimali prescelti secondo il seguente schema:

Accertata	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35-55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	Oltre 65
Liquidata	5	8	11	14	17	20	23	26	29	32	Uguale accertata	59	63	67	71	75	79	83	87	91	95	100



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Cosa fare in caso di sinistro?

**Denuncia di sinistro:** denunciare l'Infortunio, la Malattia, il Ricovero o quant'altro oggetto della presente Assicurazione entro 10 (dieci) giorni dall'accadimento ovvero dal giorno in cui siano stati obiettivamente in grado di farlo, direttamente alla filiale di UBI Banca S.p.A. presso cui è stato sottoscritto il Contratto di assicurazione o alla direzione dell'Impresa.

La denuncia deve essere corredata da certificato medico, eventuale copia conforme all'originale della Cartella Clinica (che verrà trattenuta dall'Impresa) e deve contenere, a seconda dei casi, l'indicazione del luogo e dell'ora dell'evento, una circostanziata descrizione dei fatti, la presentazione in originale delle relative notule, fatture, distinte e ricevute debitamente quietanzate nonché ogni ulteriore documentazione medica comprovante il decorso delle lesioni. L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale. Per tutte le coperture assicurative estese al Nucleo familiare, l'Assicurato dovrà altresì produrre documentazione attestante lo Stato di Famiglia.

Per la garanzia Grandi interventi – Rimborso spese pre e post ricovero:

i. **Strutture convenzionate:** dovrai preventivamente la struttura organizzativa tramite il numero indicato in polizza comunicando:

- nome e cognome dell'Assicurato che necessita di Ricovero o Intervento chirurgico;
- indirizzo del luogo in cui trova e recapito telefonico;
- numero di Polizza preceduto dal codice identificativo UBGI.

Inoltre dovrai inviare alla Struttura Organizzativa (a mezzo telefax al numero indicato in polizza), la prescrizione medica attestante la necessità del Ricovero o dell'Intervento chirurgico.

ii. **Strutture non convenzionate dovrai:**

- denunciare il Sinistro alla Struttura Organizzativa entro trenta 30 (trenta) giorni dall'avvenuto ricovero con certificato medico da cui risulti la diagnosi circostanziata
- provvedere ad inviare ad Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento 8 – 20135 MILANO – Ufficio Liquidazione Sinistri Grandi Interventi - la copia del Modulo di polizza e la copia autentica e completa della Cartella clinica;
- consegnare ad Europ Assistance gli originali di parcelle, notule, distinte, ricevute e fatture, sulle quali siano indicati nome, cognome e domicilio dell'Assicurato che si è sottoposto alle cure e che risultino pagate e quietanzate;
- acconsentire ad eventuali controlli medici disposti da Europ Assistance e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Per la garanzia Assistenza, devi telefonare immediatamente al numero verde indicato in polizza.

Dovrai comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- Tipo di intervento richiesto;
- Nome e cognome;
- numero di Polizza preceduto dal codice identificativo dell'Impresa: UBAS
- Indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- Recapito telefonico.

Qualora fossi nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrai inviare: un fax al numero indicato in polizza oppure un telegramma alla struttura Organizzativa.

**Assistenza diretta/in convenzione:** per la garanzia Grandi interventi chirurgici – Rimborso spese pre e post ricovero, sono presenti le strutture sanitarie (ospedali, istituti universitari, case di cura) e le equipe mediche convenzionate con Europ Assistance alle quali l'Assicurato potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni sanitarie garantite in Polizza.

**Gestione da parte di altre imprese:** Le garanzie di Assistenza sono prestate dalla Struttura Organizzativa di Europ Assistance S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 Milano – chiamando il numero verde 800. 046475 oppure 02.58245613 attivi 24 h su 24 h tutti i giorni dell'anno.

**Prescrizione:** i diritti derivanti dal Contratto di Assicurazione si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 Codice Civile). Il diritto dell'Impresa alla riscossione del pagamento del Premio si prescrive in un anno.

### Dichiarazioni inesatte o reticenti

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze originarie o sopravvenute che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 Codice Civile.



<b>Obblighi dell'Impresa</b>	Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida le Indennità che risultino dovute, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede entro i 30 (trenta) giorni successivi al pagamento, al netto degli eventuali anticipi erogati.
------------------------------	---

## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Il Premio e le somme assicurate/massimali, le Indennità, i limiti di Indennizzo non espressi in percentuale sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'“Indice generale nazionale ISTAT dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati” (FOI) “indice costo della vita”. Limitatamente alle coperture Indennità giornaliera da Ricovero – Rimborso Spese Mediche e Grande Intervento chirurgico il premio è determinato in relazione all'età dell'Assicurato. Il pagamento del Premio può essere rateizzato ed effettuato ogni mese, con frazionamento mensile, oppure pagato in un'unica soluzione una volta l'anno.
<b>Rimborso</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<b>Carenza:</b> Malattia: la copertura decorre dal 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione. Malattie preesistenti: per le conseguenze di malattie preesistenti alla stipulazione della Polizza ma non manifestate e non note in quel momento all'Assicurato, per le quali non sono stati praticati accertamenti o terapie, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione della polizza, la copertura decorre dal 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione. Parto: la copertura decorre dal 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.
<b>Sospensione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Risoluzione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

## A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato ai clienti privati (correntisti di UBI Banca) che vogliono proteggere la propria persona ed eventualmente il proprio nucleo familiare dai rischi derivanti da morte e/o Invalidità permanente da Infortunio. Il prodotto prevede il riconoscimento di una Indennità giornaliera in caso di Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, il rimborso delle spese mediche e/o una copertura Invalidità permanente. Inoltre è stato previsto il Package Bambini, che estende alcune delle tutele previste per il familiare assicurato per i figli, se minorenni.

## Quali costi devo sostenere?

### Costi di intermediazione

La quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 15,49% del premio imponibile. Tale quota è stata determinata sulla base delle rilevazioni contabili dell'Impresa relative all'ultimo esercizio.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'Impresa assicuratrice</b>	I reclami relativi al Contratto di Assicurazione o alla gestione dei sinistri devono essere presentati all'Impresa, anche utilizzando il modello disponibile sul sito internet della stessa, e trasmessi mediante posta, telefax o e-mail ai seguenti recapiti: CARGEAS Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami - Via Tolmezzo, 15 – 20132 Milano, Fax 02 49980492 - e-mail: reclami@cargeas.it L'Impresa comunica gli esiti del reclamo entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo stesso.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> I reclami riguardanti la mancata osservanza di altre disposizioni del CAP, delle relative norme di attuazione, nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi devono essere presentati direttamente all'IVASS. Il reclamo dovrà essere trasmesso a: <b>IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma - Fax 06.42.133.206 - e-mail: tutela.consumatore@pec.ivass.it</b> IVASS, acquisiti gli elementi di valutazione necessari, comunica al reclamante l'esito della gestione del reclamo entro 90 giorni dall'acquisizione degli stessi.

**PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:**

<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> . (Legge 9/8/2013, n. 98).
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari per le quali si richiede l'attivazione della rete FIN-NET è possibile presentare reclamo direttamente all'IVASS o al sistema estero competente individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/fin-net">http://ec.europa.eu/fin-net</a> .

**PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.**

**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.**