**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

**POLIZZA COLLETTIVA PER GLI**

**INFORTUNI DEI CITTADINI ATTIVI**

Sommario

[OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE 3](#_Toc478030382)

[PERSONE ASSICURATE 3](#_Toc478030383)

[GARANZIE 3](#_Toc478030384)

[Art. 9 Ricovero in istituto di cura 3](#_Toc478030385)

[Art. 10 Trasporto sanitario 4](#_Toc478030386)

[Art. 11 Art 3 Day Hospital 4](#_Toc478030387)

[Art. 12 Intervento chirurgico ambulatoriale 5](#_Toc478030388)

[Art. 13 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici 5](#_Toc478030389)

[Art. 14 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortuni 5](#_Toc478030390)

[MASSIMALE ASSICURATO 6](#_Toc478030391)

[ESCLUSIONI DALL’ASSICURAZIONE 6](#_Toc478030392)

[NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 8](#_Toc478030393)

[Art. 1 Obbligo in caso di sinistro 8](#_Toc478030394)

[Art. 2 Modalità di erogazione delle prestazioni 8](#_Toc478030395)

OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

La garanzia assicurativa riguarda le spese sostenute dall’Assicurato in conseguenza di infortunio, attestato da certificato di pronto soccorso, subito durante l’effettuazione dei lavori finalizzati alla conservazione e manutenzione di spazi pubblici, per:

1. ricovero in Istituto di cura ;
2. day-hospital;
3. intervento chirurgico ambulatoriale;
4. visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
5. trattamenti fisioterapici riabilitativi;

**l’Assicurato** **per ottenere le prestazioni di cui necessita, può rivolgersi a:**

a) Strutture sanitarie private o pubbliche in libera professione

b) Servizio Sanitario Nazionale

con i limiti indicati nelle singole garanzie e al punto 6.2 delle Norme che regolano i sinistri.

PERSONE ASSICURATE

Per assicurati devono intendersi i soggetti, singoli, associati o comunque riuniti in formazioni sociali, anche di natura imprenditoriale, che prestano in modo personale, spontaneo e gratuito, la propria attività per la conservazione e manutenzione di spazi pubblici.

In particolare, per l’identificazione nominale delle persone assicurate e per la determinazione del loro numero si farà riferimento ai documenti ufficiali detenuti dal Contraente.

E’ fatto obbligo al Contraente di fornire, su richiesta della Società, i documenti contenenti l’elenco dei nominativi degli Assicurati sopra identificati.

Variazione del rischio

Si precisa che, qualora durante il Periodo di Assicurazione il numero di soggetti con cui il Contraente collabora dovesse superare la soglia per la quale è stato corrisposto il Premio, gli individui eccedenti tale soglia assumeranno la qualifica di Assicurati solo previa comunicazione dei nominativi alla Società da parte del Contraente, prima dell’espletamento di ogni attività.

Il Contraente s’impegna, inoltre, a corrispondere alla Società entro 15 giorni la differenza fra lo scaglione di Premio concordato alla conclusione del contratto e il nuovo scaglione.

GARANZIE

1. Ricovero in istituto di cura

La Società, nell’ambito del massimale assicurato e per ogni infortunio, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell’aiuto, dell’assistente, dell’anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all’intervento **(risultante dal referto operatorio)**; diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

b) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

c) Rette di degenza

**Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**

Le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di €. 200,00 al giorno.**

d) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell’accompagnatore nell’Istituto di cura o in struttura alberghiera.

La garanzia è prestata nel **limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

e) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

1. Trasporto sanitario

La Società, nell’ambito del massimale assicurato e per ogni infortunio, rimborsa le spese di trasporto dell’Assicurato in ambulanza, **con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all’Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per ricovero.**

1. Art 3 Day Hospital

Nel caso di day-hospital, la Società nell’ambito del massimale assicurato e per ogni infortunio,provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.**

**La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.**

1. Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società nell’ambito del massimale assicurato e per ogni infortunio provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura” lett. a) “Intervento chirurgico, b) “Assistenza medica, medicinali, cure”e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.**

1. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

La Società, nell’ambito del massimale assicurato e per ogni infortunio, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici **conseguenti a infortunio con l’esclusione delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

**Per l’attivazione della garanzia è necessario un certificato di Pronto Soccorso che attesti l’infotunio avvenuto durante il servizio e la prescrizione che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

**Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l’indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente all’evento denunciato.**

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie private o pubbliche in libera professione**, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di una franchigia **di € 50,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.**

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, **la Società rimborsa** integralmente **i tickets sanitari a carico dell’Assicurato.**

1. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortuni

La Società nell’ambito del massimale assicurato e per ogni infortunio, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o professionista sanitario abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

**Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.**

Nel caso in cui l’Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie private o pubbliche in libera professione**, le spese sostenute vengono rimborsate con l’applicazione di una franchigia **di € 70,00 per fattura/persona.**

Nel caso in cui l’Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborsa** integralmente **i tickets sanitari a carico dell’Assicurato**.

MASSIMALE ASSICURATO

**Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a quanto riportato nella Scheda di Polizza.**

ESCLUSIONI DALL’ASSICURAZIONE

**L’assicurazione non è operante per:**

1. **le cure e/o gli interventi per l’eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;**
2. **le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;**
3. **le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l’operatività del contratto);**
4. **i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;**
5. **i ricoveri causati dalla necessità dell’Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.**

**Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell’Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.**

1. **gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;**
2. **gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l’alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;**
3. **gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall’Assicurato;**
4. **le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall’assicurato con dolo o colpa grave;**
5. **le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;**
6. **le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.**

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

1. Obbligo in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l’Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all’Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico rilasciato dal pronto soccorso e deve contenere l’indicazione del luogo, giorno ed ora dell’evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L’Assicurato deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società. L’Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L’inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo.

1. Modalità di erogazione delle prestazioni
2. Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche in libera professione:

le spese, vengono rimborsate all’Assicurato con uno scoperto del 20% o con i limiti previsti in ogni singoal garanzia;

1. Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale:

nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., e qualora l’Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall’Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell’Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) “Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche in libera professione”.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo la presentazione delle relative notule, distinte e ricevute di pagamento in originale, debitamente quietanzate