

ESTRATTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

CAPITOLO 1 – Glossario

ASSICURATO	<p>Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. E' considerato tale, l'iscritto al sindacato Nursing Up che possiede congiuntamente i seguenti due requisiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - essere in regola con il pagamento della quota associativa - aver completato correttamente, anno per anno, la procedura on line di attivazione dei servizi gratuiti che Nursing Up mette a disposizione dei propri associati, annualmente, sul sito www.nursingup.it ed aver ricevuto la mail di conferma di avvenuta corretta attivazione dei servizi gratuiti alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di adesione agli stessi. L'iscritto che non completa correttamente la procedura annuale di attivazione dei servizi gratuiti e/o che non riceve la mail sopraindicata non è considerato assicurato per quell'anno specifico e questo a prescindere che lo stesso fosse o meno in regola con la quota associativa. <p>La procedura di attivazione dei servizi gratuiti sopraindicata va ripetuta ogni anno. Sono altresì assicurati gli iscritti Nursing Up che ricoprono la qualifica di dirigente in distacco od in aspettativa che, per espressa previsione statutaria, sono esentati dal versamento della quota associativa</p> <p>Fermo quanto sopra, in ogni caso, le garanzie di polizza previste annualmente per il singolo assicurato decorrono in base a quanto previsto dall'articolo 36 del presente contratto.</p>
ASSICURAZIONE	Il presente contratto di Assicurazione.
BENEFICIARIO	Gli eredi legittimi dell'Assicurato o le altre persone da questo designate ai quali la Società deve corrispondere l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società.
CONTRAENTE	Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione.
ESTERO	Mondo intero. Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di Residenza Principale.
FAMILIARE DIRETTO	Il coniuge, il figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.
FRANCHIGIA	Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.
INABILITA' TEMPORANEA	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate
INVALIDITA' PERMANENTE	La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione
INDENNIZZO	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
INFORTUNIO	E' considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.
INTERMEDIARIO	il Broker o l'Agente regolarmente iscritto al relativo Albo professionale;
INTERVENTO CHIRURGICO	Atto medico che prevede la cruentazione dei tessuti mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccaniche, luminosa o termica (laser) a fine terapeutico
INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	Intervento chirurgico eseguito senza ricovero

INVALIDITA' PERMANENTE	perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
MALATTIA	Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
MALATTIE COESISTENTI	la malattia o invalidità preesistente nel soggetto, che non determina alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessa sistemi organico funzionali diversi
MALATTIE CONCORRENTI	la malattia o invalidità presente nel soggetto, che determina un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo-funzionale
MALATTIA PREESISTENTE	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malfunzionamenti o difetti fisici preesistenti o insorte anteriormente alla stipulazione del contratto
OSPEDALE-ISTITUTO DI CURA	L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privato, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili.
PAESE DI RESIDENZA PRINCIPALE	Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.
POLIZZA	Il documento che prova l'Assicurazione.
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
RICOVERO	La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.
RISCHIO	La possibilità che si verifichi il sinistro.
SCI ALPINO	La pratica dello sci, compreso il fuoripista, purché effettuato nelle zone adiacenti le piste battute e servite da impianti di risalita.
SCI ALPINISMO	La pratica dello sci, compreso il fuoripista, con ascensioni ed escursioni in montagna, senza utilizzo degli impianti di risalita, e con discreto dislivello ad esclusione di quanto previsto per lo sci estremo.
SCI ESTREMO	Discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.
SCOPERTO	La parte del danno indennizzabile, espressa in valore percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato
SFORZO	Dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.
SINISTRO	Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.
SOCIETÀ'	AmTrust International Underwriters Dac
SPORT PROFESSIONISTICO	Attività svolta in maniera continuativa e che costituisce fonte di reddito principale per l'Assicurato.

CAPITOLO 2 – Oggetto dell'assicurazione

Articolo 1 – Oggetto della copertura assicurativa

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento - delle attività professionali principali e secondarie di: **Quadro sanitario (caposala, coordinatore, ecc.), personale delle professioni sanitarie, altro operatore sanitario quale ad esempio: puericultrice, OTA, OSS e personale amministrativo;** - di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Ai fini di cui ai paragrafi precedenti, le attività oggetto di copertura sono definite come segue:

- a) **Rischio professionale:** attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza;
- b) **Rischio extraprofessionale:** ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di attività professionale di cui al punto precedente;
- c) **Rischio carica:** attività professionale connessa con l'incarico conferito agli Assicurati, compresa la partecipazione alle riunioni e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente l'espletamento del mandato da essi ricoperto. La garanzia comprende gli infortuni che colpissero gli Assicurati durante il tragitto occorrente

per recarsi al luogo ove sono chiamati ad espletare il loro mandato e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia privati, sia pubblici o di servizio.

Il c.d. **rischio in itinere** si intende compreso nelle attività professionali – **se non diversamente indicato** - e si intende come definito e disposto dal Decreto Legislativo n. 38/2000.

Ai sensi della presente polizza sono considerati infortuni, purché non espressamente esclusi dal successivo Articolo 3, anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione di sostanze;
- c) l'annegamento, l'assideramento o il congelamento;
- d) i colpi di sole o di calore;
- e) le lesioni determinate da sforzi (esclusi gli infarti);
- f) punture di insetti (escluso la malaria), morsi di rettili e animali;
- g) le conseguenze dirette di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni.
- h) gli infortuni sofferti in stato di malore od incoscienza.
- i) le lesioni conseguenti ad improvviso contatto con sostanze caustiche o corrosive
- j) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi
- k) la folgorazione

I postumi invalidanti al rachide cervicale verranno presi in considerazione successivamente al loro riscontro su esami strumentali obiettivi con esito positivo.

Articolo 2 – Ernie traumatiche e da sforzo e rottura sottocutanea del tendine di Achille

L'Assicurazione è estesa alle conseguenze dirette delle ernie in oggetto. Inoltre si conviene che:

- nel caso di ernia discale o addominale operata o operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 3% della somma assicurata;
- nel caso di ernia addominale non operabile viene riconosciuto un Indennizzo fino ad un massimo del 10% della somma assicurata.

Nel caso insorga contestazione circa la natura e l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico di cui al successivo Articolo 31.

Nel caso in cui un infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza provochi una rottura sottocutanea del tendine di Achille la Società riconoscerà per tale lesione un indennizzo pari al 2% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente ferme le altre eventuali conseguenze del Sinistro.

Articolo 3 – Esclusioni

Sono esclusi dalla presente Assicurazione gli infortuni derivanti:

- a) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- b) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
- c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- d) da operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da infortunio;
- e) da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- f) da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dal successivo Articolo 16 delle Condizioni di Assicurazione;
- g) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
- h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito.
- i) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- j) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;

- k) dalla pratica di paracadutismo, speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce di grado superiore al terzo della scala U.I.A.A., deltaplano, sport aerei in genere fatto salvo quanto previsto dal successivo articolo 26

CAPITOLO 3 – Prestazioni assicurate e relative limitazioni

Articolo 4 – Morte da infortunio

La somma assicurata per il caso di morte viene liquidata purché la morte dell'Assicurato risulti conseguente ad infortunio risarcibile a termini di Polizza e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio stesso è avvenuto. Tale somma viene liquidata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

Articolo 5 – Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza e si presume ne sia avvenuto il decesso, ma il corpo dell'Assicurato non venga rinvenuto entro un anno dalla scomparsa, o dall'arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacuale, fluviale o marittimo, in servizio pubblico e/privato non escluso dalle Condizioni di Polizza, la Società corrisponderà l'Indennizzo previsto per il caso di morte considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Se dopo il pagamento dell'Indennizzo, è provata l'esistenza in vita dell'Assicurato, la Società ha diritto di agire nei confronti sia dei beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Articolo 6 – Invalidità permanente da infortunio

a) Se l'infortunio ha per conseguenza un'Invalidità Permanente definitiva, la Società liquida per tale titolo un'indennità calcolata sulla somma assicurata per tale garanzia, secondo la tabella annessa al T.U. sull'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (con esclusione comunque di ogni qualsiasi Invalidità conseguente a malattia professionale) approvata con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 - per l'industria - e successive modificazioni con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista. Per gli Assicurati mancini le percentuali di Invalidità Permanente previste dalla precitata tabella per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di cui alla citata tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, le percentuali previste nella predetta tabella sono addizionate fino al massimo del 100% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale. La perdita anatomica o funzionale di una falange, del pollice o dell'alluce è stabilita nella metà, e quella di qualunque altro dito delle mani o dei piedi in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella predetta tabella l'indennità viene stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

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

Il grado di Invalidità Permanente viene stabilito al momento in cui le condizioni dell'Assicurato sono considerate permanentemente immutabili.

Articolo 7 – Cumulo di indennizzi

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quella per morte o per Invalidità Permanente.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro l'anno dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati, o in difetto, agli eredi dell'assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. **Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi.** Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria.

Articolo 8 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute, senza obbligo per la Contraente di denuncia dei difetti fisici, infermità o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire. Pertanto, l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra.

Articolo 9 – Persone non assicurabili - Limiti di età

- a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso la Società rimborsa al Contraente / Assicurato, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del periodo di Assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio. Per le persone affette da epilessia l'Assicurazione non vale limitatamente agli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco della malattia stessa.
- b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 80° anno di età, l'Assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa del certificato medico attestante buona salute; in assenza di specifico accordo scritto la Società restituirà i premi netti eventualmente incassati.

Articolo 10 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Articolo 11 – Rischio volo

Ferma restando l'esplicita esclusione dei voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, l'Assicurazione è estesa agli infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati esclusivamente come passeggero (ovvero non come pilota o altro membro dell'equipaggio), su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da Società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile, nonché i voli di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti escluse, per questi ultimi, le trasvolate oceaniche. Sono inoltre compresi gli eventuali infortuni che dovessero verificarsi in conseguenza di forzato dirottamento compreso quindi l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato fosse stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo.

CAPITOLO 4 - Condizioni aggiuntive (sempre valide ed operanti)

Le successive Condizioni Aggiuntive si intendono sempre operanti se non espressamente derogate o abrogate.

Articolo 12 – Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, il costo delle cure mediche sostenute, fino a concorrenza dell'importo complessivo per ciascun Assicurato di € 2.500,00 al netto di € 50,00 per evento e per persona.

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese per il trasporto su ambulanze e/o mezzi speciali di soccorso all'Istituto di cura o ambulatorio;
- spese fisioterapeutiche in genere e spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi, escluse comunque le protesi dentarie.

Rimangono espressamente escluse le spese sostenute per operazioni di chirurgia plastica, salvo quelle rese necessarie per eliminare o contenere il grado di Invalidità Permanente laddove tale garanzia viene prestata.

Articolo 13 – Malattie tropicali

La garanzia di cui alla presente polizza è estesa anche ai casi di morte e invalidità permanente conseguenti a malattie tropicali contratte nel periodo di validità della copertura assicurativa e manifestatesi entro 90 giorni dalla scadenza della stessa. Per malattie tropicali si intendono quelle previste dal Decreto Ministeriale 07/02/1938 n. 281 e successive modifiche e integrazioni, dalle quali l'Assicurato fosse colpito.

La garanzia viene prevista fino a concorrenza delle somme stabilite per le garanzie infortuni per la garanzia Morte e per la garanzia Invalidità Permanente.

La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata facendo riferimento alla tabella allegata al D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche, con l'intesa che le percentuali indicate nella tabella anzidetta vengono in ogni caso riferite ai capitali assicurati indicati in polizza per il caso di Invalidità Permanente assoluta e che la liquidazione verrà fatta dalla società in contanti anziché sotto forma di rendita;

La somma assicurata per Invalidità Permanente è in ogni caso soggetta ad una franchigia relativa del 20%, anche ove ciò non sia espressamente indicato nelle condizioni di polizza.

Pertanto non si farà luogo all'indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 20% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente supera il 20% della totale verrà corrisposto l'indennizzo in rapporto al grado di Invalidità Permanente residuo.

La Contraente dichiara che al momento della stipula della Polizza gli Assicurati si trovano in perfette condizioni di salute e che sono stati sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Articolo 14 – Danni Estetici

Si conviene che in caso di infortunio con conseguenze di carattere estetico, che tuttavia non comporti risarcimento a titolo di Invalidità permanente, **la Società rimborserà fino ad un massimo di €6.000,00= le spese documentate sostenute dall'assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.**

Articolo 15 – Rischio guerra

Fermo quanto previsto dall'esclusione di cui all'articolo 3, lettera f) delle presenti Condizioni di Assicurazione, la copertura è estesa agli infortuni derivanti da guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero, dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese.

Articolo 16 – Rimborso spese funerarie

In caso di Morte a seguito di Infortunio indennizzabile ai termini delle Condizioni Generali di Assicurazione, la Società rimborserà le spese funerarie e di cremazione effettivamente sostenute entro il limite massimo di € 10.000,00 per Sinistro.

Articolo 17 – Rimpatrio salma

In caso di decesso avvenuto all'estero a seguito di evento indennizzabile a termini di Polizza, la Società rimborsa agli eredi, le spese sostenute per il trasporto della salma in patria, entro il limite massimo pari a Euro 7.500,00. Non sono indennizzabili le spese funerarie

Articolo 18 – Commorienza

Se a causa di infortunio determinato dal medesimo evento consegue la morte dell'Assicurato e del coniuge, non separato, l'indennità per il caso di morte spettante ai figli minorenni – se conviventi ed in quanto beneficiari – sarà aumentata del 50%. Ai figli minori vengono equiparati i figli maggiorenni che siano già portatori di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.

Resta in ogni caso convenuto che **il massimo esborso a carico della Società, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 e che l'applicazione della presente condizione rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte.**

Articolo 19 – Stato di coma

Quando, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato entra in coma certificato da un Medico, ed è ricoverato in un ospedale, clinica o istituto sanitario, la Società pagherà all'Assicurato o ai suoi

Beneficiari la somma specifica indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di coma. Questo pagamento è dovuto per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dal trentesimo (30°) giorno consecutivo di coma, con un esborso massimo di € 10.000,00 per evento.

Articolo 20 – Anticipo indennizzo

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile fossero quantificabili, in via preventiva e secondo parere esclusivo della consulenza medica della Società postumi di invalidità permanenti superiori al 20% della totale, la Società metterà a disposizione, quale anticipo indennizzo, un importo pari al 50% di quello presumibilmente indennizzabile con il massimo di €150.000,00.

Tale acconto verrà conguagliato in sede di liquidazione definitiva, salvo recupero di quanto anticipato dalla Società nei casi di eventuale inoperatività della garanzia oppure di eventuali eccedenze pagate.

Articolo 21 – Costi di salvataggio e ricerca

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, l'Assicurato necessiti dell'intervento di una squadra di emergenza per la ricerca e il salvataggio della propria persona da parte di polizia e/o soccorso locali, la Società rimborserà **fino a € 25.000,00** i costi eventualmente addebitati all'Assicurato dai soccorritori.

Articolo 22 – Pregiudizio allo svolgimento delle normali attività quotidiane

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato sia affetto da accertata Invalidità Permanente di grado superiore al 30%, con conseguente perdita di autosufficienza confermata da un Medico incaricato dalla Società, questa rimborserà le spese sostenute nel corso dei sei (6) mesi seguenti la stabilizzazione dell'Invalidità al fine di:

- attrezzare la residenza principale da lui occupata prima dell'Infortunio in modo da renderla agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia; se non è possibile attrezzare la residenza principale e se l'Infortunio costringe l'Assicurato a traslocare, la Società rimborserà i costi del trasloco nella residenza in cui avrà scelto di vivere dopo l'Infortunio;
- attrezzare il suo autoveicolo personale per renderlo agibile e utilizzabile con riferimento alla sua perdita di autonomia.

Questi rimborsi saranno eseguiti dietro presentazione di documenti giustificativi ed entro il limite della somma massima di **€ 10.000,00**.

Articolo 23 – Infortuni conseguenti a rapine e aggressioni in genere

In caso gli Assicurati subiscano un Infortunio in occasione di rapine, tentate rapine, estorsioni, tentativi di sequestro, atti di vandalismo o aggressioni in genere, fermo restando le Condizioni Generali di Assicurazione, la Società corrisponderà in caso di Morte la somma assicurata aumentata del 50% e comunque entro il limite massimo di ulteriori € 100.000,00

Articolo 24 – Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'Art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato. A parziale deroga dell'Art. 1912 del Codice Civile sono in garanzia gli infortuni cagionati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato attivamente.

Articolo 25 – Attività temerarie

In caso di morte o invalidità permanente determinata da un infortunio e derivante da una delle seguenti attività:

- a) alpinismo con scalata di rocce/pareti/ghiacciai oltre il III° grado della scala Monaco;
- b) speleologia;
- c) immersione con autorespiratore oltre i 18 metri di profondità

si applica un sottolimito pari al 50% della somma assicurata prevista per le attività extraprofessionali, con il massimo di €100.000,00, salvo che per gli assicurati aventi la qualifica di Dirigenti, per i quali tale sottolimito non troverà applicazione.

Non rientrano in garanzia le attività temerarie sopra elencate per le quali l'Assicurato percepisce una qualunque forma di compenso, anche a solo titolo di rimborso spese.

La presente clausola si intende operante solo nei riguardi degli Assicurati per le attività extraprofessionali.

Articolo 26 –Valutazione speciale dell’invalidità permanente da infortunio

In caso di invalidità permanente, valutati in base alla tabella allegato 1 del D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche, quando il grado di invalidità permanente accertata è superiore al 50% viene corrisposto un indennizzo paria al 100% del capitale assicurato per il caso di invalidità permanente.

Articolo da 27 a 29– Altre Assicurazioni

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

Capitolo 5 – Condizioni particolari valide per la polizza Nursing Up

In deroga a quanto diversamente previsto nella presente Polizza si pattuisce quanto segue:

A. Franchigie sull’invalidità permanente da infortunio

A deroga del disposto di cui all’art. 6 del Capitolo 3 resta convenuto che relativamente al caso di invalidità permanente la Società liquida l’indennizzo dovuto ai termini di polizza, vale a dire soltanto se l’invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale.

B. Invalidità permanente da malattia

L’assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione.

La Società liquida l’intera somma assicurata quando l’invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 60%, fermo restando che nessun indennizzo spetta all’assicurato quando l’invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 60%.

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia adottando quali parametri di valutazione le tabelle contenute nell’allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 – Testo unico dell’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali conosciute anche come “Tabelle INAIL”. Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle citate tabelle, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell’assicurato.

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di effetto dell’assicurazione.

La Società corrisponde l’indennizzo soltanto per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell’assicurazione le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell’ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

C. Indennità da ricovero per infortuni e malattia

In caso di ricovero dell’assicurato in Istituto di Cura reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza o da malattia, la Società corrisponde l’indennità giornaliera di € 26,00 per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 180 giorni per ricovero e per anno assicurativo. L’indennità giornaliera assicurata viene corrisposta soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a 5 giorni consecutivi.

D. Estensione della invalidità permanente da infortunio

L’assicurazione vale per i rischi derivanti da evento fortuito e accidentale che abbia causato contagio da virus HIV e epatite B e C avvenuta durante lo svolgimento dell’attività professionale descritta in polizza. Si sottolinea che il contagio deve essere fortuito e accidentale.

D.1 – Modalità di accertamento del contagio HIV – Pagamento dell'indennizzo

Entro 3 giorni dal verificarsi dell'evento accidentale l'assicurato deve fare la denuncia; la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'assicurato stava prestando la sua opera nel momento del presunto contagio. Entro 6 giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'assicurato deve sottoporsi ad un test HIV presso un centro specializzato indicatogli dalla Società:

1. se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio sia imputabile a causa diversa dal fatto denunciato e precedente lo stesso;
2. se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un secondo test HIV: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'assicurato ha diritto ad un indennizzo pari ad € 15.000,00.

D.2 – Estensione radiazioni

L'assicurazione viene estesa all'uso di apparecchi a radiazioni ionizzanti e materiali radioattivi, necessari all'esercizio della professione.

E. Prevenzione donna

La Società liquida il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurata per esame mammografico e relativa termografia o ecografia, fino ad un massimo di € 100,00 per anno assicurativo. In caso di intervento chirurgico per isterectomia parziale viene corrisposto all'assicurata un indennizzo forfettario di € 1.000,00; per isterectomia totale o mastectomia totale uni o bilaterale oppure per ricostruzione, viene corrisposto all'assicurata un indennizzo forfettario di € 3.000,00. La Società liquida il rimborso delle spese sostenute per amniocentesi nel limite di € 300,00 per anno assicurativo; per B-Test nel limite di € 200,00 per anno assicurativo; inoltre, le garanzie prestate per la madre con capitali intesi per nucleo mamma/figlio, vengono estesi al bambino partorito in costanza di garanzia per un periodo di un anno. Non sommabile alla successiva garanzia Prevenzione uomo di cui alla lettera F del presente capitolo nel caso in cui la mamma e il papà siano entrambi iscritti Nursing Up.

F. Prevenzione uomo

La Società liquida il rimborso delle spese sostenute per esami clinici e strumentali (ecografia, esami laboratoristici, etc.) sia per diagnosi e cura che per screening della patologia prostatica fino ad un massimo di € 100,00 per anno assicurativo. In caso di intervento di resezione totale o mastectomia totale viene corrisposto all'assicurato un indennizzo forfettario di € 3.000,00.

La Società liquida il rimborso delle spese sostenute per l'analisi clinica della fertilità nel limite di € 100,00 per anno assicurativo; inoltre, le garanzie prestate per il padre, con capitali intesi per nucleo papà/figlio, vengono estesi al bambino partorito in costanza di garanzia per un periodo di un anno. Non sommabile alla precedente garanzia Prevenzione donna di cui alla lettera E del presente capitolo nel caso in cui la mamma e il papà siano entrambi iscritti Nursing Up.

G. Rimborso cure dentarie da infortunio

La Società rimborsa agli Assicurati per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, il costo delle cure dentarie sostenute, fino alla concorrenza massima di un importo pari a Euro 3.000,00 per evento e per persona. Tale importo è da intendersi utilizzabile solo all'interno del network di Sigma Dental.

In questo contratto per cure dentarie si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;
- onorari a medici e a chirurghi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- spese farmaceutiche;
- spese per la prima protesi dentaria.

G.1) Prenotazione visita odontoiatrica

Rivolgendosi al Servizio Clienti di SIGMA DENTAL EUROPE SA l'Assicurato potrà prenotare e far organizzare la visita odontoiatrica presso una struttura convenzionata appartenente al Network, in una data che soddisfi le esigenze dell'Assicurato stesso e della struttura.

G.2) Accesso alle tariffe convenzionate

Per tutta la durata del presente contratto, l'Assicurato potrà usufruire, per tutti i casi non coperti dalla presente assicurazione, delle tariffe convenzionate presso il network messo a disposizione dalla Società.

Per avere diritto alla tariffa convenzionata l'Assicurato dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione contattando il Servizio Clienti di SIGMA DENTAL EUROPE SA

Le tariffe convenzionate aggiornate alla data di emissione della presente polizza sono quelle riportate nel "TARIFFARIO" allegato al presente fascicolo informativo.

La Società si riserva il diritto di modificare o adeguare le tariffe di cui sopra. Tali modifiche saranno comunicate all'Assicurato in occasione del primo contatto al Servizio Clienti di SIGMA DENTAL EUROPE SA.

G.3) Requisiti per l'operatività delle prestazioni

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono garantite a condizione che:

- a) siano state **preventivamente autorizzate** dal Servizio Clienti di SIGMA DENTAL EUROPE SA, in base alla procedura dettagliata all'Articolo 10;
- b) siano state giudicate necessarie da un dentista;
- c) vengano effettuate in una struttura autorizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie-odontoiatriche secondo le disposizioni di Legge vigenti nel Paese.

G.4) Richiesta di prestazione odontoiatrica

Per richiedere qualsiasi tipo di intervento o prestazione coperti dalla presente assicurazione **l'Assicurato deve prima di tutto contattare il Servizio Clienti** di SIGMA DENTAL EUROPE SA al numero verde:

00 800 3636 3939

e successivamente:

- ottenere la necessaria autorizzazione, pena decadimento dal diritto al pagamento o al rimborso della prestazione
- verificare la tipologia di intervento e se esso è incluso nella presente polizza
- ricevere informazioni sulle strutture odontoiatriche convenzionate sul territorio nazionale dove è possibile eseguire l'intervento
- scegliere se eseguire l'intervento presso una struttura convenzionata (in Network) o non convenzionata (fuori Network).

In caso di intervento odontoiatrico incluso nella presente assicurazione, **per i trattamenti eseguiti nel Network l'Assicurato avrà diritto al pagamento diretto** da parte della Società alla struttura odontoiatrica dei costi relativi alla prestazione erogata, con i **costi a completo carico della Società entro il massimale indicato**.

Se l'intervento odontoiatrico non è incluso nella presente assicurazione, contattando il Servizio Clienti l'Assicurato avrà comunque diritto ad usufruire nei centri in network delle **tariffe convenzionate** concordate dalla Società, il cui elenco è riportato nel "TARIFFARIO" allegato al presente Fascicolo Informativo.

G.5) Dati necessari per accedere al Servizio Clienti della Compagnia

L'Assicurato dovrà fornire all'operatore del Servizio Clienti di SIGMA DENTAL EUROPE SA al numero verde

00 800 3636 3939

le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero della "Client Card a lui intestata e nome del programma assicurativo;
- tipo di richiesta;
- indirizzo o recapito anche se temporaneo;
- numero di telefono a cui essere rintracciato.

Capitolo 6 – Condizioni particolari – Polizze Cumulative (valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

P. Invalidità Permanente da Malattia

1. Oggetto dell'assicurazione - L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia (**purché non compresa tra quelle indicate al successivo paragrafo 5**) che insorga nel corso del presente contratto.

2. Definizione di Malattia - E' considerata "malattia" ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, non dipendente da infortunio.

3. Definizione di Invalidità Permanente da Malattia –E' considerata invalidità permanente la perdita totale o riduzione parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'Assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.

4. Criteri di liquidazione - La garanzia viene prestata per il capitale per persona stabilito nell'Allegato Stato di rischio per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia. La liquidazione del danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore al 60% del totale.

5. Esclusioni - Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- **malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;**
- **malattie professionali, mentali e psichiche;**
- **malattie per abuso di alcoolici o per uso non curativo di farmaci, stupefacenti e simili;**
- **trattamenti estetici; cure dimagranti e dietetiche;**
- **malattie da fonti radioattive, e comunque da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare eccezione fatta per quanto espresso al punto D2 "Estensione radiazioni" di cui al Capitolo 5;**
- **da guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare ;**
- **indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo - sindrome da immunodeficienza acquisita.**

6. Limiti di età - **La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 75 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.** senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti al Contraente.

7. Denuncia della Malattia e relativi obblighi della Contraente o dell'Assicurato - **La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata per iscritto - dalla Contraente o dall'Assicurato - all'Impresa alla quale è assegnata la polizza.**

La denuncia stessa deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della malattia.

Alla denuncia debbono essere anche allegati o debbono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Trascorsi i 30 giorni dalla denuncia della malattia, la Contraente o L'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

8. Criteri di indennizzabilità - **L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o a mutilazioni o difetti fisici.**

9. Procedura per la liquidazione dell'indennità. Ricevuta la documentazione di cui al paragrafo 7) e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa liquida l'indennità che risulti dovuta, ne dà comunicazione all'interessato e, avuta notizia della sua accettazione, provvede al pagamento.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni sociali contro gli infortuni e le malattie professionali, con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. del 30/06/1965 no. 1124 e successive modifiche.

Nei casi di invalidità permanente non previsti dal T.U. la valutazione è concordata tra il medico dell'Assicurato ed il consulente medico dell'Impresa.

In caso di controversia le parti avranno facoltà di fare ricorso a quanto disposto dall' Articolo 33 delle Condizioni di Assicurazione.

Nel caso in cui l'Assicurato non intenda sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico che - a giudizio sia del suo medico che di quello dell'Impresa - possa modificare positivamente la prognosi della malattia, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che gli sarebbero residuati se si fosse sottoposto a detto trattamento, senza riguardo, perciò, al maggior pregiudizio derivante dalla mancata attuazione del citato trattamento terapeutico.

Il diritto all'indennità per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata ufficialmente offerta o liquidata in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

10. Non cumulabilità della presente garanzia con quella prestata con polizza Infortuni - **La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con polizze infortuni della stessa Società.**

11. Altre assicurazioni - La Contraente è tenuta a denunciare all'Impresa l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio delle medesime persone assicurate e da essa sottoscritte. L'Impresa, entro 30 giorni dalla denuncia, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni, restituendo la parte di premio non goduta.

12. Recesso dal contratto - Fermo il diritto dell'Assicurato alla liquidazione dell'indennità ove questa gli spetti dopo ogni denuncia di malattia, **l'Impresa ha facoltà di far cessare - con preavviso di 15 giorni - la sola copertura relativa all'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia di cui alle presenti Condizioni Particolari sia nei confronti della persona cui la denuncia del danno si riferisce.**

In tal caso l'Impresa rimborserà il premio non goduto, in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia della malattia o dopo la comunicazione dell'esercizio della facoltà di recesso o qualunque altro atto dell'Impresa non potranno essere interpretati come rinuncia dell'Impresa stessa a valersi della facoltà di recesso.

13. Rinvio alle Condizioni della Polizza Infortuni - Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - semprechè compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della polizza in oggetto.

CAPITOLO 9 – Denuncia di sinistro

Articolo 31 – Denuncia dell'infortunio - obblighi relativi

L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro in forma scritta, per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia di Sinistro, Richiesta di indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Società. L'Assicurato è obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilità di ricominciare il lavoro. **La denuncia del sinistro deve pervenire al Broker, tramite mail all'indirizzo sinistrinursingup@gbsapri.it o tramite fax al n. 06.45.761.717, c.a. Ufficio Sinistri.**

Al fine di verificare la sussistenza della copertura assicurativa per ciascun singolo assicurato, al momento della richiesta di apertura del sinistro e su richiesta scritta del broker, il Nursing Up comunica a quest'ultimo se l'interessato possiede, alla data indicata dal broker stesso, i requisiti per essere qualificato Assicurato ai sensi del presente contratto.

Articolo 32 – Prova

Colui che richiede l'indennità deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto e deve inoltre consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società, a tale fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

Articolo 33 – Controversie sulla natura e conseguenza del sinistro

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza

di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. **Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico.** La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

CAPITOLO 10 – Norme che regolano l'assicurazione

Articolo 34

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

Articolo 35 – Decorrenza dell'Assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizzaOMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)....

Articolo 36 – Decorrenza della copertura per singolo assicurato

Durante il periodo di validità della presente polizza, fermo quanto previsto dall'articolo 35 che precede e, premesso che, ai fini dell'efficacia della garanzia, ogni iscritto deve sia essere in regola con il pagamento della quota associativa e sia deve aver completato correttamente ed annualmente l'attivazione on line dei servizi gratuiti forniti dal Nursing up (nel rispetto di quanto previsto nella definizione di Assicurato) le parti concordano che la garanzia per il singolo assicurato decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra **le due date che seguono:**

1. Il primo giorno del mese successivo a quello

- in cui l'ente di appartenenza dell'iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up, per coloro che lavorano in qualità di dipendenti
- in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per i liberi professionisti, i pensionati i non dipendenti, o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito del contributo sindacale (contributo associativo) dello stipendio.

2. la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali

e scade in ogni caso al 31/12 di ogni anno di competenza.

Articolo da 37 a 42

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente).

Articolo 43 – Clausola Broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, l'Impresa dà atto che ogni comunicazione fatta dalla Contraente all'Intermediario incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata, telegramma, telex, telefax o e mail, si intenderà come fatta all'Impresa, come pure ogni comunicazione fatta dall'intermediario all'Impresa, in nome e per conto della Contraente, si intenderà fatta dalla Contraente stesso, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Articolo da 44 a 50

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

CATEGORIE, SOMME ASSICURATE E FRANCHIGIE

L'Assicurazione si intende prestata alle Condizioni di seguito riportate

Categoria: Iscritti al Sindacato con attività professionali come indicato nell'Art. 1 del Capitolo 2 delle Condizioni di Assicurazione

Operatività della copertura: 24h

Garanzia	Capitale assicurato/Limite	Franchigia
Morte da infortunio	€ 20.000,00	*****
Invalità Permanente da infortunio	€40.000,00	Ved. Punto A) Capitolo 5
Diaria da Ricovero da infortunio o malattia	€26,00	5 notti
Invalità Permanente da malattia	€ 10.000,00	Ved. Punto B) Capitolo 5 - Ved. Punto P) delle Condizioni Particolari di polizza
Prevenzione Donna / Uomo	€3.000,00	Ved. Punti E/F)
Rimborso cure dentarie da infortunio	€3.000,00	Ved. Punto G)
Accesso all tariffe convenzionate Sigma Dental	Si	Ved. Punti G2-G3-G4-G5 Capitolo 5