

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Allianz S.p.A. Prodotto: Polizza Infortuni Sindacato Nazionale Psicologi - Si.Na.Psi.
Psicologi Iscritti all'Ordine associati a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua Tra gli Psicologi Italiani

Le Informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente per gli Associati a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani che abbiano richiesto la copertura in qualità di iscritti all'Albo degli Psicologi o frequentanti strutture pubbliche o private per il tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria e per le altre attività previste dalla normativa vigente.



Che cosa è assicurato?

- ✓ [Invalidità permanente da Infortunio](#)
- ✓ [Morte da Infortunio](#)

L'assicurazione può valere in caso di infortunio:

- nell'esercizio dell'attività professionali ed extraprofessionali compreso il rischio in itinere
- nel solo esercizio delle attività professionali
- nel solo esercizio delle attività extraprofessionali

Il prodotto offre ulteriori garanzie indicate nel DIP Aggiuntivo Danni alla sezione "Che cosa è assicurato? / Opzioni con pagamento di premio aggiuntivo".



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, epilessia, psicosi, disturbi gravi della personalità;
- ✗ Non sono compresi gli infortuni derivanti da pratica di sport a livello professionistico, partecipazione a delitti dolosi e ad imprese temerarie, rischio guerra, terremoti, maremoti, reazione nucleare
- ✗ Non sono assicurabili le persone che abbiano compiuto l'80° anno di età.

Ci sono limiti di copertura?

- ! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo, periodi di carenza per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Danni alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.

In caso di sinistro, il Contraente e/o CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste all'interno del DIP aggiuntivo Danni alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?".



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione dell'attestato di copertura.

Puoi pagare il premio tramite, carta di credito e/o bonifico bancario anche via internet a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, e termina alle ore 24 della data di scadenza indicata nell'attestato di copertura.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

il Contraente e/o CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani può disdettare la Polizza Collettiva alla scadenza indicata nella stessa inviando una lettera raccomandata almeno 90 giorni prima della suddetta scadenza. Per le singole coperture degli associati alla Cassa mutua, invece, non è previsto il diritto di disdetta.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Allianz S.p.A.

Polizza Infortuni Sindacato Nazionale Psicologi - Si.Na.Psi.Psicologi Iscritti all'Ordine associati a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua Tra gli Psicologi Italiani

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.

Allianz S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2023 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a 2.149 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a 403 milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a 1.198 milioni di euro.

Si rinvia alla "*Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)*", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 2.127 milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 957 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 6.469 milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a 6.469 milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a 304%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente.

Sezione Infortuni

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio, fatto salvo quanto espressamente escluso nella sezione "Ci sono limiti di copertura", subito dall'Assicurato nello svolgimento

- delle attività (principali e secondarie) professionali di psicologo o psicoterapeuta, nonché durante lo svolgimento del tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi, comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria e delle altre attività previste dalla normativa vigente;
- delle attività verificatesi nello svolgimento, da parte dell'Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità;

	<p>GARANZIE BASE</p> <p>Morte</p> <p>Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifici -anche successivamente alla scadenza della polizza -entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.</p> <p>L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte -se superiore -e quella già pagata per invalidità permanente.</p> <p>Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, il capitale previsto per il caso di morte.</p> <p>La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.</p> <p>Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.</p>
	<p>Invalità permanente</p> <p>L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalità permanente" e in base alle modalità indicate nella Scheda di Polizza.</p>
<p>Rischi compresi e precisazioni</p>	
	<p>Sono compresi gli infortuni subiti, al netto di quanto indicato nel paragrafo "Ci sono limiti di copertura" se derivanti da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - colpa, imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi; - atti di temerarietà, soltanto se compiuti per solidarietà umana e per legittima difesa; - atti di terrorismo, tumulti popolari, aggressioni o altri atti violenti, a condizione che l'assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario; - movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e alluvioni. <p>Inoltre, l'assicurazione comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza; - gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché l'assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione; - l'asfissia non di origine morbosa; - l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze; - le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive; - l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di calore o di sole o di freddo; - le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi e punture di animali (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari); - le lesioni determinate da sforzi, rimanendo comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche; - le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che: <ul style="list-style-type: none"> • qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per tale titolo; • qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione verrà rimessa al Collegio Medico.

	<p>Rischio volo L'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente, è estesa con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura" agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri.</p> <p>Rischio guerra L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero, in un paese sino ad allora in pace e purché tali infortuni non si verifichino nei territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.</p> <p>Recovery hope La Società riconosce a favore del Beneficiario il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite: 1) L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite. 2) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma, (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione da questa richiesta su tale stato. 3) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati. 4) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte né per invalidità permanente, salvo il verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue. 5) Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma, la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente, o a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente), effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta</p> <p>Contagio accidentale da virus Hiv ed epatite B e C In caso di contagio da virus HIV o dell'epatite B o C avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività assicurata descritta in polizza in conseguenza di:</p> <ul style="list-style-type: none">• aggressioni subite dall'assicurato• puntura o ferita occasionale da oggetto infetto da virus• trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • contagio avvenuto in situazioni di soccorso nell'ambito delle strutture frequentate dall'assicurato a soggetti già portatori del virus <p>la Società assicura l'indennizzo pari al 50% del capitale garantito per il caso di IP. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'Assicurazione le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato a pena di nullità esclusivamente secondo la procedura di accertamento stabilita al punto che segue.</p> <p>Malattie tropicali Limitatamente al caso di Invalidità permanente, la garanzia di cui alla presente Polizza è estesa alle malattie tropicali – intendendosi come tali ai fini della presente estensione: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica pernicioso - dalle quali l'assicurato associato a CAMPI Cassa DI Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani fosse colpito e verrà prestata per una somma uguale a quella indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Invalidità permanente e fino ad un massimo di euro 500.000,00 . Ferma restando l'adozione della "Tabella INAIL" per la liquidazione dell'Indennità spettante, resta convenuto che l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 15% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia. La validità di detta garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.</p> <p>Critical Illness A) Oggetto dell'assicurazione L'Assicurazione è estesa alle affezioni critiche di seguito elencate nelle modalità successivamente previste. L'Impresa liquiderà un importo forfettario pari a € 5.000,00 in seguito alla prima diagnosi di una affezione critica. L'indennizzo è erogabile una sola volta durante la vigenza della polizza e la copertura cessa automaticamente per l'Assicurato al momento della liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili alla persona assicurata. Sono garantite con il presente contratto le seguenti affezioni critiche: Tumori principali - come da definizione di cui alla lettera F Attacco cardiaco — come da definizione di cui alla lettera F Ictus — come da definizione di cui alla lettera F Gli indennizzi sono soggetti ad un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di effetto della Polizza e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno 15 giorni dalla data della diagnosi.</p> <p>B) Esclusioni La presente assicurazione non si applica a un evento che sia causato, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze; suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo; sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV); anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia; mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato; qualsiasi condizione preesistente; dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.</p> <p>C) Limiti di età La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.</p>
--	--

	<p>D) Termini e modalità di denuncia sinistro</p> <p>La comunicazione scritta di richiesta di indennizzo deve essere inviata all'Impresa entro 60 giorni dalla diagnosi di una malattia o patologia assicurata di cui la presente Polizza convenzione fornisca la definizione.</p> <p>La prova dell'insorgenza di qualsiasi malattia o patologia assicurata deve essere sostenuta dalla compresenza dei seguenti elementi:</p> <p>evidenza medica fornita da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione;</p> <p>opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio.</p> <p>I termini medici utilizzati nella presente polizza, salvo quanto diversamente specificato, hanno i significati tecnici ad essi comunemente attribuiti ed utilizzati dai medici specialisti nella pertinente branca medica.</p> <p>La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita della persona assicurata ed entro i 6 mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia.</p> <p>E) Rinvio alle Condizioni della Polizza infortuni</p> <p>Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - sempreché compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della presente polizza convenzione.</p> <p>F) Definizioni</p> <p>Per diagnosi si intende la diagnosi conclusiva effettuata da un medico specialista abilitato, sulla base di specifiche evidenze, indicate nella definizione di polizza riferita alla specifica affezione in questione, ovvero, in assenza di tali evidenze specifiche, sulla base di evidenze radiologiche, cliniche, istologiche o di laboratorio ritenute accettabili dall'Impresa. Tale diagnosi deve essere sostenuta dal medico incaricato dall'Impresa, il quale potrà fondare il suo parere sulle evidenze mediche presentate dalla persona assicurata e/o su qualsiasi evidenza aggiuntiva che potrà richiedere. In caso di divergenza o disaccordo riguardo all'adeguatezza o alla correttezza della diagnosi le parti avranno la possibilità di far ricorso a quanto previsto dall'Art. "Procedura per la valutazione del danno".</p> <p>Per condizione preesistente si intende qualsiasi malattia o patologia che sia stata diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico, in qualsiasi momento prima della data di effetto della presente polizza. A tale fine la malattia o la patologia si ritiene insorta quando sia stata oggetto di accertamento, diagnosi o trattamento o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona normalmente cauta a richiedere una diagnosi, un'assistenza o un trattamento.</p> <p>Per medico specialista abilitato si intende qualsiasi persona abilitata ad esercitare la professione medica in Italia con una specializzazione riguardante l'affezione critica oggetto di garanzia.</p> <p>Per periodo di carenza si intende il periodo per il quale l'Impresa non è tenuta a corrispondere alcuno degli indennizzi previsti dalla presente polizza per qualsiasi malattia o patologia laddove la diagnosi sia posta entro i 90 giorni successivi alla data di effetto della polizza o laddove i segni o sintomi della condizione in relazione alla quale viene avanzata una richiesta di risarcimento siano iniziati entro i 90 giorni successivi alla data di effetto della polizza.</p> <p>Per carcinoma femminile si intende un tumore maligno primario invasivo istologicamente confermato a carico del seno, della cervice uterina, dell'utero, della tuba di Falloppio, dell'ovaio o della vagina/vulva.</p> <p>Per carcinoma femminile in situ si intende una nuova crescita autonoma localizzata di cellule carcinomatose che non abbia ancora determinato l'invasione dei tessuti normali. Per invasione si intende l'infiltrazione e/o la distruzione attiva del tessuto o del tessuto adiacente. La patologia del carcinoma femminile in situ per la quale la presente polizza offre una copertura è limitata ESCLUSIVAMENTE a seno, cervice uterina, utero, ovaio, tuba di Falloppio e vagina/vulva. La diagnosi di carcinoma femminile in situ deve sempre essere posta in maniera certa sulla base di un esame microscopico di tessuto fissato, mentre nel caso della cervice uterina deve essere ulteriormente sostenuta da una biopsia anulare. L'esito del Pap Test è considerato una diagnosi preliminare e deve essere confermato da un risultato biotipico affinché la richiesta di risarcimento possa essere presa in considerazione. La diagnosi clinica non soddisfa il suddetto requisito.</p> <p>Per tumore principale si intende un tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dalla diffusione incontrollata di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Tale</p>
--	---

	<p>diagnosi deve essere sostenuta da evidenze istologiche di malignità e confermata da un oncologo o patologo.</p> <p>Maggiorazione invalidità permanente Qualora l'invalidità permanente valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 50% l'indennità viene corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente pattuite.</p> <p>Danni estetici In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dall'evento, allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.</p> <p>Ubriachezza L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'assicurato in stato di ubriachezza.</p> <p>Rischi sportivi La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico.</p>
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Sezione infortuni	
Rimborso spese mediche da infortunio	<p>A richiesta dell'Assicurato e contro versamento del relativo premio la Società rimborsa all'assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza le spese mediche sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici; - prestazioni mediche specialistiche (con esclusione di dispositivi protesici di qualsiasi genere); - trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione fino ad un massimo di euro 1.500,00 per sinistro; - in caso di ricovero in struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di camera operatoria, materiali di intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con l'esclusione di protesi posizionate anteriormente al sinistro); - spese per il trasporto in ambulanza o altro mezzo di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite per sinistro del 10% del massimale assicurato; <p>La presente garanzia può essere concessa esclusivamente in abbinamento alle opzioni di assicurazione degli infortuni professionali ed extraprofessionali.</p>
Indennità giornaliera per ricovero convalescenza e gessatura	<p>Nel caso di Ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'importo della diaria assicurata:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) per ogni giorno di Ricovero e per la durata massima di 365 giorni per evento ed anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione; b) per la Convalescenza successiva al ricovero, per un numero di giorni non superiori a 3 (tre) volte quello della degenza, col massimo di 180 (centottanta) giorni per evento ed anno

	<p>assicurativo, sempreché in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa;</p> <p>c) qualora l'infortunio abbia comportato Gessatura, la Società corrisponde inoltre l'importo della diaria assicurata per tutto il periodo della Gessatura stessa ma con una durata massima di 180 (centottanta) giorni. L'indennità di Gessatura è cumulabile con quelle di Ricovero e di Convalescenza ma, in questo caso, il periodo di Convalescenza indennizzabile non potrà eccedere il periodo di Gessatura. Il caso di Convalescenza successiva a Gessatura è indennizzabile anche in assenza di Ricovero.</p> <p>Indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato nei soli casi di frattura ossea o di lesione capsulo-legamentosa clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale sin dalla prima diagnosi non è ritenuta necessaria o applicabile la gessatura come prevista dalle definizioni viene riconosciuta all'Assicurato la diaria da gessatura per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo.</p> <p>Le indennità di cui ai suddetti punti, verranno corrisposte previa esibizione della relativa probatoria documentazione e solo se ne è stata richiesta la copertura, esclusivamente per infortuni professionali ed extra professionali.</p>
--	--

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Ci sono limiti di copertura?	
Esclusioni	<p>Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei o di aeromobili, nonché la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti; salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato avesse, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo; b) uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci, nonché dall'uso di allucinogeni; c) atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; d) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio; e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche; f) guerra e insurrezioni in genere; g) avvelenamento del sangue o infezione –da virus H.I.V. – con germe infettivo che non si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; h) pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); i) pratica a titolo professionistico di sports in genere; l) partecipazione a gare e relative prove con veicoli e natanti a motore in competizioni non di regolarità pura; m) partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).
Invalidità permanente	

	L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente purché si manifesti – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.
Rimborso spese mediche da infortunio	Il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato è effettuato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro 18 mesi dalla data di avvenimento dell'infortunio fino a concorrenza dell'importo complessivo di euro 7.500,00 per anno assicurativo e previa deduzione di una franchigia di euro 100,00 per sinistro.
Rischi sportivi	L'indennizzo è ridotto alla metà quando l'infortunio si verifichi durante: <ul style="list-style-type: none"> a) la pratica di alpinismo, sci-alpinismo (oltre il terzo grado della "Scala di Monaco" senza accompagnamento di guida/portatore patentati, atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, equitazione, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia), guidoslitta (bob), slittino (skeleton), salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiaccio fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentato, speleologia; b) la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, rugby, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pentathlon moderno, sci a livello regionale organizzate da sci club, sports su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.
Indennità giornaliera per ricovero convalida e gessatura	Per la frattura completa di costola l'indennità è riconosciuta per un periodo non eccedente i 15 giorni mentre alcuna indennità è riconosciuta per la frattura delle ossa nasali.
Ubbriachezza	Si intendono esclusi gli infortuni conseguenti alla guida di mezzi di locomozione
Rischio guerra	L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità
Malattie Tropicali	Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a termini di Polizza viene fissato in due anni dal giorno della denuncia.
Critical Illness	Sono esclusi: <ol style="list-style-type: none"> 1. tumori che mostrino le alterazioni maligne del carcinoma in situ e tumori istologicamente descritti come premaligni o non invasivi. inclusi a titolo esemplificativo e non limitativo: carcinoma mammario in situ, displasia cervicale CIN-I, CIN-2 e CIN-3; 2. ipercheratosi, carcinoma basocellulare e spinocellulare, melanomi e altri tumori della pelle; 3. tumori della prostata, microcarcinoma papillare TINOMO della tiroide, microcarcinoma papillare della vescica e leucemia linfocitica cronica; 4. ogni tipo di tumore in presenza di infezione da HIV; 5. carcinoma femminile e carcinoma femminile In situ. <p>Per attacco cardiaco si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco derivante da inadeguato afflusso di sangue al distretto pertinente comprovata da adeguata documentazione medica.</p> <p>Per ictus si intende un episodio cerebrovascolare, ovvero infarto del tessuto cerebrale, emorragia cerebrale e subaracnoidea, embolia cerebrale e trombosi cerebrale comprovato da adeguata documentazione medica.</p> <p>Sono esclusi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. gli attacchi ischemici transitori; 2. danno cerebrale dovuto a infortunio o lesione, infezione, vasculite e patologia infiammatoria; 3. patologia vascolare dell'occhio o del nervo ottico;

	<p>4. disturbi ischemici dell'apparato vestibolare.</p> <p>La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita della persona assicurata ed entro i 6 mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia. La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età.</p>
SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO, PERIODI DI CARENZA se presenti	
Franchigia per il caso di IP	<p>L'indennità liquidabile è soggetta all'applicazione di una franchigia assoluta del 3%, nel senso che non si farà luogo ad indennizzo qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% della totale, mentre se la stessa risulterà superiore al 3% l'indennità verrà corrisposta per la sola eccedenza.</p> <p>Si conviene inoltre che, qualora l'indennità permanente accertata superi il 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta senza applicazione di alcuna franchigia e che, qualora l'invalidità permanente accertata superi il 50% della totale, verrà corrisposto, a titolo di indennizzo, il 100% del capitale assicurato.</p>
Rimborso spese mediche da infortunio	<p>Massimo Euro 7.500,00 franchigia euro 100,00 per sinistro con sottolimito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione fino ad un massimo di euro 1.500,00 per sinistro • per spese per il trasporto in ambulanza o altro mezzo di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite per sinistro del 10% del massimale assicurato
Indennità giornaliera per ogni giorno di Ricovero	L'indennizzo verrà corrisposto per la durata massima di 365 giorni per evento ed anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione
Indennità giornaliera per la Convalescenza successiva al ricovero	L'indennizzo verrà corrisposto per un numero di giorni non superiori a 3 (tre) volte quello della degenza, col massimo di 180 (centottanta) giorni per evento ed anno assicurativo, sempreché in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa
Indennità giornaliera per ingessatura	limite di indennizzo 180 gg per sinistro
Danni estetici	Massimo Euro 8.000,00
Recovery hope	Massimo Euro 50.000,00
Virus Hiv ed epatite B e C	l'indennizzo è pari al 50% del capitale garantito per il caso di IP
Malattie Tropicali	L'indennizzo per la garanzia Invalidità permanente verrà corrisposto fino ad un massimo di euro 500.000,00. Ferma restando l'adozione della "Tabella INAIL" per la liquidazione dell'Indennità spettante, resta convenuto che l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 15% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.
Critical Illness	L'Impresa liquiderà un importo forfettario pari a € 5.000,00 in seguito alla prima diagnosi di una affezione critica.
Catastrofali	limite Euro 19.5000.000,00

Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie

Franchigia presente in polizza 3% che si annulla al 10%

1) Capitale assicurato: Euro 100.000.

- Invalidità permanente accertata: 7%.
- Applicazione della Franchigia
- Invalidità permanente indennizzata: il 4% di euro 100.000 = euro 4.000

2)

- Capitale assicurato: Euro 100.000.
- Invalidità permanente accertata: 12%.
- La franchigia del 3% non viene applicata poiché si annulla al 10%
- Invalidità permanente indennizzata: il 12% di euro 100.000 = euro 12.000

Franchigia presente in polizza per la garanzia Rimborso Spese Mediche:

- Massimale assicurato: Euro 7.500,00.
- Importo prestazione medica sostenuta dall'assicurato: Euro 400,00.
- Applicazione della franchigia pari ad euro 100,00 a carico dell'assicurato
- Importo da liquidare: Euro 400,00 – Euro 100,00 = Euro 300,00.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro

SEZIONE INFORTUNI

In caso di Sinistro CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia scritta, entro 30 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 codice civile.

L'Assicurato deve altresì:

- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

SEZIONE Contagio accidentale da virus Hiv ed epatite B e C

In caso di sinistro l'assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV o dall'epatite B o C a causa di un evento accidentale come descritto al punto che precede deve darne avviso scritto al broker che gestisce il contratto entro tre giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata al broker una descrizione

	<p>dettagliata dell'evento certificata dall'Ente presso il quale si è verificato il fatto accidentale. Entro 6 giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un primo test per le patologie assicurate presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione prevista al punto che precede cessa nei suoi confronti. In caso di sieronegatività entro i successivi 180 giorni l'assicurato dovrà sottoporsi ad un secondo test presso lo stesso ospedale o istituto di cura pubblico o privato. La Società riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio ove certificato dal secondo test immunologico liquiderà l'indennizzo previsto dall'Assicurazione. Tutte le spese mediche relative ai test sono a carico dell'Assicurato tuttavia in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Società. L'assicurato ha l'obbligo di farsi identificare pena la decadenza dal beneficio dell'Assicurazione al momento di sottoporsi al test immunologico.</p> <p>In relazione ai rischi descritti al punto che precede ed alla procedura di accertamento della sieropositività si conviene che:</p> <p>in caso di aggressione a seguito della quale l'assicurato si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso con conseguente ricovero in strutture sanitarie) l'assicurato deve sottoporsi al test non appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione;</p> <p>l'aggressione deve risultare da denuncia anche contro ignoti all'autorità competente; in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico l'assicurato è esonerato dal primo test restando confermata la necessità di sottoporvisi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa costituirà corredo necessario della pratica di sinistro.</p>
	<p>Assistenza diretta / in convenzione</p> <p>Sono previste prestazioni fornite direttamente all'assicurato da enti / strutture convenzionate con l'Impresa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese</p> <p>Non prevista.</p>
	<p>Prescrizione</p> <p>I diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto stesso si prescrivono in due anni.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte e reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa a condizioni di inassicurabilità), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, dell'aggravamento dell'attività professionale svolta) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>

Quando e come devo pagare?	
<p>Premio</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto è rivolto agli associati che abbiano richiesto la copertura iscritti all'Albo degli Psicologi o frequentanti strutture pubbliche o private per il tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 17%.</p>	

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.</p> <p>Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p> <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>

<p>ALL'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; <p>ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p> <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Risoluzione delle liti transfrontaliere</p> <p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.</p>

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

Assicurazione contro i danni

Polizza Infortuni Sindacato Nazionale Psicologi - Si.Na.Psi.
Psicologi Iscritti all'Ordine associati a CAMPI
Cassa di Assistenza Mutua Tra gli Psicologi Italiani

Effetto: 31.10.2024

Scadenza: 31.10.2025

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 621 del 31.10.2024

Allianz S.p.A. - Sede Legale Piazza Tre Torri, 3, 20145 Milano - Tel. + 39 02 7216.1 - Fax + 39 02 2216.5000
allianz.spa@pec.allianz.it - CF, Reg. Imprese MI n.05032630963 - Rappr. Gruppo IVA Allianz P.IVA n.01333250320 -
Cap. Soc. euro 403.000.000 i.v - Albo Imprese di Assicurazione n. 1.00152 - Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz
Albo Gruppi Assicurativi n. 018 - Società con unico socio soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz SE -

Servizio Clienti

GLOSSARIO

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione;

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;

Società: l'impresa assicuratrice;

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;

Attestato di copertura: il documento contrattuale contenente i dati della copertura assicurativa.

Indennizzo o Indennità: la somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro;

Istituto di cura: ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, le residenze sanitarie assistenziali, i gerontocomi e gli ospizi per anziani, nonché le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche;

Ricovero: degenza comportante pernottamento in istituto di cura

Day Hospital: il ricovero in Istituto di cura che si esaurisce in giornata;

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili;

Infortunio professionale: l'infortunio, come sopra definito, verificatosi durante lo svolgimento, da parte dell'assicurato, delle attività (principali e secondarie) professionali di psicologo o psicoterapeuta, nonché durante lo svolgimento del tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi, comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria e delle altre attività previste dalla normativa vigente;

Infortunio extraprofessionale: l'infortunio, come sopra definito, verificatosi nello svolgimento, da parte dell'Assicurato, di attività che non abbiano carattere di professionalità;

Invalità permanente: la perdita o la diminuzione definitiva ed irrimediabile della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato;

Convalescenza: periodo che succede alla fine del ricovero o della gessatura, durante il quale si ristabilisce progressivamente la normale funzione dei vari organi ed apparati;

Gessatura: mezzo di contenzione fisso e rigido applicato a titolo curativo di lesioni traumatiche, costituito da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio immobilizzante alcune parti del corpo, inamovibile autonomamente da parte dell'Assicurato.

Rientrano nella definizione di apparecchi immobilizzanti: docce e valve gessate, bendaggi Desault, bendaggi in sindattilia stecca di Zimmer e simili (solo per frattura radiologicamente accertata), ginocchiera Donjoy (solo per frattura radiologicamente accertata o per rottura completa del legamento del ginocchio), apparecchi di trazione cranica (tipo Halo).

Non rientrano nella definizione invece: collari di Shantz, Camp e simili.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

AVVERTENZA: La Convenzione è riservata agli iscritti all'Ordine degli psicologi associati a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani.

Le Condizioni di Assicurazione di seguito riportate indicano la disciplina generale applicabile al contratto di assicurazione che verrà sottoscritto dall'associato; si precisa che il contenuto del contratto di assicurazione potrà subire delle variazioni, ovvero contenere una personalizzazione della disciplina ivi prevista, in base alle coperture assicurative effettivamente acquistate dall'associato.

INDICE METODOLOGICO

- 1 Definizioni (Integralmente contenute nel glossario)
- 2 Condizioni Generali di Assicurazione
- 3 Norme relative all'Assicurazione Infortuni
- 4 Condizioni Particolari
- 5 Clausola Broker

1	Definizioni
----------	--------------------

Le definizioni di polizza sono integralmente contenute nel Glossario

2	Condizioni Generali di Assicurazione
----------	---

Art.2.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o di CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani relative a circostanze 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 del Codice civile.

Art. 2.2 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Se CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art.1901 del Codice civile.

Art. 2.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 2.4 - Aggravamento del rischio

Il Contraente e/o CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

Art. 2.5 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente e/o CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani ai sensi dell'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 2.6 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può far cessare l'assicurazione nei riguardi dell'adesione individuale colpita da sinistro con preavviso di 30 giorni.

In tal caso essa, entro quindici giorni dalla data di efficacia della cessazione o del recesso, rimborsa la parte di premio relativa al periodo di rischio non corso, al netto dell'imposta.

Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto della Società, non può essere interpretato come rinuncia della Società stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

Art. 2.7 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

(limitatamente al rapporto tra Contraente, CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani e Società)

In mancanza di disdetta spedita, da una delle Parti, mediante lettera raccomandata almeno novanta giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 2.8 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 2.9 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito e dell'Area Economica Europea.

Art. 3.1 Oggetto dell'Assicurazione

La presente assicurazione è stipulata dal Contraente per gli Associati a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani che abbiano richiesto la copertura in qualità di iscritti all'Albo degli Psicologi o frequentanti strutture pubbliche o private per il tirocinio obbligatorio propedeutico all'esame di Stato necessario per l'iscrizione all'Albo professionale degli psicologi comprese eventuali prosecuzioni del tirocinio stesso su base volontaria e per le altre attività previste dalla normativa vigente.

La garanzia è prestata per gli infortuni che essi subiscano nello svolgimento delle attività professionali ed extraprofessionali previste a seconda dell'alternativa di copertura prescelta.

Le alternative di garanzia/massimali e relativi premi lordi tra le quali possono optare sono:

A - infortuni professionali ed extraprofessionali

a1) Morte, € 100.000,00 / Invalidità Permanente, € 130.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 78,00 premio € 76,00
a2) Morte, € 100.000,00 / Invalidità permanente, € 130.000,00 / Diaria, € 60,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 144,00 premio € 143,00
a3) Morte, € 260.000,00 / Invalidità permanente, € 300.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 187,00 premio € 179,00
a4) Morte, € 260.000,00 / Invalidità permanente, € 300.000,00 / Diaria, € 120,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 311,00 premio € 303,00

oppure:

B - infortuni professionali (esclusi extraprofessionali)

b1) Morte, € 100.000,00 / Invalidità Permanente, € 130.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 41,00 premio € 44,00
b2) Morte, € 260.000,00 / Invalidità permanente, € 300.000,00 Combinata con la collegata polizza Rc professionale:	premio € 101,00 premio € 104,00

Art. 3.2 – Operatività della garanzia

Fermo quanto indicato all' Art. 2.2 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, la garanzia per ciascun Assicurato decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del contributo versato mediante, carta di credito e/o bonifico bancario anche via internet a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani e da esso evidenziato nei libri amministrativi (elenco assicurati) che costituiscono l'unica valida prova della copertura. La garanzia termina per tutti alla data di scadenza annua contrattuale, come risultante dall'Attestato di copertura.

In caso di rinnovo la garanzia in mancanza di pagamento del contributo dovuto non è operante dalle ore 24 del 15esimo giorno successivo a quello della scadenza annua.

Art. 3.3 - Rischi compresi e precisazioni

L'assicurazione vale per gli infortuni subiti dall'Assicurato anche se derivanti da:

- colpa, imperizia, imprudenza o negligenza, anche gravi;
- atti di temerarietà, soltanto se compiuti per solidarietà umana e per legittima difesa;
- atti di terrorismo, tumulti popolari, aggressioni o altri atti violenti, a condizione che l'assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni e alluvioni.

Inoltre, l'assicurazione comprende:

- gli infortuni sofferti in stato di malore o incoscienza;
- gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza, purché l'assicurato non si trovi alla guida di mezzi di locomozione;
- l'asfissia non di origine morbosa;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o assorbimento di sostanze;
- le lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive;
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di calore o di sole o di freddo;
- le conseguenze obiettivamente constatabili di morsi e punture di animali (con esclusione delle malattie di cui certi insetti sono portatori necessari);
- le lesioni determinate da sforzi, rimanendo comunque esclusi l'infarto e le ernie non traumatiche;
- le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile, secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della somma assicurata per tale titolo;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione verrà rimessa al Collegio Medico.

Art. 3.4 - Rischio volo

La garanzia è estesa agli infortuni che l'assicurato subisca durante i viaggi aerei effettuati, in qualità di passeggero, esclusivamente su velivoli o elicotteri adibiti a trasporto pubblico o privato passeggeri, da chiunque eserciti. La salita e la discesa dall'aeromobile fanno parte del rischio volo.

L'assicurazione del rischio volo concessa nei limiti di cui sopra vale anche per gli atti di pirateria, sabotaggio, dirottamento, purché non conseguenti a insurrezioni o, salvo quanto previsto di seguito, a guerra anche non dichiarata.

Art. 3.5 - Rischio guerra

L'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se in quanto l'assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero, in un paese sino ad allora in pace e purché tali infortuni non si verifichino nei territori della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

Art. 3.6 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- a) guida o uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei o di aeromobili, salvo quanto previsto sopra circa il rischio volo, nonché la guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato avesse, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- b) uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci, nonché dall'uso di allucinogeni;
- c) atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- d) operazioni chirurgiche, accertamenti, cure mediche non resi necessari da infortunio;
- e) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche;
- f) guerra e insurrezioni in genere, salvo quanto previsto all'Art. 3.5 "Rischio guerra".

Art. 3.7 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per gli infortuni professionali ed extraprofessionali se ne è stata richiesta la copertura che l'assicurato subisca nel mondo intero.

Art. 3.8 - Persone non assicurabili – Limite di età

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da epilessia, alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V., sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoici.

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni o, nel caso di sieropositività al test H.I.V., nel momento in cui questa viene diagnosticata.

Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo con patto speciale.

Non è ammessa la stipulazione della polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'80esimo anno di età.

L'eventuale incasso del premio in presenza delle condizioni sopra previste non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

Art. 3.9 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani o l'Assicurato devono darne avviso scritto al Broker al quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro trenta giorni da quello in cui l'infortunio si è verificato o da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art.1913 Cod. Civ.

L'inadempimento a tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art.1915 Cod. Civ.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico.

CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani o l'assicurato deve altresì:

- inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; i certificati medici devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi alla società;
- dare immediato avviso scritto alla società se l'infortunio ha cagionato la morte dell'assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura.

L'assicurato deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'assicurato.

Art. 3.10 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dalla "Tabella" prescelta per la liquidazione dell'indennità spettante sono diminuite tenendo conto della invalidità preesistente.

Art. 3.11 - Prestazione per il caso di morte - Morte presunta

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato.

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di una indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennità per morte - se superiore - e quella già pagata per invalidità permanente.

Qualora, a seguito di infortunio, il corpo dell'assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati ovvero, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato, il capitale previsto per il caso di morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 del Codice civile.

Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 3.12 - Prestazione per il caso di invalidità permanente

L'indennità per il caso di invalidità permanente è dovuta se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

L'indennità per invalidità permanente parziale - fermi i criteri di franchigia operanti - è calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, sulla base delle percentuali previste dalla Tabella INAIL, già allegata al DPR. 30 giugno 1965, n. 1124 e viene corrisposta in conformità al precedente Art. 3.10 "Criteri di indennizzabilità". L'indennità è liquidata in contanti e non sotto forma di rendita e con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato 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 la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla Tabella INAIL contrattualmente operante vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

In caso l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopracitata, l'indennizzo è stabilito con riferimento ai valori della "Tabella" stessa ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Art. 3.13 - Franchigia per invalidità permanente

L'indennità liquidabile è soggetta all'applicazione di una franchigia assoluta del 3%, nel senso che non si farà luogo ad indennizzo qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 3% della totale, mentre se la stessa risulterà superiore al 3% l'indennità verrà corrisposta per la sola eccedenza.

Si conviene inoltre che, qualora l'indennità permanente accertata superi il 10% della totale, l'indennità verrà corrisposta senza applicazione di alcuna franchigia e che, qualora l'invalidità permanente accertata superi il 50% della totale, verrà corrisposto, a titolo di indennizzo, il 100% del capitale assicurato.

Art. 3.14 - Prestazioni per la diaria giornaliera da Ricovero, Convalescenza e Gessatura

Nel caso di Ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'importo della diaria assicurata:

a) per ogni giorno di Ricovero e per la durata massima di 365 giorni per evento ed anno assicurativo. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione;

b) per la Convalescenza successiva al ricovero, per un numero di giorni non superiori a 3 (tre) volte quello della degenza, col massimo di 180 (centottanta) giorni per evento ed anno assicurativo, sempreché in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa;

c) qualora l'infortunio abbia comportato Gessatura, la Società corrisponde inoltre l'importo della diaria assicurata per tutto il periodo della Gessatura stessa ma con una durata massima di 180 (centottanta) giorni. L'indennità di Gessatura è cumulabile con quelle di Ricovero e di Convalescenza ma, in questo caso, il periodo di Convalescenza

indennizzabile non potrà eccedere il periodo di Gessatura. Il caso di Convalescenza successiva a Gessatura è indennizzabile anche in assenza di Ricovero.

Indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, nei soli casi di frattura ossea o di lesione capsulo-legamentosa clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo, secondo il quale, sin dalla prima diagnosi, non è ritenuta necessaria o applicabile la gessatura come prevista dalle definizioni, viene riconosciuta all'Assicurato la diaria da gessatura per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo. Per la frattura completa di costola l'indennità è riconosciuta per un periodo non eccedente i 15 giorni, mentre alcuna indennità è riconosciuta per la frattura delle ossa nasali.

Le indennità di cui ai suddetti punti, verranno corrisposte previa esibizione della relativa probatoria documentazione e solo se ne è stata richiesta la copertura, esclusivamente per infortuni professionali ed extra professionali.

Art. 3.15 - Rimborso spese mediche da infortunio

A richiesta dell'Assicurato e contro versamento del relativo premio, la Società rimborsa all'Assicurato, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indennizzabile a termini di polizza, le spese mediche sostenute per:

- analisi di laboratorio ed accertamenti diagnostici;
- prestazioni mediche specialistiche (con esclusione di sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione, fino ad un massimo di euro 1.500,00 per sinistro;
- in caso di ricovero in struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di camera operatoria, materiali di intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento, con l'esclusione di protesi posizionate anteriormente al sinistro);
- spese per il trasporto in ambulanza o altro mezzo di soccorso all'istituto di cura o all'ambulatorio e viceversa, con il limite per sinistro del 10% del massimale assicurato.

Il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato è effettuato: a cura ultimata, per le prestazioni mediche effettuate entro 18 mesi dalla data di avvenimento dell'infortunio, fino a concorrenza dell'importo complessivo di euro 7.500,00 per anno assicurativo e previa deduzione di una franchigia di euro 100,00 per sinistro.

La presente garanzia può essere concessa esclusivamente in abbinamento alle opzioni di assicurazione degli infortuni professionali ed extraprofessionali.

Il premio lordo annuo integrativo base sarà di euro 45,00 per persona, per le adesioni del primo semestre, e di euro 27 per le adesioni del secondo semestre.

Art. 3.16 - Valutazione del danno

L'ammontare del danno è determinato direttamente dall'Impresa - o da un Perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata. In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di indennizzo o sull'indennizzabilità del sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni Parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

Il Collegio Medico risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 3.17 - Prova

È a carico di chi domanda l'indennità di provare che sussistono tutti gli elementi che valgono a costituire il suo diritto a termini di polizza.

Art. 3.18 - Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società liquida l'indennità che risulta dovuta ed entro 30 giorni provvede al pagamento.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in euro.

Art. 3.19 - Assicurazioni presso diversi assicuratori

In deroga a quanto previsto dall'art. 1910 del Codice civile, l'Assicurato è esonerato dal dare avviso alla Società di eventuali altre assicurazioni contratte per il medesimo rischio.

Art. 3.20 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 3.21 - Ininfluenza degli obblighi assicurativi di legge

Ai fini della presente assicurazione è influente qualsiasi obbligo dovesse derivare al Contraente e/o a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani da leggi vigenti o future.

Art. 3.22 - Regolazione del premio

CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani entro e non oltre 15 giorni dalla scadenza di ogni semestralità, deve comunicare alla Società i dati relativi agli Assicurati entrati nel rischio nel periodo precedente completi di:

- Nome e cognome
- Indirizzo dello studio professionale o, in mancanza, del domicilio;
- Codice iscrizione;
- Alternativa di garanzia e di capitali prescelta;
- Eventuale coesistenza della copertura RC professionale;

La Società emette una appendice di regolazione del premio e la differenza dovuta deve essere versata da CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli Psicologi Italiani entro 15 giorni dalla comunicazione della Società.

Il premio è dovuto per intero per gli Assicurati che siano entrati nel rischio nel corso della prima semestralità, mentre è dovuto nella misura del 60% per gli Assicurati che siano entrati in copertura nella seconda semestralità di vigenza del contratto.

Il premio di rinnovo annuale della copertura, dovuto al 31.10. di ogni anno, è pari al 100% dell'importo risultante dall'applicazione dei parametri del premio stesso a tutti gli Assicurati garantiti a tale data, salvo le disdette validamente notificate dagli interessati, ma esso viene provvisoriamente anticipato e, una volta effettuati tutti i conteggi viene regolato, in via straordinaria, alla data del 31/12 di ogni anno, calcolando quanto dovuto per tutti gli Assicurati garantiti a tale data.

4	Condizioni Particolari
----------	-------------------------------

Art. 4.1 - Anticipi

L'Assicurato, qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività della garanzia, può richiedere un anticipo sul pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente; trascorsi 90 giorni dalla guarigione clinica e se la presunta percentuale di invalidità stimata dalla Società in base alla documentazione acquisita sia superiore al 25%, viene corrisposto all'Assicurato un anticipo pari al 50% di quello che spetterebbe in base al presumibile calcolo dell'indennizzo definitivo.

Art. 4.2 - Rischi sportivi

Per quanto concerne i rischi sportivi valgono le seguenti condizioni:

1. La garanzia vale durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico, salvo quanto precisato al punto 2.

L'indennizzo è ridotto alla metà quando l'infortunio si verifichi durante:

- a) la pratica di alpinismo, sci-alpinismo (oltre il terzo grado della "Scala di Monaco" senza accompagnamento di guida/portatore patentati), atletica pesante, arti marziali, lotta nelle varie forme, pugilato, equitazione, canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia), guidoslitta (bob), slittino (skeleton), salto dal trampolino con sci, sci acrobatico, sci su ghiaccio fuori pista senza accompagnamento di guida/portatore/maestro di sci patentato, speleologia;
- b) la partecipazione a gare organizzate o svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni di: baseball, calcio, ciclismo, football americano, rugby, hockey, polo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pentathlon moderno, sci a livello regionale organizzate da sci club, sports su ghiaccio, velocità su pattini a rotelle, skate-board.

2. la garanzia non vale comunque per gli infortuni derivanti da:

- pratica di paracadutismo e sports aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
- pratica a titolo professionistico di sports in genere;
- partecipazione a gare e relative prove con veicoli e natanti a motore in competizioni non di regolarità pura;
- partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo).

Art. 4.3 - Limite catastrofale

Resta convenuto che in caso di evento:

- che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 19.500.000,00;
- qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Art. 4.4 – Danni estetici

Si conviene che in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà, fino ad un massimo di euro 8.000,00 (ottomila/00) per evento, le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dall'evento, allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica.

Art. 4.5 – Recovery Hope

La Società riconosce a favore del Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito) il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite:

1) L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di morte stabilita in polizza. La Società verserà al Beneficiario l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni in seguito definite.

2) Potrà essere esercitata la richiesta di pagamento di indennizzo per Recovery Hope (I) se il Beneficiario sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni, (II) se sarà stata data comunicazione alla Società, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Società, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma, (III) se sarà stata fornita alla Società la documentazione da questa richiesta su tale stato.

3) La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato corredata dal provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope con le modalità e gli effetti previsti in questo allegato, ivi compresi quelli qui di seguito specificati.

4) A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario cesserà e quindi la Società null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario né per morte né per invalidità permanente, salvo il verificarsi delle condizioni indicate nel paragrafo che segue.

5) Nella ipotesi in cui entro 730 giorni dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope il Beneficiario esca totalmente dal coma, la Società, a richiesta del Beneficiario, direttamente, o a richiesta del tutore o curatore (purché debitamente autorizzati - tutore o curatore - con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente), effettuerà il pagamento di un indennizzo integrativo pari al 10% (dieci per cento) dell'importo già corrisposto, sino ad un massimo di € 50.000,00 (cinquantamila). Tale pagamento sarà effettuato dopo che la ripresa dal coma abbia proseguito in modo continuativo ed ininterrotto per almeno 30 (trenta) giorni e a condizione che alla Società sia stata fornita la documentazione richiesta

Art. 4.6 – Contagio accidentale da virus Hiv ed epatite B e C

A parziale deroga di quanto previsto dall'art. 3.8 - Persone non assicurabili - Limiti di età, in caso di contagio da virus HIV o dell'epatite B o C avvenuto esclusivamente durante lo svolgimento dell'attività assicurata descritta in polizza in conseguenza di:

- aggressioni subite dall'assicurato
- puntura o ferita occasionale da oggetto infetto da virus
- trasfusione di sangue e/o emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza
- contagio avvenuto in situazioni di soccorso nell'ambito delle strutture frequentate dall'assicurato a soggetti già portatori del virus

la Società assicura l'indennizzo pari al 50% del capitale garantito per il caso di IP. Con il pagamento di tale indennizzo si esauriscono gli impegni della Società verso l'Assicurato nei confronti del quale la garanzia cessa. Non sono assicurabili e quindi escluse dall'Assicurazione le persone affette da emofilia e tossicomania nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro. Il diritto a questa indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi e deve essere esercitato a pena di nullità esclusivamente secondo la procedura di accertamento stabilita al punto che segue.

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro l'assicurato che ritiene di essere contagiato dal virus HIV o dall'epatite B o C a causa di un evento accidentale come descritto al punto che precede deve darne avviso scritto al broker che gestisce il contratto entro tre giorni dal momento in cui è avvenuto il fatto. Contemporaneamente deve essere inviata per raccomandata al broker una descrizione dettagliata dell'evento certificata dall'Ente presso il quale si è verificato il fatto accidentale. Entro 6 giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi ad un primo test per le patologie assicurate presso un ospedale o istituto di cura pubblico o privato. Qualora dal test risulti che l'assicurato è sieropositivo non sarà dovuto alcun indennizzo e l'assicurazione prevista al punto che precede cessa nei suoi confronti. In caso di sieronegatività entro i successivi 180 giorni l'assicurato dovrà sottoporsi ad un secondo test presso lo stesso ospedale o istituto di cura pubblico o privato. La Società riscontrati gli adempimenti prescritti e constatato il contagio ove certificato dal secondo test immunologico liquiderà l'indennizzo previsto dall'Assicurazione. Tutte le spese mediche relative ai test sono a carico dell'Assicurato, tuttavia, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza anche dette spese saranno rimborsate dalla Società. L'assicurato ha l'obbligo di farsi identificare pena la decadenza dal beneficio dell'Assicurazione al momento di sottoporsi al test immunologico.

In relazione ai rischi descritti al punto che precede ed alla procedura di accertamento della sieropositività si conviene che:

in caso di aggressione a seguito della quale l'assicurato si trovi in condizioni di non autosufficienza (tali da richiedere l'intervento di terzi per il soccorso con conseguente ricovero in strutture sanitarie) l'assicurato deve sottoporsi al test non appena ne abbia avuto la possibilità e comunque entro 180 giorni dall'aggressione;

l'aggressione deve risultare da denuncia anche contro ignoti all'autorità competente; in caso di trasfusione resa necessaria da evento traumatico l'assicurato è esonerato dal primo test restando confermata la necessità di sottoporsi entro i 180 giorni dalla trasfusione; la cartella clinica completa costituirà corredo necessario della pratica di sinistro.

Art. 4.7 – Malattie tropicali

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, la garanzia di cui alla presente Polizza è estesa alle malattie tropicali – intendendosi come tali ai fini della presente estensione: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniziosa - dalle quali l'assicurato associato a CAMPI Cassa di Assistenza Mutua tra gli

Psicologi Italiani fosse colpito e verrà prestata per una somma uguale a quella indicata ai capitali assicurati indicati nel Certificato di assicurazione per il caso di Invalidità Permanente e fino ad un massimo di euro 500.000,00 .

Ferma restando l'adozione della "Tabella INAIL" per la liquidazione dell'Indennità spettante, resta convenuto che l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 15% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.

La validità di detta garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a termini di Polizza viene fissato in due anni dal giorno della denuncia.

Art. 4.8 - Critical illness

A) Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione è estesa alle affezioni critiche di seguito elencate nelle modalità successivamente previste.

L'Impresa liquiderà un importo forfettario pari a € 5.000,00 in seguito alla prima diagnosi di una affezione critica.

L'indennizzo è erogabile una sola volta durante la vigenza della polizza e la copertura cessa automaticamente per l'Assicurato al momento della liquidazione dell'indennizzo stesso, a prescindere dal numero di affezioni critiche riferibili alla persona assicurata.

Sono garantite con il presente contratto le seguenti affezioni critiche:

1. Tumori principali - come da definizione di cui alla lettera F
2. Attacco cardiaco — come da definizione di cui alla lettera F
3. Ictus — come da definizione di cui alla lettera F

Gli indennizzi sono soggetti ad un periodo di carenza di 90 giorni dalla data di effetto della Polizza e alla sopravvivenza dell'Assicurato per almeno 15 giorni dalla data della diagnosi.

B) Esclusioni

La presente assicurazione non si applica a un evento che sia causato, direttamente o indirettamente, interamente o in parte, da qualsiasi delle seguenti evenienze;

1. suicidio tentato o consumato, atti di autolesionismo;
2. sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), complesso AIDS-correlato o qualsiasi infezione provocata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV);
3. anomalie congenite o difetti fisici che secondo la letteratura medica siano tra le cause dirette di una delle affezioni critiche oggetto di garanzia;
4. mancata consultazione di un medico specialista abilitato o inosservanza del parere professionale fornito da un medico specialista abilitato;
5. qualsiasi condizione preesistente;
6. dall'uso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

C) Limiti di età

La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale dei premio per quelle che raggiungono tale limite di età.

D) Termini e modalità di denuncia sinistro

La comunicazione scritta di richiesta di indennizzo deve essere inviata all'Impresa entro 60 giorni dalla diagnosi di una malattia o patologia assicurata di cui la presente Polizza convenzione fornisca la definizione.

La prova dell'insorgenza di qualsiasi malattia o patologia assicurata deve essere sostenuta dalla compresenza dei seguenti elementi:

- a) evidenza medica fornita da medici abilitati in possesso di adeguata specializzazione;
- b) opportuni accertamenti, inclusi, a titolo esemplificativo ma non limitativo, evidenze cliniche, radiologiche, istologiche e di laboratorio.

I termini medici utilizzati nella presente polizza, salvo quanto diversamente specificato, hanno i significati tecnici ad essi comunemente attribuiti ed utilizzati dai medici specialisti nella pertinente branca medica.

La prova di una malattia o patologia assicurata deve essere fornita alla Società durante la vita della persona assicurata ed entro i 6 mesi successivi alla diagnosi di tale malattia o patologia.

E) Rinvio alle Condizioni della Polizza infortuni

Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - sempreché compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della presente polizza convenzione.

F) Definizioni

- Per diagnosi si intende la diagnosi conclusiva effettuata da un medico specialista abilitato, sulla base di specifiche evidenze, indicate nella definizione di polizza riferita alla specifica affezione in questione, ovvero, in assenza di tali evidenze specifiche, sulla base di evidenze radiologiche, cliniche, istologiche o di laboratorio ritenute accettabili dall'Impresa. Tale diagnosi deve essere sostenuta dal medico incaricato dall'Impresa, il quale potrà fondare il suo parere sulle evidenze mediche presentate dalla persona assicurata e/o su qualsiasi evidenza aggiuntiva che potrà richiedere. In caso di divergenza o disaccordo riguardo all'adeguatezza o alla correttezza della diagnosi le parti avranno la possibilità di far ricorso a quanto previsto dall'Art. "Procedura per la valutazione del danno".
- Per condizione preesistente si intende qualsiasi malattia o patologia che sia stata diagnosticata, trattata o per la quale sia stato consultato un medico, in qualsiasi momento prima della data di effetto della presente polizza. A tale fine la malattia o la patologia si ritiene insorta quando sia stata oggetto di accertamento, diagnosi o trattamento o quando la manifestazione dei suoi segni o sintomi indurrebbe una persona normalmente cauta a richiedere una diagnosi, un'assistenza o un trattamento.
- Per medico specialista abilitato si intende qualsiasi persona abilitata ad esercitare la professione medica in Italia con una specializzazione riguardante l'affezione critica oggetto di garanzia.
- Per periodo di carenza si intende il periodo per il quale l'Impresa non è tenuta a corrispondere alcuno degli indennizzi previsti dalla presente polizza per qualsiasi malattia o patologia laddove la diagnosi sia posta entro i 90 giorni successivi alla data di effetto della polizza o laddove i segni o sintomi della condizione in relazione alla quale viene avanzata una richiesta di risarcimento siano iniziati entro i 90 giorni successivi alla data di effetto della polizza.

- Per carcinoma femminile si intende un tumore maligno primario invasivo istologicamente confermato a carico del seno, della cervice uterina, dell'utero, della tuba di Falloppio, dell'ovaio o della vagina/vulva.
- Per carcinoma femminile in situ si intende una nuova crescita autonoma localizzata di cellule carcinomatose che non abbia ancora determinato l'invasione dei tessuti normali. Per invasione si intende l'infiltrazione e/o la distruzione attiva del tessuto o del tessuto adiacente. La patologia del carcinoma femminile in situ per la quale la presente polizza offre una copertura è limitata ESCLUSIVAMENTE a seno, cervice uterina, utero, ovaio, tuba di Falloppio e vagina/vulva. La diagnosi di carcinoma femminile in situ deve sempre essere posta in maniera certa sulla base di un esame microscopico di tessuto fissato, mentre nel caso della cervice uterina deve essere ulteriormente sostenuta da una biopsia anulare. L'esito del Pap Test è considerato una diagnosi preliminare e deve essere confermato da un risultato biotico affinché la richiesta di risarcimento possa essere presa in considerazione. La diagnosi clinica non soddisfa il suddetto requisito.
- Per tumore principale si intende un tumore maligno caratterizzato dalla crescita e dalla diffusione incontrollata di cellule maligne con invasione e distruzione del tessuto normale. Tale diagnosi deve essere sostenuta da evidenze istologiche di malignità e confermata da un oncologo o patologo.

Sono esclusi:

1. tumori che mostrino le alterazioni maligne del carcinoma in situ e tumori istologicamente descritti come premaligni o non invasivi. inclusi a titolo esemplificativo e non limitativo: carcinoma mammario in situ, displasia cervicale CIN-I, CIN-2 e CIN-3;
2. ipercheratosi, carcinoma basocellulare e spinocellulare, melanomi e altri tumori della pelle;
3. tumori della prostata, microcarcinoma papillare TINOMO della tiroide, microcarcinoma papillare della vescica e leucemia linfocitica cronica;
4. ogni tipo di tumore in presenza di infezione da HIV;
5. carcinoma femminile e carcinoma femminile in situ.

Per attacco cardiaco si intende la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco derivante da inadeguato afflusso di sangue al distretto pertinente comprovata da adeguata documentazione medica.

Per ictus si intende un episodio cerebrovascolare, ovvero infarto del tessuto cerebrale, emorragia cerebrale e subaracnoidea, embolia cerebrale e trombosi cerebrale comprovato da adeguata documentazione medica.

Sono esclusi:

1. gli attacchi ischemici transitori;
2. danno cerebrale dovuto a infortunio o lesione, infezione, vasculite e patologia infiammatoria;
3. patologia vascolare dell'occhio o del nervo ottico;
4. disturbi ischemici dell'apparato vestibolare.

Art. 5.1- Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla Società di brokeraggio De Besi Di Giacomo Spa Roma di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

Per quanto concerne l'incasso dei premi di polizza, il relativo pagamento verrà effettuato dalla Contraente al Broker, che provvederà al versamento alla Società; resta, pertanto, intesa l'efficacia liberatoria, anche ai termini dell'art. 1901 del Codice civile, del pagamento effettuato.

Agli effetti dei termini fissati dalle Condizioni di Assicurazione, ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società si intenderà come fatta dal contraente e, parimenti, ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà come fatta alla Società.