

E' nato un nuovo modo di **sentirti** al sicuro



La nuova assicurazione **AIG** Vita riservata
esclusivamente ai clienti di **BARCLAYS**

Convenzione Sanitaria
“Curati&Assicurati”

n. AH/08/02

stipulata tra:

Barclays Family S.p.A.

con sede in Milano – 20135 - Via Arconati, 1

di seguito definita “Contraente”

e

AIG VITA S.p.A.

con sede in Roma - 00185 - Viale Castro Pretorio, 124

Mod. SP ed. 10.2008



A) NOTA INFORMATIVA

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

1. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
2. INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE AL CONTRATTO
3. INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO

1 – INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**1. Informazioni generali**

La denominazione sociale della Compagnia è AIG VITA ed è costituita nella forma giuridica di Società per Azioni a socio unico e soggetta a controllo e coordinamento da parte di ALICO.

AIG Vita e ALICO appartengono al Gruppo – American International Group Inc.

La Sede Legale e la Direzione Generale sono stabilite in Italia, in:

Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 ROMA
Tel. 06/492161 Fax 06/49216300
www.aigvita.com - sede.roma@aig.com

La Compagnia è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ISVAP n°1 del 29/12/1994 G.U. n°12 del 16/01/1995 e n°323 del 05/08/1996 G.U. n°193 del 19/08/1996.

2. Conflitto di interessi

AIG Vita S.p.A. che commercializza il presente contratto, appartiene al Gruppo (American International Group). Non essendoci alcun riconoscimento di utilità derivante da rapporti di affari propri o di società del gruppo, il presente contratto non presenta situazioni di conflitto di interessi. La Società in ogni caso si impegna ad ottenere per i contraenti il miglior risultato possibile indipendentemente dall'esistenza di accordi.

2 – INFORMAZIONI GENERALI RELATIVE AL CONTRATTO**3. Legislazione**

Il presente contratto è soggetto alla legge italiana. Ai sensi del Codice delle Assicurazioni, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

4. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto all'Assicuratore:

AIG Vita S.p.A. - Ufficio Reclami
Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 ROMA
Tel. 06- 492161 - Fax 06-49216300
Indirizzo e-mail: reclami@aig.com

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi a:

ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
Tel. 06/421331

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

5. Prescrizione

I diritti derivanti dal presente contratto si prescrivono nel termine di un anno a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (Art. 2952 del Codice Civile).

3 – INFORMAZIONI SPECIFICHE RELATIVE AL CONTRATTO

Le presenti informazioni hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali delle garanzie e non hanno natura di pattuizione contrattuale. Per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle Condizioni Generali di Assicurazione contenute in polizza.

6. Durata del contratto

La copertura decorre dalle ore 24.00 della data di erogazione del finanziamento e rimane in vigore per tutta la durata prevista del piano iniziale di rimborso del finanziamento – fino ad un massimo di 84 mesi.

Eventuali periodi di differimento di rimborso del finanziamento non prolungano la durata della copertura assicurativa che cessa alle ore 24.00 della data inizialmente prevista quale termine del piano di rimborso del finanziamento. In caso di estinzione anticipata del finanziamento, il programma assicurativo cesserà automaticamente.

7. Modalità di perfezionamento del contratto

Il contratto di assicurazione è concluso nel momento in cui l'Assicurato sottoscrive la dichiarazione di adesione. Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 del giorno di erogazione del finanziamento e rimane in vigore per tutto il periodo di validità del finanziamento, a condizione che il premio assicurativo corrispondente risulti pagato.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, in caso di intervenuta inassicurabilità dell'Assicurato o in caso di disdetta da comunicarsi a mezzo di lettera raccomandata A/R alla Contraente.

8. Documentazione da consegnare all'Assicuratore per la liquidazione delle prestazioni

In caso di sinistro, per consentire la liquidazione della prestazione assicurata, deve essere fornita all'Assicuratore la documentazione indicata **nell'Art. 31** delle Condizioni di Assicurazione "Denuncia di sinistro ed obblighi relativi".

In caso di indennizzo, l'Assicuratore si impegna a procedere al regolamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa, salvo casi particolari.

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, fatte salve specifiche disposizioni di legge.

9. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

10. Lingua in cui è redatto il contratto

Il contratto e ogni documento ad esso allegato, sono redatti in lingua italiana.

11. Informativa in corso di contratto

L'Assicuratore si impegna a comunicare tempestivamente alla Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nella Nota Informativa, intervenute anche per effetto di modifiche alla normativa successive alla conclusione del contratto, con indicazione di obbligo di comunicazione agli Assicurati per la parte di loro interesse.

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti di indennizzo, gli obblighi in caso di sinistro, il recesso delle parti.

Ai sensi dell'articolo 166 del Codice delle Assicurazioni (D. Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico dell'Assicurato sono riportate mediante caratteri di particolare evidenza. Nel prosieguo le menzionate clausole sono stampate in **grassetto**.

AIG Vita S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente "Nota Informativa"

B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE SANITARIA**Definizioni**

Ai seguenti termini, richiamati in polizza, le parti attribuiscono i significati di seguito riportati:

Assicurato: il richiedente del finanziamento che abbia aderito al Programma Assicurativo **“Curati&Assicurati”** sottoscrivendo l’apposita clausola riportata nel contratto di finanziamento.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assicuratore: AIG Vita S.p.A.

Contraente: **Barclays Family S.p.A.** - 20135 Milano, Via Arconati n. 1 - che stipula il contratto collettivo di assicurazione con l’Assicuratore.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Data di scadenza originaria del finanziamento: si intende la data di decorrenza a cui si aggiunge la durata contrattualmente prevista, senza includere eventuali periodi di differimento né ridefinizioni e/o rinegoziazioni della durata del piano di ammortamento.

Diaria da ricovero: indennità giornaliera prevista in caso di ricovero dell’Assicurato in Istituto di Cura a seguito di infortunio.

Dichiarazione sullo stato di salute: documento che l’Assicurato deve compilare e sottoscrivere prima della stipulazione del contratto, contenente dichiarazioni sul proprio stato di salute.

Frattura: una soluzione di continuo dell’osso, parziale o totale, con o senza spostamento prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.

Finanziamento: il Prestito Personale erogato da **Barclays Family S.p.A.** al proprio Cliente.

Gesso: applicazione permanente e inamovibile di mezzo di contenzione costituito da fasce o docce confezionate con gesso o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanic.

Indennizzo: somma dovuta dall’Assicuratore a titolo di riparazione del danno subito da un proprio Assicurato al verificarsi del sinistro coperto dal presente contratto di Assicurazione.

Infortunio: l’evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili all’Assicurato.

Intervento chirurgico: tecnica terapeutica cruenta applicata sull’Assicurato, mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad infortunio e/o malattia.

Istituto di Cura: l’ospedale pubblico, la clinica o casa di cura privata regolarmente autorizzati al ricovero in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza o lungo degenza, di soggiorno e le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio.

Malattia cronica: malattia ad andamento prolungato con scarsa tendenza alla guarigione.

Malattia improvvisa: malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti note e/o diagnosticate alla data di sottoscrizione della polizza.

Nomenclatore: l'elenco di interventi chirurgici classificati per tipologia e suddivisi per classi di indennizzo.

Polizza: il documento cartaceo che prova la stipula del presente contratto di Assicurazione.

Premio: il corrispettivo annuo dovuto dall'Assicurato all'Assicuratore.

Prestazioni assicurate: le prestazioni, in termini di indennizzi e servizi, garantite dall'Assicuratore in caso di sinistro.

Ricovero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, pubblico o privato che comporti almeno un pernottamento.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Termini di aspettativa: periodo iniziale dalla data di decorrenza del contratto durante il quale l'eventuale sinistro non è indennizzato dall'Assicuratore.

Tutore Immobilizzante: presidio immobilizzante, limitatamente al tronco od ai grandi segmenti scheletrici, per il quale l'Assicurato sia costretto a riposo assoluto o sia impossibilitato a deambulare liberamente e comunque non sia in grado di attendere autonomamente alle normali esigenze di vita e/o alle occupazioni professionali.

Condizioni Generali di Assicurazione

Premessa:

Le presenti condizioni assicurative sono destinate ai clienti di Barclays Family la quale ha sottoscritto la polizza collettiva sanitaria n. AH/08/02.

Art. 1 - Base dell'Assicurazione

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni degli Assicurati.

Art. 2 - Decorrenza e durata del programma assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di erogazione del finanziamento e rimane in vigore per tutta la durata prevista del piano iniziale di rimborso del finanziamento fino ad un massimo di 84 mesi.

Eventuali periodi di differimento di rimborso del finanziamento non prolungano la durata della copertura assicurativa che cessa alle ore 24.00 della data inizialmente prevista quale termine del piano di rimborso del finanziamento. In caso di estinzione anticipata del finanziamento, il programma assicurativo cesserà automaticamente.

La data di decorrenza della copertura sarà indicata nella lettera che Barclays Family invierà all'indirizzo dell'Assicurato.

Art. 3 - Durata e proroga del contratto

Il programma assicurativo termina alla data di scadenza originaria del finanziamento, senza obbligo di disdetta tra le parti, salvo il diritto dell'assicurato di inviare disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della ricorrenza annuale.

Art. 4 - Diritto di recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo entro 30 giorni dalla data di decorrenza del medesimo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata alla Contraente. In tal caso, sarà restituito all'Assicurato il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso da parte dell'Assicurato.

Art. 5 - Recesso a seguito di sinistro

Dopo la denuncia di ogni sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Assicuratore e/o l'Assicurato possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata. In tal caso, sarà restituito all'Assicurato il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato 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 (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 7 - Aggravamento del rischio

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Assicuratore di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore 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. 8 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Assicuratore è tenuto a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 9 - Foro competente

Per ogni controversia relativa al presente contratto è esclusivamente competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Art. 10 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 11 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Art. 12 - Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il Mondo intero.

Art. 13 - Legge applicabile e rinvio

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

Art. 14 - Clausola Broker

La Contraente dichiara di aver affidato alla Spettabile Fincom Due Srl - 20125 Milano, Via Paolo Bassi n. 15 - la gestione della presente Convenzione. Di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente Convenzione saranno svolti per conto della Contraente dalla Spettabile Fincom Due Srl, la quale tratterà direttamente con l'Assicuratore.

Condizioni che regolano l'Assicurazione AIG Vita Sanitaria

Art. 15 - Sommario delle garanzie

AIG Vita S.p.A. assicura, in caso di ricovero dell'Assicurato, il pagamento di un indennizzo riportato nella seguente tabella:

Garanzia	Classi e massimali						
	1	2	3	4	5	6	7
Interventi	€ 100	€ 300	€ 500	€ 1.000	€ 1.500	€ 2.000	€ 3.000
Diaria da ricovero a seguito di infortunio	€ 50,00 con il massimo 30 giorni per anno						
Diaria da gesso a seguito di infortunio	€ 25,00 con il massimo di 30 giorni per anno						

Art. 16 - Modalità assuntive

Al momento della stipulazione del contratto il sottoscrittore del finanziamento rilascerà alla Barclays Family una dichiarazione di buona salute.

Premesso, pertanto, che l'Assicuratore non avrebbe acconsentito a stipulare l'Assicurazione laddove avesse saputo che l'Assicurato al momento della stipulazione dell'Assicurazione era affetto ovvero era stato affetto da qualcuna delle cause di inassicurabilità previste dall'**Art. 23**, il contratto deve considerarsi in tal caso annullabile ai sensi dell'articolo 1892 del codice civile ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili.

Art. 17 - Aggravamento del rischio in corso di validità contrattuale

Laddove nel corso del contratto si manifestino nell'Assicurato una delle cause di inassicurabilità previste dall' **Art. 23**, l'Assicurato è tenuto a comunicarlo per iscritto all'Assicuratore, in quanto tale fattispecie costituisce per l'Assicuratore aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile; di conseguenza, l'Assicuratore potrà recedere dal contratto con effetto immediato ed i sinistri verificatisi successivamente all'insorgenza di taluna delle sopraindicate patologie non sono indennizzabili ai sensi di quanto previsto dall'art. 1898 del codice civile.

Art. 18 - Residenza dell'Assicurato

L'Assicurazione copre i sinistri oggetto del presente contratto relativi all'Assicurato purché residente nel territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di S. Marino, della Città del Vaticano.

Art. 19 - Premio assicurativo

Il tasso di premio unico anticipato è pari a **€ 9,00**, comprese imposte, moltiplicato per il numero di mesi di durata del finanziamento ed è determinato al momento della stipulazione del contratto.

Art. 20 - Limiti di età al termine del contratto

Sono assicurabili le persone che al termine del contratto non abbiano età superiore a 75 anni. L'età si calcola in anni interi trascurando la frazione di anno inferiore a sei mesi e computando come anno la frazione uguale o superiore a sei mesi.

Art. 21 - Termini di aspettativa

Le garanzie previste dal presente contratto si intendono operanti:

- dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza per gli interventi conseguenti ad infortuni;
- dalle ore 24.00 del 30° giorno successivo alla data di decorrenza per gli interventi conseguenti a malattia.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante il medesimo Assicurato e identiche garanzie, gli anzidetti termini di aspettativa si intendono abrogati.

Art. 22 - Patologie preesistenti

L'assicurazione non è operante per gli Interventi riconducibili a infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici preesistenti alla data di decorrenza del contratto intendendosi per tali quelli per i quali l'Assicurato:

- sia stato visitato e/o curato da un medico;
- abbia assunto terapia farmacologica;
- abbia eseguito accertamenti diagnostici.

Art. 23 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sindromi organico cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici, siano portatrici di invalidità permanente già accertata pari o superiore ai 2/3 della capacità generica.

Pertanto qualora ricorrano una o più delle sopraindicate fattispecie il contratto è nullo ed i sinistri nel frattempo verificatisi non sono indennizzabili e i premi che fossero stati eventualmente incassati verranno restituiti all'Assicurato (con esclusione delle imposte) per il periodo intercorrente tra la manifestazione di predetta condizione e la scadenza contrattuale prevista.

Art. 24 - Esonero denuncia altre assicurazioni

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto all'Assicuratore dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Nel caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910, 3° comma, del codice civile, il Contraente o l'Assicurato sarà tenuto a comunicare all'Assicuratore l'esistenza di qualsiasi altra copertura assicurativa stipulata in relazione al medesimo rischio.

Il medesimo soggetto non può assumere la veste di Assicurato in forza di più polizze della presente tipologia stipulate con l'Assicuratore. Resta quindi espressamente inteso, a fini di maggior chiarezza, che, in caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Assicuratore non garantirà in nessun caso ad un singolo Assicurato o ai suoi aventi diritto, somme complessivamente superiori a quelle dovute in forza del presente contratto.

Garanzie prestate, somme assicurate, esclusioni

Art. 25 - Oggetto dell'Assicurazione

AIG Vita assicura, in caso di intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia:

- un indennizzo pattuito in misura fissa e forfetaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito, elencato nel "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici";
- una diaria per ogni giorno di ricovero in un Istituto di Cura, reso necessario da infortunio;
- una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia portatore di ingessatura o di tutore immobilizzante.

Art. 26 - Requisiti per l'indennizzabilità dell'Intervento chirurgico

L'ammontare dell'indennizzo è prestabilito in misura fissa e forfetaria per tipologia di intervento chirurgico il cui elenco è presente sul sito internet dell'Assicuratore www.aigvita.com, all'interno della sezione "Prodotti" ed è stato consegnato all'Assicurato per mezzo della Welcome Letter che Barclays Family ha inviato a tutti gli Assicurati.

Pertanto incrociando le classi di appartenenza dell'intervento chirurgico, riportate nell'elenco, e la somma forfetaria di indennizzo per classe, sarà possibile stabilire la misura dell'indennizzo medesimo.

L'Assicurazione è prestata a condizione che l'Intervento cui l'Assicurato è stato sottoposto:

- dovrà essere preventivamente comunicato alla centrale operativa;
- sia ricompreso tra quelli elencati nel "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici";
- sia richiesto come necessario da un medico;
- richieda la presenza di un medico anestesista durante l'atto operatorio;
- richieda un atto medico perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti;
- sia effettuato in un Istituto di Cura regolarmente autorizzato al ricovero in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità;
- comporti almeno un pernottamento in regime di ricovero ordinario;
- venga effettuato in Italia o all'estero solo se l'Assicurato si trova in viaggio per un massimo di 60 giorni.

Art. 27 - Indennizzo per Intervento Chirurgico

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad uno degli interventi chirurgici riportati nel "Nomenclatore degli Interventi" l'Assicuratore garantisce il pagamento dell'indennizzo forfetario, indicato nella Tabella delle Garanzie corrispondente alla classe di appartenenza dell'intervento chirurgico, in base alle seguenti modalità:

- 100% in caso di intervento presso una struttura sanitaria pubblica o privata; qualora il totale delle spese sostenute dall'Assicurato fosse inferiore all'indennizzo previsto per l'intervento, viene corrisposta all'Assicurato la differenza fino al raggiungimento dell'intero indennizzo garantito;
- in caso di più interventi effettuati durante lo stesso ricovero, l'Assicuratore corrisponde solo l'importo relativo all'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti;
- in caso di più interventi distanti fra loro meno di 30 giorni, l'Assicuratore corrisponde l'importo che risulti minore tra la somma degli indennizzi dovuti per i singoli interventi e il 150% dell'indennizzo previsto per l'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti.

Art. 28 - Diaria da ricovero a seguito di infortunio

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato una diaria per ogni giorno di ricovero in un Istituto di Cura, reso necessario da infortunio. In particolare, corrisponderà all'Assicurato l'indennità di € 50,00 per ogni giorno di degenza, per una durata massima di 30 giorni per ricovero e per anno assicurativo.

L'indennizzo per diaria da ricovero non è cumulabile con quella per diaria da ingessatura da infortunio.

Art. 29 - Diaria per apparecchio gessato a seguito di infortunio

Se, in conseguenza di infortunio comportante una frattura, l'Assicurato sia portatore di ingessatura o di tutore immobilizzante l'Assicuratore liquida la somma assicurata, pari a € 25,00 al giorno, dal giorno della applicazione fino alla rimozione dell'ingessatura, per un periodo massimo di 30 giorni per anno.

La diaria viene liquidata a seguito della presentazione dei certificati medici attestanti l'avvenuta applicazione e rimozione del gesso o del tutore immobilizzante e dell'esame radiografico attestante la frattura.

L'indennizzo per diaria da ingessatura non è cumulabile con quello per diaria da ricovero da infortunio.

Art. 30 - Esclusioni

Ferme le fattispecie di non assicurabilità di cui **all'Art. 23** che precede, sono esclusi dall'assicurazione gli Interventi subiti a seguito di:

- partecipazione a guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ubriachezza accertata;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- tutte le conseguenze, dirette o indirette, risultanti da un infortunio o da una malattia antecedente alla data di decorrenza della polizza;
- uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e sport aerei in genere;
- dalla pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport: paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, pugilato, rugby, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport aerei in genere, sport subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore;
- dalla partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, a corse, gare e relativi allenamenti di: baseball, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;
- dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria.

Sono inoltre esclusi gli interventi:

- di chirurgia plastica o estetica;
- finalizzati alla fecondazione o infertilità;
- maternità, gravidanza, aborto;
- per la donazione di organi o tessuti;
- per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- di chirurgia refrattiva;
- di chirurgia dentale;
- correlati alla sindrome da immunodeficienza acquisita;
- correlati a malattie mentali;
- per la riduzione dell'obesità;
- connessi a trattamenti di dialisi.

Norme relative ai sinistri

Art. 31 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro la denuncia con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata alla documentazione medica deve essere fatta per iscritto entro 60 giorni dall'evento o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, richiedendo l'apposito modulo di denuncia predisposto dall'Assicuratore al n. telefonico 06.42.115.753 dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì oppure tramite fax al n. 06.42.115.243 contenente anche l'indicazione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro.

Il modulo di denuncia è anche scaricabile attraverso il sito internet dell'Assicuratore www.aigvita.com all'interno della sezione "Prodotti".

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

E' considerata come data di denuncia sinistro la data di spedizione della denuncia attestata dal timbro dell'Ufficio Postale.

L'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, oltre quella riportata nell'apposito modulo.

Art. 32 - Collegio medico

Fatta salva la facoltà dell'Assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, in caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto 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 la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 33 - Rinuncia al diritto di rivalsa

L'Assicuratore rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio