



ASSICURAZIONE Malattia e Infortunio

DIP - Documento informativo precontrattuale relativo al prodotto assicurativo:

Compagnia: AdIR "Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana"

Polizza Rimborso Spese Sanitarie e Infortuni Collettiva

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

Che tipo di assicurazione è?

Il presente contratto garantisce il rimborso delle spese sostenute dagli Assicurati per le cure sanitarie, reso necessario da malattia o infortunio e la corresponsione di un capitale in caso di Morte e/o Invalidità permanente da Infortunio



Che cosa è assicurato?

Sezione Malattia: garantisce il pagamento o il rimborso delle spese mediche connesse ad un ricovero con o senza Intervento Chirurgico, o ad un Day Hospital/Day Surgery, o ad un Grande Intervento chirurgico - GIC (da elenco) reso necessario da Malattia o Infortunio. Nel caso il ricovero sia a carico del servizio sanitario nazionale verrà corrisposta un'Indennità sostitutiva. La polizza garantisce anche le spese pre e post connesse al Ricovero o Day Hospital /Day Surgery e particolari prestazioni specialistiche extra-ricovero tra cui: prestazioni di alta diagnostica (da elenco), le cure odontoiatriche (solo presso Strutture Convenzionate attivando il Pagamento Diretto), le cure oncologiche ed il pacchetto maternità.

- ✓ Servizi Aggiuntivi:
- Card Salute Virtuale
 - Tariffe vantaggiose
 - Cartella Medica online
 - App Mobile

L'Impresa di assicurazione indennizza i danni subiti dall'assicurato fino a un importo massimo stabilito in polizza (cd. massimale assicurato) con riferimento a ciascuna garanzia.

Sezione Infortuni valida esclusivamente per i Dipendenti di Roma Capitale:

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- ✓ delle attività professionali principali o secondarie dichiarate in polizza;



Sezione Malattia: non sono assicurabili:

- ✗ Non sono assicurabili i soggetti con età massima all'ingresso di 69 anni compiuti e di età massima all'uscita di 70 anni compiuti;
- ✗ Le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS;
- ✗ Le persone non residenti in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano;
- ✗ i soli componenti del Nucleo Familiare;
- ✗ le Patologie Preesistenti e relative complicanze, conseguenze (dirette o indirette) in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- ✗ le conseguenze dirette e indirette di infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza della copertura, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- ✗ le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- ✗ gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- ✗ alle prestazioni con finalità estetiche, dietologiche fitoterapiche e omeopatiche, alle manifestazioni inerenti malattie mentali, disturbi psicologici e quelli riferibili ad "esaurimento nervoso";
- ✗ gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- ✗ gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- ✗ le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo e le conseguenze di movimenti tellurici, alluvioni e maremoti.

Sezione Infortuni: non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, psicosi in genere, forme maniaco depressive o stati paranoici, nonché le persone con più di 75 anni di età.



Ci sono limiti di copertura?

Sezione Malattia: sono previste esclusioni e le garanzie possono presentare franchigie, scoperti e limiti di indennizzo specifici.

- ! Sono operanti dei Termini di Carenza durante i quali le garanzie non sono operanti, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- ! Per i Grandi Interventi Chirurgici fanno riferimento solo quelli elencati;

Sezione Infortuni:

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- ! dalla 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 abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ! da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- ! da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- ! da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- ! da suicidio e tentato suicidio;
- ! da guerre (dichiarate e non), guerriglie ed insurrezioni, salvo gli infortuni causati da guerra (dichiarata e non), guerriglia, insurrezione, o da atti di terrorismo che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.;
- ! da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc);
- ! da atti di terrorismo verificatisi fuori dal territorio della Repubblica Italiana, in Paesi nei quali erano già in corso, prima dell'arrivo dell'Assicurato, atti di belligeranza (come guerra, anche se non dichiarata, guerriglia, insurrezioni) e/o occupazioni militari.

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

- di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore; si precisa che è considerata pratica di sport anche l'effettuazione di "prove libere" – amatoriali e non – all'interno di impianti sportivi appositamente attrezzati, quali, ad esempio, autodromi, nonché l'utilizzo di veicoli o natanti a motore in luoghi che per le loro caratteristiche non possono essere considerati aree o specchi d'acqua assoggettati all'obbligo di assicurazione di cui D.I.gs. 7 settembre 2005 n.209 e sue successive modificazioni;
- dalla pratica dello sport del paracadutismo nonché di ogni attività comportante l'utilizzo, anche come passeggero, di aeromobili o di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio) salvo quanto il "Rischio volo";
- dalla pratica di qualsiasi sport costituente per l'Assicurato attività professionale (principale o secondaria) o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;



Dove vale la copertura?

Le garanzie della polizza sono valide in tutto il mondo



Che obblighi ho?

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

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza oppure la perdita totale o parziale dell'indennizzo.

Se il dipendente decide di includere in copertura il Nucleo Familiare la richiesta di adesione deve essere inviata alla Società entro il primo mese dalla Data di Decorrenza della Polizza del Dipendente, oltre tale periodo i familiari non possono essere inclusi, salvo eventuali variazioni dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita avvenute successivamente all'assunzione del dipendente oppure al primo rinnovo utile. Fermo il limite di tempo di un mese.

In caso di Sinistro l'Assicurato è tenuto a comunicarlo alla Centrale Operativa appena ne ha la possibilità.

Se l'Assicurato ritiene di avvalersi di Strutture Convenzionate, prima di accedere all'Istituto di Cura, con un preavviso di almeno di due giorni lavorativi (salvo casi di comprovata urgenza), devi sempre contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione al Pagamento Diretto della prestazione.



Quando e come devo pagare?

La prima rata di premio deve essere pagata al momento della sottoscrizione del contratto, le rate successive devono essere pagate alle previste scadenze. Il pagamento del premio è annuale anticipato e non vi sono rateizzazioni.

Puoi pagare il premio mediante: bonifico bancario; moneta elettronica;

Devi provvedere al pagamento del Premio direttamente in favore della Compagnia o in favore dell'Agenzia presso cui viene stipulato il contratto.

Il Premio è comprensivo di imposte, tasse e contributi nella misura prevista dalla vigente normativa.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre (fatti salvi eventuali Termini di Carenza, ove previsti) dalle ore 24 del giorno in cui hai firmato la polizza e pagato il premio, salvo che la polizza stabilisca una data di decorrenza successiva.

Se non paghi i Premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

La validità dell'assicurazione è annuale, con possibilità di tacito rinnovo per periodi di un anno per ciascun rinnovo.

Relativamente alla Sezione Malattia per i soli componenti del Nucleo Familiare sono previsti dei termini di aspettativa (detti anche "carenze") per cui la copertura assicurativa inizia:

- a) dal momento in cui ha effetto la polizza o della data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per gli infortuni;
- b) dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per le Malattie
- c) dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per il parto se la gravidanza è iniziata successivamente dalla Data di Decorrenza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- d) dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, per le cure odontoiatriche.



Come posso disdire la polizza?

"In presenza di tacito rinnovo può disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale. In mancanza di disdetta, esercitata nei termini e nelle modalità indicate, l'Assicurazione si intende rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno."



Assicurazione contro i danni

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

Compagnia: Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana
Prodotto: RIMBORSO SPESE SANITARIE e INFORTUNI COLLETTIVA

Data ultimo aggiornamento: Marzo 2026

Il Dip aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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.

Società

Le Assicurazioni di Roma - Mutua Assicuratrice Romana.

Sede legale: Italia

Indirizzo: Lungotevere Vittorio Gassman 22 – 00146 Roma

Recapito telefonico: 0658781 - Sito internet: www.adir.it

Indirizzo email: gerenza@adir.it;

PEC: gerenza.adir@pec.it;

Autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Decreto Ministeriale del 26/11/1984 pubblicato sulla G.U. n. 357 del 31/12/1984 sup ord. N. 79 e Provv. ISVAP n°2602 del 28/03/2008 su Bollettino ISVAP, anno III° n. 3 (Sez. I - Albo Imprese IVASS n° 1.00040).

Il Patrimonio netto di Le Assicurazioni di Roma è pari a 203,9 milioni di euro di cui 15,5 milioni di euro di fondo di garanzia statutario e 188,4 milioni di euro di riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità (solvency ratio), che rappresenta il rapporto tra l'ammontare dei fondi propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità e l'ammontare dell'SCR, per l'anno 2023 è pari al 399,9%.

Il requisito patrimoniale minimo (MCR) è pari ad € 15.508.375,00.

I fondi propri ammissibili alla loro copertura sono pari ad € 224.260.027,00.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito internet dell'impresa www.adir.it nella sezione "Società Trasparente" > "Bilanci".

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

<p>SEZIONE MALATTIA</p>	<p>La polizza garantisce i rimborsi delle spese sostenute dagli Assicurati per le cure sanitarie, a seguito di infortuni o malattia. Le prestazioni sanitarie di cui l'Impresa si fa carico vengono erogate all'Assicurato attraverso l'utilizzo di un circuito convenzionato, contattando preventivamente la Centrale Operativa. L'Assicurato può comunque rivolgersi a strutture non convenzionate o al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).</p> <p>È possibile estendere la copertura assicurativa anche al nucleo familiare del lavoratore dipendente di Roma Capitale.</p> <p>È previsto un rimborso per le seguenti spese, sostenute dall'Assicurato in caso di prestazioni correlate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grande Intervento chirurgico - GIC (da elenco); • Ricovero con Intervento Chirurgico (diverso dal GIC) o senza Intervento Chirurgico; • Day Hospital / Day Surgery; Intervento Chirurgico Ambulatoriale; • Spese pre e post per: Grande Intervento Chirurgico, ricovero anche senza intervento chirurgico e Day Hospital / Day Surgery; • Rette di degenza; • Spese per vitto e pernottamento accompagnatore; • Trasporto Sanitario: vengono rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato all'istituto di cura, di trasferimento da un istituto ad un altro e di rientro alla propria abitazione con mezzo di trasporto sanitario; • Rimpatrio della salma: vengono rimborsate le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia; • Indennità sostitutiva per Grande Intervento Chirurgico; • Indennità sostitutiva per ricovero con Intervento Chirurgico (diverso dal GIC) o senza Intervento Chirurgico e Day Hospital / Day Surgery; • Ticket SSN - ospedaliero: vengono rimborsate le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione assicurata. • Prestazioni extraospedaliere di Alta Diagnostica (da elenco); • Prestazioni extraospedaliere per visite specialistiche ed analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici e rieducativi; • Cure Oncologiche effettuate in regime extraospedaliero; • Cure odontoiatriche (solo presso Strutture Convenzionate attivando il Pagamento Diretto); • Pacchetto maternità: vengono rimborsate le spese per ecografie effettuate durante la gravidanza, viene corrisposta un'indennità sostitutiva nel regime in SSN per il parto e vengono rimborsate le spese per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita del neonato. • Lenti e occhiali (solo per i Dipendenti)
<p>SEZIONE INFORTUNI Valida solo per il personale dipendente</p>	<p>Morte: Se l'infortunio indennizzabile a termini di polizza ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali;</p> <p>Invalidità permanente: riconosce il pagamento di un indennizzo in caso di perdita definitiva, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;</p> <p>La copertura infortuni comprende anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le ernie di origine traumatiche; - La rottura sottocutanea, traumatica e non, del tendine; in particolare: tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non), tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), tendine rotuleo, tendine dell'estensore del pollice, tendine del quadricipite femorale <p>L'assicurazione Infortuni si intende prestata alle condizioni previste in polizza; l'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e alle somme assicurate concordate con il Contraente.</p>
<p>AVVERTENZA: per ciascuna delle sezioni sopra descritte l'ampiezza dell'impegno dell'Impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il contraente (e previste in polizza).</p>	



Che cosa NON è assicurato?

<p>Rischi esclusi</p>	<p>Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alcolismo; • tossicodipendenza; • infezioni da H.I.V. e sindromi correlate con o senza A.I.D.S. <p>Non possono accedere alle prestazioni persone di età superiore a 70 anni.</p>
------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Le esclusioni non operano per le patologie oncologiche da cui è guarito l'assicurato ed il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, secondo quanto stabilito dal diritto all'Oblio oncologico.



A chi è rivolto questo prodotto?

È un prodotto rivolto ai Dipendenti non Dirigenti di Roma Capitale ed ai rispettivi nuclei familiari, come indicato nelle definizioni di polizza.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione:

Questa polizza non prevede alcun costo di intermediazione in quanto "Le Assicurazioni di Roma" non si avvale di intermediari ma distribuisce il prodotto direttamente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami vanno inoltrati a: Le Assicurazioni di Roma, Servizio Reclami – Lungotevere Vittorio Gassman 22 – 00146 Roma, Fax 065878335; email reclami@adir.it . L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
All'IVASS	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 .

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

Arbitro Assicurativo (obbligatorio)	Presentando ricorso: - all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione (obbligatoria)	Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negazione assistita	È possibile ricorrere alla negoziazione assistita tramite richiesta del proprio avvocato all'impresa assicuratrice.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Il reclamante può ricorrere ai sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, quali: <ul style="list-style-type: none"> • arbitrato irrituale, laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, o in caso di successivo accordo compromissorio, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. • arbitrato rituale, laddove espressamente previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione o in caso di successivo accordo compromissorio. • Per la soluzione delle liti transfrontaliere si può presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>Regime fiscale Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigenti in Italia.</p> <p>Detrazione fiscale premi I premi per assicurazioni sanitarie versati dal Contraente non sono detraibili fiscalmente.</p> <p>Tassazione prestazione assicurata È ammessa la detrazione fiscale delle spese sanitarie ai sensi di legge</p>
-----------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?	
Diritto all'oblio oncologico	<p>Il cliente, precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - alla data della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione, non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</p> <p>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link: https://www.adir.it/roma-capitale-polizza-malattia-ed-infortuni/</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi, senza oneri ed entro 30 gg. dalla richiesta, da una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata o da un medico dipendente del servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica di cui si chiede l'oblio o dal medico di medicina generale oppure dal pediatra di libera scelta.</p>
Effetti dell'oblio oncologico per le Imprese	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

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

POLIZZA SANITARIA ED INFORTUNI
COLLETTIVA

Condizioni di Polizza

Ed. 03_2026

GLOSSARIO SETTORE A - MALATTIA

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nel Set informativo con il significato loro attribuito dalla Società.

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione gli stessi termini sono evidenziati in carattere maiuscolo.

Aborto Terapeutico

Interruzione volontaria della gravidanza, provocata da trattamenti farmacologici e/o chirurgici al fine di preservare la salute della madre o evitare lo sviluppo di un feto affetto da malformazioni o gravi patologie.

Anno assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Assicurato

Il personale dipendente (non Dirigente) di Roma Capitale e nucleo familiare (se incluso).

Assicurazione

il contratto mediante il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si obbliga ad indennizzare o rimborsare all'Assicurato il danno ad esso prodotto dal verificarsi di un Sinistro, entro i limiti convenuti

Cartella Clinica

Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, compilato durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Centrale Operativa

E la struttura operativa di MyAssistance incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'Assicurazione, al collegamento con le Strutture Convenzionate ed al supporto dell'Assicurato.

Centro Medico

Struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibito al Ricovero, Day Hospital/Day Surgery, non finalizzato al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata, in base alle normative vigenti, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

Certificato di Polizza

Il documento che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza e scadenza della Polizza, Premio, etc.)

Chirurgia Bariatrica

Detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Condizioni di Assicurazione

Il presente documento.

Contraente

Roma Capitale – Dipartimento Organizzazione e Risorse Umane.

Data di Decorrenza

La data indicata sul Certificato di Polizza dalla quale decorre l'Assicurazione, fatto salvo eventuali Termini di Carenza e se il Premio o una rata di Premio è stato pagato.

Day Hospital / Day Surgery

La degenza, senza pernottamento, in Istituto di Cura autorizzato avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (Day Hospital) e prestazioni chirurgiche (Day Surgery) eseguite da medici chirurgici specialisti con redazione di Cartella Clinica.

Danno estetico

Deturpazione fisica obiettivamente constatabile.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento / Data Evento

- Prestazioni Ospedaliere - l'insieme di tutti i Day Hospital / Day Surgery, comprese le prestazioni ad essi correlate (spese pre / post), effettuati per la stessa patologia. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il primo Day Hospital / Day Surgery. I 90 giorni delle spese post vengono calcolati dopo ciascun Day Hospital / Day Surgery.
Il singolo Ricovero o Intervento Chirurgico Ambulatoriale comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (spese pre / post) costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente Ricovero. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il Ricovero.
- Prestazioni Extraospedaliere - l'insieme di tutti gli accertamenti, le visite e gli esami riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente e relativi alla stessa garanzia. La data dell'evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: l'insieme di tutti i trattamenti facenti parte dello stesso ciclo di cura inviati contemporaneamente e relativi la stessa patologia. La data dell'evento è quella della seduta del primo trattamento eseguito relativa allo specifico evento.
- Prestazioni odontoiatriche – la data in cui viene eseguita ogni singola prestazione odontoiatrica assicurata.

Franchigia

L'importo fisso del danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

GIC

Grandi Interventi Chirurgici

Indennità Sostitutiva

Indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il Rimborso delle spese sanitarie.

Indennizzo o indennità o Rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Infiltrazione

Pratica terapeutica consistente nell'inoculazione di sostanze rivolte ad agire localmente.

Intervento Chirurgico

Atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Intervento di piccola chirurgia non in regime di Ricovero, Day Surgery, eseguito presso Istituto di Cura, Centro Medico o studio medico chirurgo.

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, terapie, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Laserterapia

Terapia fisica che applica al corpo umano una particolare forma di emissione elettromagnetica (luce infrarossa)

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Malattia trasmissibile

Per "Malattia trasmissibile" si intende: qualsiasi patologia o malattia infettiva, malattia contagiosa, malattia trasmissibile da organismo ad altro organismo, tramite sostanze infettive e/o contagiose, o tramite (inclusi ma non limitati) virus, batteri, parassiti od organismi o qualsiasi mutazione di essi, viventi o meno, indipendentemente dai metodi di trasmissione quali (inclusi ma non limitati), per via

aerea diretta o indiretta, trasmissione di fluidi corporei, trasmissione da o verso qualsiasi superficie od oggetto, solido, liquido o gas che causa, può causare o minacciare danni alla salute umana, danni al benessere umano e/o danni, deterioramento, perdita di valore, commerciabilità o perdita di utilizzo di beni materiali o immateriali.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo che rappresenta il massimo esborso della Società in relazione alle coperture prestate per Anno Assicurativo.

Medicina Alternativa o complementare

Le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica; medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese; omotossicologia; chiropratica.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli, 20/1, 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Società, al pagamento diretto delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con dette strutture sanitarie e con i medici chirurghi convenzionati.

Nucleo Familiare

Costituiscono il nucleo familiare del dipendente: il coniuge (fiscalmente e non fiscalmente a carico) o il convivente "more uxorio", i figli fino a 26 anni di età fiscalmente a carico e non, purché conviventi; tutti facenti parte del medesimo Stato di Famiglia.

Patologie Preesistenti:

Gli stati invalidanti, gli esiti di Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati e/o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza della Polizza, nonché le relative complicanze, conseguenze (dirette o indirette).

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione e che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza, scadenza, Premio, Piano assicurativo, etc.)

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Regime Convenzionato – Pagamento Diretto

L'accesso, tramite preventiva attivazione con la Centrale Operativa, ad una Struttura Convenzionata (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati). Il costo delle spese viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato medesimo, nei limiti ed in conformità a quanto previsto ai sensi di Polizza.

Regime misto

L'accesso, tramite preventiva attivazione con la Centrale Operativa, ad una Struttura Convenzionata, per la quale verrà applicato il Regime Convenzionato, ricevendo prestazioni mediche eseguite da medici non convenzionati, per i quali verrà applicato il Regime non Convenzionato.

Regime non Convenzionato

L'accesso da parte dell'Assicurato a Strutture non Convenzionate, richiedendo a cura ultimata il Rimborso delle prestazioni ricevute.

Retta di Degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero

Degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio

La degenza, con o senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Società

AdiR "Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana"; Lungotevere Vittorio Gassman n. 22 - 00146 Roma.

Sperimentale

Si intendono tutti i farmaci, trattamenti medici o chirurgici per i quali non sono terminate le fasi di sperimentazione e non hanno ancora ricevuto l'approvazione dall'ente preposto. Ai sensi di Polizza si equiparano a sperimentali anche i farmaci, trattamenti medici o chirurgici che, seppur approvati, avvengono al di fuori delle condizioni di autorizzazione rilasciate dagli enti preposti per patologia, combinazione di più farmaci, popolazione o posologia.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Condizioni di polizza Ed. 03_2026

Strutture Convenzionate

Rete convenzionata con MyAssistance costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Strutture non Convenzionate

Strutture non facenti parte della rete convenzionata MyAssistance.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Terapia PRP

Terapia volta a facilitare le procedure di lipofiller, cura per le rughe, trattamento di biorivitalizzazione.

Termini di carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato (dovuta a variazione dello Stato di Famiglia) durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

Prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili a termine di Polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visite Specialistiche

Prestazione sanitaria effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizione di terapie e accertamenti a cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.

GLOSSARIO SETTORE B - INFORTUNI

Assicurato

La persona o Gruppi di persone, il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Attività professionale

L'attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità

Attività extraprofessionale

L'attività che l'Assicurato svolge senza carattere di professionalità

Beneficiari

La persona o le persone cui viene devoluta, su espressa designazione dell'Assicurato, la somma prevista per il caso morte; in mancanza di designazione, gli eredi legittimi dell'Assicurato.

Condizioni di Assicurazione

Il presente documento.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Convalescenza

Il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Day Hospital

Degenza diurna, che non comporta pernottamento, documentato da cartella clinica, in Istituto di cura per prestazioni chirurgiche e/o terapie mediche

Degenza

Permanenza in Istituto di cura, che comporta pernottamento, documentato da cartella clinica.

Franchigia

Parte di indennizzo che rimane a carico dell'Assicurato espressa in punti percentuali di invalidità permanente o in giorni di inabilità temporanea o di ricovero o di gessatura oppure espressa in cifra fissa.

Gessatura

Ogni mezzo di contenimento rigido costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

E' equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a fratture scomposte delle coste e del bacino o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) i busti ortopedici elastici (CAMP 35, MZ e simili):
- b) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia:
- c) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b).

Inabilità temporanea

Perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato di attendere alle sue abituali occupazioni professionali dichiarate in polizza.

Indennizzo

La somma dovuta da Le Assicurazioni di Roma in caso di sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono considerati infortuni anche: l'asfissia non di origine morbosa, l'assideramento o il congelamento, i colpi di sole o di calore, le lesioni determinate da sforzi- esclusi gli infarti e le ernie-, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza, le affezioni conseguenti a punture di insetti o aracnidi e morsi di animali con esclusione comunque della malaria, del carbonchio e delle malattie tropicali.

Intervento chirurgico

Interventi terapeutici o diagnostici mediante uso di strumenti chirurgici, nonché di termocoagulazione, tecnica laser o criotecnica.

Invalidità permanente

La perdita parziale o totale o la diminuzione definitiva ed irrimediabile, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro indipendentemente dalla professione svolta.

Istituto di cura

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale che private, regolarmente autorizzate al ricovero dei malati, esclusi comunque: case di riposo, stabilimenti termali, strutture di convalescenza o di lungodegenza, nonché istituti di cura aventi finalità fisioterapiche, riabilitativi, dietologiche ed estetiche.

Limite di risarcimento

La massima esposizione economica della Società in caso di sinistro che coinvolga più persone assicurate.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio -compreso gli infarti -.

Malattia trasmissibile

Per "Malattia trasmissibile" si intende: qualsiasi patologia o malattia infettiva, malattia contagiosa, malattia trasmissibile da organismo ad altro organismo, tramite sostanze infettive e/o contagiose, o tramite (inclusi ma non limitati) virus, batteri, parassiti od organismi o qualsiasi mutazione di essi, viventi o meno, indipendentemente dai metodi di trasmissione quali (inclusi ma non limitati), per via aerea diretta o indiretta, trasmissione di fluidi corporei, trasmissione da o verso qualsiasi superficie od oggetto, solido, liquido o gas che causa, può causare o minacciare danni alla salute umana, danni al benessere umano e/o danni, deterioramento, perdita di valore, commerciabilità o perdita di utilizzo di beni materiali o immateriali.

Morte presunta

Il mancato ritrovamento del corpo dell'assicurato entro un anno dal verificarsi di un infortunio, deve intendersi parificato al caso di Morte e parimenti indennizzato.

Polizza

Il documento che contiene le condizioni di assicurazione e ne prova l'esistenza.

Premio

La somma dovuta dal Contraente a Le Assicurazioni di Roma.

Ricovero

Degenza documentata da cartella clinica in istituto di cura che comporta pernottamento.

Rischio

La probabilità che si verifichi il sinistro.

Rischio in itinere

Il rischio in itinere è il percorso più breve, in termini di lunghezza o di tempo, per recarsi da casa al lavoro e viceversa.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo

Esplicazione di una energia non abituale sproporzionata alle condizioni fisiche del soggetto posta in atto per vincere una resistenza improvvisa, eccezionale ed inaspettata.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Società/Impresa

Le Assicurazioni di Roma - Mutua Assicuratrice Romana

Terrorismo

Atto inclusivo ma non limitativo all'uso della forza o della violenza e/o minaccia, da parte di qualsivoglia persona o gruppo di persone, sia che essi agiscano per se o per conto altrui, od in riferimento o collegamento a qualsiasi organizzazione o governo, perpetrato a scopi politici, religiosi, ideologici o similari, inclusa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o incutere o provocare uno stato di terrore o paura nella popolazione.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER ENTRAMBI I SETTORI

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del questionario sanitario (documento che contiene le notizie sanitarie dell'Assicurato).

Art. 2 Decorrenza dell'Assicurazione – Pagamento del Premio

L'Assicurazione decorre dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di Polizza:

- fatti salvi eventuali Termini di Carenza, ove previsti e
- se il Premio o la prima rata di Premio sono stati regolarmente pagati, entro il termine di comporto di seguito indicato;

altrimenti decorre dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Il contraente è tenuto al pagamento della prima rata di premio, entro 30 giorni dalla data della decorrenza della polizza; se il contraente non paga i premi, le rate di premio successivi e le eventuali appendici comportanti un premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per i dipendenti in servizio il costo della copertura sanitaria è a totale carico del Contraente.

Se il dipendente intende estendere la copertura sanitaria anche al proprio Nucleo Familiare il costo è interamente a carico del dipendente (per la parte relativa ai familiari).

Art. 3 Durata dell'Assicurazione / tacita proroga

La Polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del giorno indicato nel Certificato di Polizza.

In mancanza di disdetta da parte del Contraente o della Società, mediante preavviso di almeno 30 giorni prima della scadenza della Polizza, la stessa s'intende rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

Art. 4 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti.

Art. 5 – Persone Assicurabili (non operante per il settore B – Infortuni)

L'Assicurazione è prestata a favore dei dipendenti in servizio presso Roma Capitale.

Il dipendente in servizio può decidere di includere in copertura anche il proprio Nucleo Familiare (come da definizione di "Nucleo Familiare"), utilizzando la propria area riservata (cd. Home Insurance), previa registrazione al servizio. Per effettuare la registrazione, è necessario collegarsi al sito Internet www.adir.it, selezionare il link "area clienti" ed effettuare la registrazione. Completata l'operazione, la Società invierà via mail all'assicurato le credenziali da utilizzare per l'accesso. L'adesione dovrà essere richiesta entro e non oltre il primo mese dalla Data di Decorrenza della Polizza dei dipendenti di Roma Capitale, ed il relativo pagamento dovrà essere effettuato con valuta entro e non oltre il 30 Aprile. Oltre tale periodo, i familiari non potranno più essere inclusi, salvo:

- eventuali variazioni dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita avvenute successivamente al primo mese dalla Data di Decorrenza della Polizza dei

dipendenti di Roma Capitale;

- i successivi rinnovi della Polizza, fermo il limite temporale di un mese per la comunicazione.

Tutte le persone assicurate devono essere residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Il nominativo di ogni Assicurato sarà comunque individuato da un apposito elenco agli atti presso la Società ed integrato dalle comunicazioni "Inclusioni-Esclusioni".

Non è ammessa l'inclusione in copertura del solo Nucleo Familiare.

Art. 6 – Identificazione degli Assicurati

La Contraente fornisce alla Società, entro e non oltre il 31 marzo, attraverso un supporto informatico concordato, l'elenco nominativo di tutti gli Assicurati.

Art. 7 - Inclusioni / Esclusioni delle persone assicurate – Regolazione del Premio

7.1 - Nuove assunzioni (non operante per il settore B – Infortuni)

Nel caso di nuove assunzioni, l'Assicurazione per il dipendente in servizio decorre dalle ore 24,00 del giorno dell'assunzione stessa presso l'Ente Contraente.

Il dipendente può chiedere l'inserimento del proprio nucleo familiare entro un mese dalla data della sua assunzione.

Se l'adesione del Nucleo Familiare non viene inviata dal dipendente alla Società entro un mese dall'assunzione, i familiari non potranno più essere inclusi, salvo eventuali variazioni dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita avvenute successivamente all'assunzione del dipendente o in occasione del primo rinnovo utile.

7.2 - Inclusione in corso d'anno di familiari per variazione dello Stato di Famiglia (non operante per il settore B – Infortuni)

Per il dipendente in copertura alla Data di Decorrenza della Polizza è possibile includere nuovi familiari solo se vi è una variazione dello Stato di Famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nascita; la comunicazione deve essere effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. **La garanzia decorrerà dalla data in cui verrà comunicata la variazione dello Stato di Famiglia, sempreché questa venga comunicata entro e non oltre un mese dall'evento; oltre tale periodo i familiari potranno essere inclusi solo al primo rinnovo utile e la comunicazione dovrà essere fatta entro un mese dalla data di decorrenza del rinnovo.**

7.2.1 - Relativamente alle inclusioni nel corso dell'Anno Assicurativo previste ai sopraelencati punti 7.1 e 7.2 del presente articolo, il Premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde al 100% del Premio annuo pro capite se l'inclusione avviene nel primo semestre; se avviene nel secondo semestre dell'anno sarà pari al 70% del Premio annuo pro capite di Polizza.

7.2.2 - Promozioni con passaggio di categoria

Per il Dipendente in copertura alla data di decorrenza della polizza, che abbia ricevuto un avanzamento di categoria tale da essere inquadrato con la qualifica di Dirigente, si procederà all'esclusione del nominativo interessato e del suo nucleo familiare, se presente, alla scadenza dell'annualità assicurativa.

La contraente si impegna a comunicare alla Società l'inserimento del nominativo nella copertura dei Dirigenti.



LE ASSICURAZIONI DI ROMA

7.3 - Esclusioni in corso d'anno (non operante per il settore B – Infortuni)

Per le esclusioni in corso d'anno la Società non rimborserà il Premio pagato e non goduto.

Nel caso di esclusioni, l'Assicurazione per l'ex dipendente cesserà dalle ore 24,00 dell'ultimo giorno lavorativo presso l'Ente Contraente.

Sarà facoltà del Contraente far cessare la copertura sanitaria per l'ex dipendente a decorrere dalla data di interruzione del rapporto di lavoro o lasciarla in vigore fino alla sua naturale scadenza.

Per tutti i componenti del Nucleo Familiare, se inclusi in copertura, l'Assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per l'ex dipendente.

7.4 - Regolazione del Premio relativa al settore A – Malattia

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell'apposita Sezione di cui all'Art. 32 ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 30 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza, di cui all'Art. 32 – Settore A malattia.

Il calcolo della regolazione, relativo alle eccedenze rispetto al numero preventivato delle teste assicurate, verrà effettuato secondo la modalità indicata al precedente Art. 7.2.1. e sarà relativo solo ai Dipendenti dell'Ente Contraente, con esclusione dei nuclei familiari.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

7.5 - Regolazione del premio relativa al Settore B – Infortuni

Il premio è convenuto in tutto o in parte in base ad elementi di rischio variabile e viene anticipato in via provvisoria nell'importo risultante dal/i conteggio/i esposto/i in polizza nell'apposita Sezione ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio.

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 30 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società.

Resta fermo il premio minimo stabilito in polizza, di cui all'Art. 4 – Sezione 4 – Settore B Infortuni.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessarie.

Art. 8 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni devono essere effettuate per iscritto e hanno effetto dal momento in cui pervengono alla Società.

Art. 9 - Validità territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 10 - Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c.

Art. 11 - Oneri fiscali

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

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 12 - Altre assicurazioni

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art.

1910 del Codice Civile.

Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari.

Art. 13 - Foro competente

In caso di controversie giudiziarie il Foro competente è quello di Roma.

Art. 14 – Controversie

In caso di disaccordo sul diritto all'indennizzo, le parti possono conferire per iscritto, mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti previsti dalla presente assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

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.

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 dovesse rifiutarsi di firmare il relativo verbale.

Art. 15 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 16 - Termine di Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 17 - Rinvio alle norme di Legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto valgono le norme di Legge.

SETTORE A - MALATTIA OGGETTO E DESCRIZIONE DELLE GARANZIE

Art. 18 - Oggetto dell'Assicurazione

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui allegato 1, le spese sanitarie effettuate dall'Assicurato dopo la Data di Decorrenza della Polizza e durante il periodo di validità della stessa, rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto. Fermi eventuali Termini di Carenza, ove previsti.

Sono escluse dalle garanzie ospedaliere le spese per Parto e Aborto Terapeutico;

I Massimali e limiti, indicati nella scheda riepilogativa al cui allegato 1, si intendono applicati:

- per il Dipendente: per Anno Assicurativo e per persona;
- per il Nucleo Familiare, (qualora il dipendente richieda l'inclusione in copertura anche del proprio Nucleo Familiare): per Anno Assicurativo e per Nucleo Familiare.

Mentre per le sole cure odontoiatriche la numerosità delle prestazioni, comprese nell'Assicurazione, si intendono applicate per ogni membro del Nucleo Familiare.

Garanzie Ospedaliere

A. Prestazioni connesse a ricoveri

1. Grandi Interventi Chirurgici, Ricoveri con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Per "GIC - Grandi Interventi Chirurgici" si intendono operanti esclusivamente gli Interventi Chirurgici ricompresi nell'Allegato 2.

In caso di Grandi Interventi Chirurgici, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale vengono rimborsate, entro il limite massimo le:

SPESE PRE

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), purché effettuati precedentemente e inerenti al GIC, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

SPESE DURANTE

Accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio, assistenza medica, Assistenza Infermieristica, terapie, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi, medicinali, onerari dell'equipe medica (risultanti dal referto operatorio), materiale di intervento (comprese le endoprotesi), diritti di sala operatoria, Rette di Degenza (non sono comprese le spese voluttuarie).

Per l'Intervento Chirurgico Ambulatoriale le spese per la Retta di Degenza sono escluse.

SPESE POST

Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici ed analisi di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi (solo in caso d' Interventi Chirurgici), cure termali pertinenti alla patologia che ha determinato l'Intervento Chirurgico (escluse le spese alberghiere), purché

effettuati successivamente e inerenti al GIC, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

TICKET SSN

Per le prestazioni di cui all'Art. 18.A.1, effettuate presso strutture Pubbliche, verranno rimborsati gli importi indicati nei ticket ssn.

2. Spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore

Vengono rimborsate, in caso di Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, o Day Hospital oppure Day Surgery, le spese relative al vitto e pernottamento dell'accompagnatore in Istituto di Cura anche pubblico tramite SSN o struttura alberghiera (ove non sussista la disponibilità in Istituto di Cura), con il limite giornaliero e con il massimo di giorni indicati nella scheda riepilogativa di cui all'allegato 1.

3. Spese per il Trasporto dell'Assicurato

Vengono rimborsate le spese relative al trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero, con il limite indicato nella scheda riepilogativa di cui all'allegato 1.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della Centrale Operativa, in base alle condizioni del paziente.

4. Rimpatrio della salma

Vengono rimborsate le spese per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato all'Estero a seguito di Malattia o Infortunio, con il limite indicato nella scheda riepilogativa di cui all'allegato 1.

Sono escluse le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

5. Indennità Sostitutiva

In caso di GIC, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (per giorno di Ricovero si intende con pernottamento) la Società corrisponde all'Assicurato un'Indennità Sostitutiva, qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale indennità viene riconosciuta anche in caso di Day Hospital / Day Surgery.

L'Indennità Sostitutiva non è riconosciuta in caso di permanenza nei locali del Pronto Soccorso/astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Qualora le suddette spese siano solo in parte a carico del SSN, l'Assicurato potrà scegliere tra l'Indennità Sostitutiva o il Rimborso delle spese rimaste a suo carico.

Sono inoltre riconosciute le SPESE PRE e POST come descritte al precedente punto 1. senza applicazione di Scoperti.

L'Indennità Sostitutiva viene riconosciuta senza applicazione di Scoperti, fermi i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui all'allegato 1., previa presentazione della cartella clinica integrale.

6. Spese mediche per Ticket SSN

Vengono rimborsate, senza applicazione di alcuno Scoperto, le spese sostenute a titolo di ticket sanitario, fermi i limiti previsti.

Prestazioni Extraospedaliere

B. Alta Diagnostica

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui alligato 1, le spese per le seguenti prestazioni:

Diagnostica di Alta Specializzazione

- Amniocentesi (oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto)
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Splenoportografia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Agoaspirato ecoguidato con esame citologico

Terapie

- Dialisi

Endoscopie

- Tutte le endoscopie comprensive di biopsia ed esame istologico, non comportanti intervento chirurgico ambulatoriale.

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto, fermi i limiti previsti.

C. Cure oncologiche effettuate in regime extraospedaliero

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui all'allegato 1, le spese per terapie oncologiche (chemioterapia, cobaltoterapia, radioterapia) anche farmacologica, non effettuate in regime di Ricovero o Day Hospital.

D. Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui all'allegato 1, le seguenti prestazioni:

- onorari medici per Visite Specialistiche. **Sono escluse dalla presente garanzia le visite pediatriche di controllo, ginecologiche per controllo in gravidanza e quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da Infortunio;**
- analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici con esclusione di quelli elencati al precedente punto B "Alta Diagnostica".

Relativamente alle visite specialistiche ed agli accertamenti diagnostici, indipendentemente dalla patologia, le prestazioni verranno riconosciute solo se effettuate in strutture convenzionate in regime diretto, con l'applicazione degli scoperti e franchigie a carico dell'assicurato, indicate nell'allegato n. 1 – Scheda Riassuntiva.

Relativamente alle analisi:

- urine
- sangue
- feci

indipendentemente dalla patologia, il rimborso verrà riconosciuto solo se effettuate tramite SSN, pertanto non è possibile richiederne la copertura diretta.

Sono inoltre esclusi dalla presente garanzia: accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da Infortunio, test di gravidanza, ecografie di controllo della gravidanza, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio per Covid-19, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: tampone molecolare/PCR real time, tampone antigenico, test sierologico.

- Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi effettuati presso Istituti di Cura, o Centro Medico, o da medico specialista regolarmente iscritto all'Albo oppure da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Fermo il sub massimale qualora previsto nella scheda riepilogativa al cui all'allegato 1;

Le spese sostenute a titolo di ticket sanitario (SSN) vengono rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto, fermi i limiti previsti.

E. Cure Odontoiatriche

La Società riconosce le sole prestazioni odontoiatriche descritte nella tabella di cui al seguito ed entro i limiti nella stessa indicati.

Le prestazioni possono essere effettuate solo presso Strutture Convenzionate attivando preventivamente il Pagamento diretto con la Centrale Operativa e sono gratuite per l'Assicurato.

Sia per il dipendente del Comune di Roma sia per il Nucleo Familiare la numerosità delle prestazioni odontoiatriche si applica per persona.

Elenco prestazioni Odontoiatriche incluse in copertura

Codice	Tipo di Prestazione	Limiti temporali alle prestazioni
MA00	Esame Clinico Visita Odontoiatrica specialistica	1 ogni 12 mesi In un'unica soluzione
MA09	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale + lezione per il mantenimento dell'igiene orale	
MA02	Radiografia: Endorale per 1 o 2 due denti vicini	2 ogni 12 mesi
MA03	Radiografia endorale per ogni elemento aggiuntivo	
MA13	Otturazione per carie semplice / Cavità di I e V Classe di Black	2 ogni 12 mesi
MA14	Otturazione per carie profonde /Cavità di II Classe Black due pareti	
MA15	Otturazione per carie profonde / Cavità di III Classe	
MA16	Otturazione per carie profonde / Cavità di IV Classe	
MA17	Otturazione per carie complesse / Cavità di II Classe Black tre pareti	
MA54	Devitalizzazione Monocanalare Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	2 ogni 12 mesi
MA55	Devitalizzazione Bicanalare Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	
MA56	Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per tre canali	
MA95	Riparazione di fratture nella parte acrilica - cura stomatiti	1 ogni 12 mesi
MA103	Ortopantomografia (2 arcate)	2 ogni 12 mesi

F. Pacchetto Maternità

La Società riconosce, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa di cui all'allegato 1, le seguenti prestazioni:

- Visite ed ecografie finalizzate al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto;
- Indennità sostitutiva in caso di parto in regime di SSN, previa presentazione della Cartella Clinica completa della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO);

Inoltre, la Società riconosce entro il limite indicato nella scheda riepilogativa al cui allegato 1 le spese dovute ad Interventi Chirurgici per l'eliminazione o correzione di Malformazioni congenite purchè effettuati entro il primo anno di vita del neonato. Oltre all'Intervento Chirurgico sono ricomprese nel Massimale le spese per Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici effettuati nel periodo precedente / successivo il ricovero e le spese per il vitto e pernottamento dell'accompagnatore.

G. Lenti e occhiali (garanzia valida solo per i Dipendenti)

La Società riconosce, fino a concorrenza del Massimale e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui allegato 1, le spese per l'acquisto di lenti e occhiali (compresa la montatura) o lenti a contatto correttive incluse anche le *usa e getta* (sono escluse le lenti estetiche), a seguito di modifica del visus o di prescrizione prime lenti.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'Anno Assicurativo.

Sono escluse, anche se comprese sulla medesima fattura di spesa, le spese relative a liquidi per la pulizia e simili.

ESCLUSIONI / LIMITAZIONI

Art. 19 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

La sopravvenienza di tali affezioni in corso di contratto deve essere tempestivamente comunicata alla Società in quanto causa di immediata cessazione della copertura assicurativa per l'Assicurato coinvolto dalle suddette affezioni.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non residenti stabilmente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

La perdita del requisito di residenza comporta la cessazione dell'Assicurazione.

Art. 20 - Limite di età

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- età massima all'ingresso: 69 (sessantanove) anni compiuti;
- età massima in uscita: 70 (settanta) anni compiuti.

Qualora il dipendente in servizio compia il 70° anno di età durante l'annualità assicurativa, la copertura cessa automaticamente alla prima scadenza annuale di Polizza successiva al compimento di tale età da parte del dipendente in servizio; in tal caso per tutti i componenti del Nucleo Familiare, se prevista l'inclusione in copertura, l'Assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il dipendente.

Qualora, invece, un familiare raggiunga il 70° anno di età durante l'Anno Assicurativo, la copertura cessa alla prima scadenza annua successiva limitatamente a questo Assicurato.

Art. 21 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a. le Patologie preesistenti, lo stato di gravidanza (nonché le relative complicanze e conseguenze) iniziato anteriormente alla Data di Decorrenza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- b. le conseguenze dirette e indirette di stati invalidanti e infortuni occorsi precedentemente alla Data di Decorrenza della copertura, in riferimento ai soli componenti del Nucleo Familiare;
- c. le prestazioni non correlate dall'indicazione della diagnosi accertata o presunta;
- d. le spese sanitarie per trattamenti / prestazioni effettuate e fatturate successivamente al termine dell'efficacia della copertura assicurativa, anche se relative a Malattie diagnosticate e Infortuni occorsi durante la validità della Polizza e denunciate durante il periodo di validità della stessa;
- e. le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- f. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, le prestazioni di medicina generale e pediatrica di routine;
- g. le spese relative a prestazioni di agopuntura, logopedia;
- h. le prestazioni effettuate per familiarità o predisposizione genetica;

- i. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di Medici Specialisti non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- j. le prestazioni non effettuate da Istituti di Cura, Centri Medici o Medici Specialisti, ad eccezione di quelle infermieristiche e fisioterapiche;
- k. i farmaci, le visite e i trattamenti medici e chirurgici di Medicina Alternativa o complementare o non convenzionale e Sperimentale;
- l. qualsiasi Malattia che sia correlata direttamente o indirettamente all'HIV, nonché le malattie sessualmente trasmesse;
- m. gli Infortuni, le patologie, e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- n. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere, o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- o. le prestazioni necessarie a seguito di lesioni auto-inflitte, tentato suicidio, imprese temerarie, salvo il caso di atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- p. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- q. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative corse, gare, prove ed allenamenti;
- r. gli Infortuni accorsi durante la manipolazione di materiale pirotecnico e uso o produzione di esplosivi anche come attività non professionale;
- s. gli eventi verificatesi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche, le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- t. le conseguenze di guerra, guerra civile, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale;
- u. le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- v. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, franamenti e maremoti;
- w. applicazioni di carattere estetico, trattamenti/interventi di chirurgia plastica, nonché ogni trattamento conseguente (dovuto o meno a motivi psicologici) salvo che siano effettuati:
 - a scopo ricostruttivo, anche estetico, per neonati che non abbiano compiuto il terzo anno di età;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza;
 - a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di Polizza per neoplasia maligna;
- x. trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di Malattie Mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Si intendono espressamente escluse le manifestazioni cliniche relative a sindromi organiche cerebrali e psicosi in genere, loro complicanze e conseguenze;

- y. l'interruzione volontaria della gravidanza, compreso l'Aborto Terapeutico;
- z. le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di Difetti Fisici o Malformazioni Congenite preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative ai bambini di età inferiore di 1 anno assicurati dalla nascita; è esclusa anche la chirurgia refrattiva;
- aa. le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali;
- bb. i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, sindrome da alimentazione incontrollata) e qualsiasi cura resa necessaria di questi disturbi, gli interventi di Chirurgia Bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità ad eccezione dei casi di obesità di III° grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40);
- cc. le protesi e presidi ortopedici, apparecchi acustici e terapeutici, salvo le endoprotesi in caso di Grande Intervento Chirurgico, ricovero con intervento chirurgico e Day Surgery;
- dd. i trattamenti non ritenuti necessari dal punto di vista medico e non resi necessari da Malattia ed Infortunio;
- ee. i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici (Ricoveri Impropri);
- ff. le spese sostenute a fronte di espianto da donatore, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi in caso di trapianti;
- gg. le prestazioni non specificate nelle singole garanzie;
- hh. qualsiasi indennità, beneficio, conseguenza e / o evento derivante da patologie riconducibili ad epidemie locali definite dall'ente statutario locale riconosciuto o epidemie con caratteristiche pandemiche definite dall'OMS come emergenza sanitaria di interesse internazionale (PHEIC), tali da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile.
- ii. Parto e Aborto Terapeutico, salvo quanto normato alla garanzia "Pacchetto Maternità" (art. 18 lettera F);
- jj. Infiltrazioni, anche intrarticolari, trattamenti con ozono, terapie PRP (Plasma Ricco di Piastrine)

Art. 22 – Termini di Carenza

Per i dipendenti del Comune di Roma non vengono applicati i Termini di Carenza.

Per i soli componenti del Nucleo Familiare vengono applicati i Termini di Carenza, pertanto le garanzie sono operanti ed effettive, salvo le esclusioni al precedente Art. 21 "Esclusioni", per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza della Polizza o della data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- le Malattie dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- il Parto: dal 270° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato, se la gravidanza è iniziata successivamente alla Data di Decorrenza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato;
- le cure odontoiatriche: dal 90° giorno successivo alla Data di Decorrenza della Polizza o alla data d'inclusione in copertura del nuovo Assicurato.

Trascorso il Termine di carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici durante i suddetti Termini di carenza, se coperte ai termini di Polizza, sono rimborsate secondo le modalità previste dalla presente copertura assicurativa.

SERVIZI AGGIUTIVI

Art. 23 Servizi

Gli Assicurati con la presente Polizza potranno beneficiare dei seguenti servizi senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

A: Card Salute virtuale:

La Società, per il tramite di MyAssistance, mette a disposizione degli Assicurati, durante la validità della Polizza, una Card Salute nominativa (visibile dall'applicazione mobile o webapp).

B: Tariffe vantaggiose

La Card Salute permette di beneficiare di tariffe agevolate nelle Strutture Convenzionate per prestazioni sanitarie/odontoiatriche anche non previste dalla presente copertura il cui elenco è reperibile dal sito internet www.myassistance.it (oltre che dall'applicazione mobile e della webapp).

C: Cartella Medica Personale online

La Cartella Medica Personale è uno strumento che permette di conservare, in modo informatizzato e protetto, tutta la propria storia medica personale. Potrà essere implementata nel corso del tempo con i referti di visite ed accertamenti e con i dati derivanti da ricoveri ospedalieri.

L'Assicurato può consentire l'accesso alla cartella medica online al suo medico per un consulto, o in caso di emergenza ai medici del pronto soccorso.

La cartella medica personale è traducibile automaticamente ed istantaneamente in diverse lingue.

Modalità di attivazione del servizio:

L'Assicurato riceverà dopo la sottoscrizione della Polizza, una lettera di benvenuto da MyAssistance S.r.l. con riportato il codice identificativo personale con il quale accedendo al sito www.medic4all.net e cliccando su "Customer Login" potrà, seguendo le istruzioni, attivare la propria Cartella Medica Personale, nella quale potrà inserire la propria storia sanitaria e gli esiti degli esami clinici effettuati. Al primo accesso alla cartella medica personale, l'Assicurato dovrà modificare la sua password personale con una da lui scelta.

D: Tele e video consulto ore 24 / 365 giorni l'anno

GESTIONE SINISTRI

Art. 24 - Recapiti

Per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione) la Società si avvale della Centrale Operativa di MyAssistance che può essere contattata:

- telefonicamente al numero verde 800.32.71.55 (per chiamate da numeri nazionali) oppure al numero +39 02.30.35.00.024 (per chiamate da cellulare e dall'estero). Numeri attivi dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00;
- inviando una e-mail all'indirizzo sinistri.adir@myassistance.it;

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

Art. 25 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Società e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

Art. 26 - Denuncia di Sinistro

In caso di Sinistro l'Assicurato deve darne avviso alla Centrale Operativa non appena ne abbia la possibilità.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

L'elenco delle strutture è disponibile nell' area riservata <https://app.myassistance.eu> o nell' App MyAssistance dove l'Assicurato vi accede con le proprie credenziali (user ID e password).

Qualora l'Assicurato decida di usufruire di Strutture Convenzionate - Pagamento diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati) o del Regime Misto - parte con Pagamento Diretto e parte a Rimborso (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica no) deve chiedere specifica autorizzazione alla Centrale Operativa di MyAssistance.

Il Pagamento Diretto avviene a condizioni che l'Assicurato si avvalga delle Strutture Convenzionate con MyAssistance e abbia richiesto a quest' ultima con un preavviso di almeno 10 giorni lavorativi l'autorizzazione al Pagamento Diretto, in mancanza della quale il servizio non è operante.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

L'operatore della Centrale Operativa, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la Struttura Convenzionata ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'Assicurato via e-mail.

La preventiva attivazione della Centrale Operativa e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di Pagamento Diretto, in mancanza delle quali il servizio non sarà operante.

Qualora invece l'Assicurato decida di non avvalersi della procedura di Pagamento Diretto, quindi con ricorso a Strutture non Convenzionate oppure avvalendosi di professionisti medici non convenzionati (presso Strutture Convenzionate), per ottenere il Rimborso delle spese sostenute deve denunciare il Sinistro alla Centrale Operativa entro 15 giorni dalla data dello stesso o da quando ne ha avuto la possibilità.

Le visite specialistiche, accertamenti diagnostici e Trattamenti fisioterapici, rieducativi e laserterapia possono essere effettuate solo presso Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto, fino a concorrenza dei Massimali e con i limiti indicati nella scheda riepilogativa al cui all'allegato 1 o in alternativa presso il Servizio Sanitario Nazionale con rimborso del ticket al 100%.

Le cure odontoiatriche possono essere effettuate solo presso Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto.

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 27 - Gestione del Sinistro

Il Pagamento diretto che la Società effettuerà alle Strutture Convenzionate solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il Pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

La richiesta di Rimborso o il pagamento dell'Indennità Giornaliera viene invece gestita dalla Centrale Operativa entro 10 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico specialista o da personale specializzato, corredate dalla relativa diagnosi (patologia accertata o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da studio medico o da Medico specialista.

Le prestazioni infermieristiche possono essere effettuate da infermiere professionista mentre i

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi possono essere effettuati da Professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi certificata.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Società, per il tramite di MyAssistance, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

Art. 28 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al Pagamento Diretto qualora, si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 29 - Modalità di erogazione delle prestazioni

L'Assicurato può usufruire, secondo quanto previsto nella scheda riepilogativa al cui all'allegato 1, dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

1. Regime Convenzionato – Pagamento Diretto (struttura sanitaria e medico/Equipe medica devono essere entrambi convenzionati): la Società paga le spese sanitarie alla Struttura Convenzionata. Restano a carico dell'Assicurato eventuali Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e non autorizzata.
2. Regime non Convenzionato – a Rimborso (struttura sanitaria e medico/Equipe medica entrambi non convenzionati): l'Assicurato paga le spese sanitarie e richiede a cura ultimata il Rimborso alla Società. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti o somme eccedenti i Massimali nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.
3. Regime Misto (struttura sanitaria convenzionata e medico/Equipe medica non convenzionati): La Società paga le spese relative alla struttura sanitaria e l'Assicurato deve saldare eventuali Scoperti a suo carico, come previsto dal Regime Convenzionato, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.
Inoltre, l'Assicurato deve saldare le spese del medico non convenzionato e richiedere successivamente alla Società il Rimborso delle stesse. Dal Rimborso vengono sottratti Scoperti, come previsto dal Regime non Convenzionato, o somme eccedenti i Massimali, nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto.

Qualora per le garanzie operanti e prestate solo presso strutture a regime convenzionato e/o strutture a regime misto, l'Assicurato non richiedesse preventivamente l'autorizzazione al Pagamento Diretto, non si avrà diritto ad alcun rimborso.

Il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale (GIC, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital / Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale).

Art. 30 – Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

1. Regime Convenzionato - Pagamento Diretto

L'Assicurato dovrà inviare preventivamente, tramite area web riservata, app MyAssistance, e-mail sinistri.adir@myassistance.it, oppure via fax +39 02.87.18.19.75 la prescrizione medica compilata dal medico di medicina generale o dallo specialista (in assenza della prescrizione potrà essere inviato il certificato o il referto medico) completa delle seguenti informazioni:

- nome e cognome dell'Assicurato che deve effettuare la prestazione;
- patologia accertata o sospetta, per il familiare dovrà essere indicata anche la data d'insorgenza della stessa;
- tipo di Intervento Chirurgico da eseguire, in caso di GIC, Ricovero con Intervento, Day Surgery o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
Per i soli Interventi Chirurgici Ambulatoriali di asportazione indicare anche il tipo di lesione, sede e dimensioni;
- l'iter diagnostico terapeutico in caso di Ricovero senza Intervento o Day Hospital;
- tipo di prestazione (es. visita ortopedica, scintigrafia, RMN tratto lombare etc.) in caso di prestazioni extraospedaliere;
- richiesta rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia accertata che rende necessari i trattamenti stessi in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi;
- piano di cure e data di inizio cure in caso di prestazioni dentarie;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinic, ortopantomografie - OPT - etc.) in caso d'Infortunio.

2. Regime non Convenzionate - a Rimborso

La Società, **a fine cure**, rimborsa all'Assicurato le somme dovute a termini di Polizza previa presentazione delle fotocopie delle fatture o notule di spesa debitamente quietanzate complete di:

- Cartella Clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di GIC, Ricovero con o senza Intervento Chirurgico anche in regime di Day Hospital o Day Surgery. In caso d'Intervento Chirurgico Ambulatoriale, dettagliata relazione del medico specialista con indicata la patologia, il tipo d'intervento e le prestazioni effettuate;
- Prescrizione medica compilata dal medico di medicina generale o dallo specialista con specificata la prestazione, la patologia accertata o sospetta (per il familiare dovrà essere indicata anche la data d'insorgenza della patologia), in caso di prestazioni extraospedaliere. Qualora l'Assicurato non avesse la prescrizione potrà inviare, in alternativa, o il certificato o il referto medico redatto dallo specialista che ha effettuato la prestazione.
- documentazione (prescrizione, o certificato o referto) rilasciata dal medico specialista e la specializzazione dovrà essere congrua con la patologia per la quale vengono richiesti i trattamenti, in caso di Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi;
- prescrizione medica completa di nome e cognome dell'Assicurato, nome del farmaco e la patologia per la quale è stato prescritto il medicinale, in caso di acquisto medicinali.
Dovrà essere allegato anche lo scontrino fiscale parlante dal quale si dovrà evincere il codice fiscale dell'Assicurato e il nome o codice del farmaco acquistato;

- prescrizione prime lenti o certificato di prescrizione lenti con diottrie mancanti e la specifica di modifica visus, se intervenuta, rilasciato dal medico oculista o da ottico optometrista, in caso di acquisto di lenti e occhiali o lenti a contatto;
Per le lenti a contatto mensili la richiesta di Rimborso deve essere presentata una sola volta e alla fine dell'Anno Assicurativo;
- referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. radiografie, referti clinici etc.) in caso d'Infortunio.

La documentazione dovrà essere inviata tramite area web riservata, app dedicata di MyAssistance, e-mail sinistri.adir@myassistance.it, fax +39 02.87.18.19.75 oppure in modalità cartacea al seguente indirizzo:

MyAssistance S.r.l.
Via Raimondo Montecuccoli, 20/1 - 20147 Milano

3. Regime Misto

Vale quanto normato ai precedenti punti 1 per l'attivazione del Pagamento diretto con la Struttura Convenzionata e 2 per la richiesta di Rimborso delle spese sostenute presso Strutture non Convenzionate.

Art. 31 - Pagamento dei Sinistri a Rimborso

MyAssistance, ricevuta tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza, comunica alla Società il benestare al pagamento e quest'ultima si impegna ad effettuare il Rimborso delle spese entro 30 giorni dalla data di ricevimento del benestare.

Art. 32 - ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO MINIMO

Premio per il Dipendente (a totale carico della Contraente)

Numero teste assicurate: n. 23.000

Premio annuo lordo pro capite (arrotondato per difetto):

Premio annuo lordo complessivo:

Il premio suesposto rappresenta comunque il premio minimo di polizza.

Premio per il Nucleo a totale carico del dipendente (per la parte relativa ai familiari)

Premio annuo lordo nucleo: **€ per inserimento nucleo entro il 30/09/2026**

Premio annuo lordo nucleo: **€ per inserimento nucleo dal 01/10/2026**

Allegato 1 – Schede Riassuntive

Di seguito vengono riportate le schede riassuntive distinte tra:

- dipendente di Roma Capitale, i Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per persona. Gli Scoperti se non diversamente indicato si applicano per Evento.
- Nucleo Familiare (escluso dipendente i Roma Capitale), qualora prevista l'inclusione, i Massimali e limiti si intendono applicati per Anno Assicurativo e per Nucleo Familiare. Gli Scoperti se non diversamente indicato si applicano per Evento.
Per le sole cure odontoiatriche la numerosità delle prestazioni si intende per ogni membro del Nucleo Familiare.

DIPENDENTE di Roma Capitale	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grande Intervento Chirurgico come da elenco	
<p><u>Massimale annuo</u></p> <p>Condizioni:</p> <p>Strutture Convenzionate – Pagamento diretto</p> <p>Strutture non Convenzionate – a Rimborso</p> <p>Spese PRE/POST</p> <p>Limite spese PRE/POST</p>	<p>€ 80.000,00</p> <p>Rimborso al 100%</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20%</p> <p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p> <p>€ 1.500,00</p>
Ricoveri con/senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	
<p>Massimale: ricoveri con/senza intervento chirurgico, day hospital, day surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale</p> <p>Condizioni:</p> <p>Strutture convenzionate – pagamento diretto</p> <p>Strutture convenzionate - Equipe non convenzionata (Misto)</p> <p>Strutture Pubbliche</p>	<p>Fino al massimo di € 3.750,00 per evento con un massimo di 2 eventi per anno assicurativo. Per gli interventi chirurgici ambulatoriali il limite massimo per evento è pari ad € 1.000,00.</p> <p>Si precisa che, indipendentemente dalle garanzie attivate, il numero massimo di eventi risarcibili per anno è pari a 2.</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%</p> <p>Struttura convenzionata: Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%. Equipe medica non convenzionata: Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 40%.</p> <p>Rimborso Ticket ssn</p>
<p>Spese PRE/POST</p>	<p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p>

Limite spese PRE/POST	Ricompresa nel massimale di € 3.750,00 per evento
Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso strutture non Convenzionate – a rimborso)	€ 200,00 giornalieri
Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore anche per ricovero in struttura pubblica tramite SSN	€ 50,00 giornalieri per una durata massima di 30 giorni (no Scoperti)
Spese per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.500,00 (no Scoperti)
Spese per rimpatrio della salma	Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 2.500,00 (no Scoperti)
Indennità Sostitutiva GIC (da elenco)	€ 100,00 giornaliera per un massimo di 100 giorni
Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 30 giorni successivi (Rimborso al 100%)
Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 1.500,00
Indennità Sostitutiva Ricovero con/senza intervento, Day Hospital/Day Surgery	€ 100,00 giornaliera per un massimo di 30 giorni In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità viene ridotta del 50%
Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 1.500,00
Ticket (SSN)	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalla garanzia
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<u>Alta Diagnostica (vedi Sezione A – Malattia - punto B)</u>	
<u>Massimale annuo</u>	€ 3.000,00
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 50
Strutture non Convenzionate – a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di euro 50
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%
<u>Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, Trattamenti Fisioterapici, Rieducativi, Laserterapia</u>	
<u>Massimale annuo</u>	Visite ed accertamenti: € 1.250,00 con il Sotto limite di € 500,00 per trattamenti fisioterapici, rieducativi e laserterapia
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 25
Analisi del sangue, urine e feci	Solo rimborso ticket ssn

Ticket (SSN)	Rimborso al 100%
Cure oncologiche <u>effettuate in regime extraospedaliero</u>	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni:	Rimborso al 100%
Cure Odontoiatriche	Vedasi Art. 18 punto E "Cure odontoiatriche"
Pacchetto Maternità	
Massimale per visite ed ecografie effettuate durante la gravidanza:	€ 400,00
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – Pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 30%
Strutture non Convenzionate – a Rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 50%
Indennità Sostitutiva nel regime SSN per il parto	€ 50,00 al giorno per un massimo di 10 giorni
Neonato:	
spese per la correzione di malformazioni congenite nel primo anno di vita del neonato (intervento, visite, accertamenti diagnostici pre/post, vitto e pernottamento dell'accompagnatore):	€ 2.500,00
Lenti e Occhiali	
Massimale annuo:	€ 80,00

NUCLEO FAMILIARE	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Grande Intervento Chirurgico come da elenco	
<p><u>Massimale annuo</u></p> <p>Condizioni:</p> <p>Strutture Convenzionate – Pagamento diretto</p> <p>Strutture non Convenzionate – a Rimborso</p> <p>Spese PRE/POST</p> <p>Limite spese PRE/POST</p>	<p>€ 80.000,00 con il limite di un solo evento per anno</p> <p>Rimborso al 100%</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20%</p> <p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p> <p>€ 1.500,00</p>
Ricoveri con/senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale	
<p>Massimale: Day Hospital/Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale:</p> <p>Condizioni:</p> <p>Strutture convenzionate – pagamento diretto</p> <p>Strutture convenzionate - Equipe non convenzionata (Misto)</p> <p>Strutture Pubbliche</p> <p>Spese PRE/POST</p> <p>Limite spese PRE/POST</p>	<p>Fino al massimo di € 2.000,00 per evento con un massimo di 2 eventi per anno assicurativo. Per gli interventi chirurgici ambulatoriali il limite massimo per evento è pari ad € 300,00.</p> <p>Si precisa che, indipendentemente dalle garanzie attivate, il numero massimo di eventi risarcibili per anno è pari a 2.</p> <p>Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%</p> <p>Struttura convenzionata- Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 15%.</p> <p>Equipe medica non convenzionata- Rimborso delle spese con applicazione di uno scoperto del 40%.</p> <p>Rimborso Ticket ssn</p> <p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi</p> <p>Ricomprese nel massimale di € 2.000,00 per evento</p>
<p>Limite rimborsabile per rette di degenza (solo presso strutture non Convenzionate – a rimborso)</p>	<p>€ 200,00 giornalieri</p>
<p>Spese per vitto e pernottamento dell'accompagnatore</p>	<p>€ 50,00 giornalieri per una durata massima di 30 giorni (no Scoperti)</p>
<p>Spese per trasporto dell'Assicurato all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione</p>	<p>Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 1.500,00 (no Scoperti)</p>
<p>Spese per rimpatrio della salma</p>	<p>Rimborso delle spese entro il massimale annuo di € 2.500,00 (no Scoperti)</p>
<p>Indennità Sostitutiva GIC (da elenco)</p>	<p>€ 100,00 giornaliere per un massimo di 100 giorni</p>
<p>Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva</p>	<p>Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 30 giorni successivi (Rimborso al 100%)</p>
<p>Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva</p>	<p>€ 1.500,00</p>

Indennità Sostitutiva Ricovero con/senza intervento, Day Hospital/Day Surgery	€ 100,00 giornaliero per un massimo di 30 giorni In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità viene ridotta del 50%
Spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	Riconosciute nei 30 giorni precedenti e nei 90 giorni successivi (rimborso al 100%)
Limite spese PRE/POST Indennità Sostitutiva	€ 1.500,00
Ticket (SSN)	Rimborso al 100% della spesa sostenuta fermo il massimale annuo previsto dalla garanzia
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
<u>Alta Diagnostica (vedi Sezione A – Malattia - punto B)</u>	
Massimale annuo	€ 3.000,00
Condizioni:	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 50
Strutture non Convenzionate – a rimborso	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo di euro 50
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%
<u>Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici, analisi di laboratorio, Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi e Laserterapia</u>	
Massimale annuo	€ 1.000,00 con: Sottolimito di € 500,00 per trattamenti fisioterapici, rieducativi e laserterapia
Condizioni	
Strutture Convenzionate – pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 10% con il minimo di euro 25
Analisi del sangue, feci ed urine	Solo rimborso ticket ssn
Ticket (SSN)	Rimborso al 100%
<u>Cure oncologiche effettuate in regime extraospedaliero</u>	
Massimale annuo	€ 10.000,00
Condizioni:	Rimborso al 100%
Cure Odontoiatriche	Vedasi Art. 18 punto E “Cure odontoiatriche”
Pacchetto Maternità	
Massimale per visite ed ecografie effettuate durante la gravidanza:	€ 300,00

Condizioni: Strutture Convenzionate – Pagamento diretto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 30%
Strutture non Convenzionate – a Rimborso Indennità Sostitutiva nel regime SSN per il parto	Rimborso delle spese con applicazione di uno Scoperto del 50% € 35,00 al giorno per un massimo di 10 giorni

(*) il rimborso delle spese PRE e POST segue la modalità di regime dell'Evento principale (Ricovero, Day Hospital, Day Surgery, Intervento Chirurgico Ambulatoriale etc).

ALLEGATO 2: ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - GIC

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale [esofagectomia parziale con ricostruzione della continuità digestiva]
- Esofagectomia parziale con ricostruzione della continuità digestiva
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica (altra riparazione dell'esofago)
- Esofagectomia totale (toracoscopica o toracotomica) con ricostruzione della continuità digestiva
- Interventi per riparazione di lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Asportazione di lesione o tessuto dell'esofago per via toracoscopica o toracotomica

CHIRURGIA DELLO STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

- Gastrectomia totale con o senza linfoadenectomia
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale con ricostruzione della continuità digestiva per neoplasia maligna dello stomaco

CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra con o senza linfoadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia [procto-colectomia totale intraaddominale con eventuale confezione di reservoir ileale]
- Resezione rettocolica anteriore con o senza linfoadenectomia tradizionale
- Resezione rettocolica anteriore con o senza linfoadenectomia per via laparoscopica o laparotomica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale [procto-colectomia totale intraaddominale con eventuale confezione di reservoir ileale]
- Interventi d'imputazione del retto per via perineale, posteriore, addominoperineale e addomino posteriore

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Epatectomia parziale per neoplasia maligna (resezioni epatiche atipiche)
- Lobectomia del fegato per neoplasia maligna
- Interventi di riparazione dei dotti biliari
- *Chirurgia dell'ipertensione portale:*
 - a) *interventi di derivazione [anastomosi venosa intra addominale]*
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spleno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava
 - b) *interventi di devascularizzazione*
 - legatura delle varici per via toracica e/o addominale
 - transezione esofagea per via toracica [altra demolizione di lesione o tessuto dell'esofago]
 - transezione esofagea per via addominale [altra demolizione di lesione o tessuto dell'esofago]
 - deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee [legatura di vene varicose addominali]
 - transezione esofagea per via addominale [altra demolizione di lesione o tessuto dell'esofago]

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Pancreatectomia totale con o senza linfoadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas (altra pancreatectomia parziale)

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica con o senza linfadenectomia per neoplasie maligne dell'ipofaringe o dell'esofago cervicale.

CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie
- Pneumonectomia completa
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Resezioni bronchiali con reimpianto

CARDIOCHIRURGIA

- Interventi per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Resezione cardiaca [rimodellamento ventricolare]
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite [riparazione del cuore e del pericardio]
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica
- Interventi sull'aorta addominale
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta [sutura di arteria]
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Interventi sulla vena cava superiore [resezione di altri vasi toracici con anastomosi]
- Interventi sulla vena cava inferiore (resezione di vene addominali con anastomosi)

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Craniotomia per asportazione di neoplasie endocraniche
- Craniotomia per asportazione di neoplasie endocraniche delle meningi
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria [ipofisectomia parziale ransfenoidale]
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata o parziale asportazione del rene.
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento

- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata per neoplasia maligna
- Creazione di vagina artificiale post chirurgia per neoplastica maligna
- Isterectomia radicale per via addominale con linfadenectomia per neoplasia maligna
- Mastectomia radicale con rimozione della catena linfonodale ascellare

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia maligna del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla
- Asportazione tumori parafaringei
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico [altra neuroplastica cranica]
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia [altra asportazione dell'orecchio medio]
- Laringectomia radicale
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne [Osteotomia totale di altre ossa facciali con contemporanea ricostruzione]

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Trattamento cruento dei tumori ossei [Interventi non specificati su lesione ossea]

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia maligna [emimaxillectomia con innesto o protesi]
- Resezione della mandibola per neoplasia maligna [con ricostruzione contemporanea]

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo (derivazione ventricolare interna ed esterna)
- Polmone cistico e policistico (lobectomy, pneumonectomy).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma).
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica (altra riparazione dell'esofago)
- Intervento di riparazione per fistole esofagee
- Intervento di riparazione di torace ad imbuto e torace carenato.
- Intervento di riparazione di ernia diaframmatica.
- Stenosi congenita del piloro [Piloroplastica]
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva [altra resezione parziale dell'intestino tenue]
- Intervento di pull-through endorettale (pull-through sacroperineale o sacroaddominoperineale per malformazioni anorettali)
- Intervento di pull-through endorettale (pull-through sacroperineale o sacroaddominoperineale per malformazioni anorettali)

- Megauretere:
- Ureterectomia parziale o segmentaria con reimpianto
- Altra riparazione dell'uretere
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

Si considerano “Interventi di alta chirurgia” anche:
il trapianto e l’espianto di organi

B - SETTORE INFORTUNI**Identificazione degli Assicurati**

La presente polizza viene stipulata per tutte le categorie, riportate alla Sezione 4 della presente polizza, per le quali il Contraente ha l'obbligo od interesse ad attivare la copertura assicurativa e vale per gli infortuni subiti dagli Assicurati in occasione della partecipazione all'attività della Contraente o nello svolgimento delle mansioni dichiarate dal Contraente stesso.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo della denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per la loro identificazione si farà riferimento ai registri tenuti dal Contraente.

Il Contraente resta altresì esonerato dall'obbligo di notificare preventivamente alla Società le malattie, le infermità, le mutilazioni ed i difetti fisici da cui fossero affette le persone assicurate all'atto della stipula del presente contratto, o degli inserimenti successivi, o che dovessero in seguito sopravvenire.

La presente polizza si intende operante per infortuni occorsi nel mondo intero. Gli eventuali indennizzi verranno corrisposti solo in Italia in Euro (€).

SEZIONE 1**RISCHI COPERTI****Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione**

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in ogni parte del mondo, nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate dal Contraente ed in polizza;

L'assicurazione non vale per le garanzie di cui ai seguenti artt. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10; si ritengono invece prestate per tutti gli Assicurati le garanzie di cui ai restanti articoli della presente Sezione. E' considerata "morte" anche lo stato di "coma irreversibile" conseguente ad infortunio.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa, soffocamento da ingestione di solidi e/o liquidi;
- gli avvelenamenti o le intossicazioni e/o lesioni conseguenti ad ingestione od assorbimento di sostanze o alimenti, anche aventi origine traumatica;
- contatto con acidi o corrosivi;
- le affezioni, alterazioni patologiche conseguenti a calci e/o morsi di animali, rettili, aracnidi, nonché ustioni, punture di insetti, contatto con piante e/o vegetali in genere, nonché le infezioni (comprese quelle tetaniche), esclusa la malaria; sono comprese anche le affezioni, alterazioni, patologiche conseguenti a tutti i predetti casi;
- l'annegamento;
- l'assideramento ed il congelamento;
- la folgorazione e scariche elettriche in genere, anche conseguenti ad azione del fulmine;
- i colpi di sole o di calore o di freddo ed altre conseguenze termiche ed atmosferiche;
- le lesioni (esclusi gli infarti) determinate da sforzi muscolari aventi carattere traumatico;
- gli infortuni derivanti da aggressioni in genere, nonché quelli per legittima difesa o per dovere di solidarietà umana;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, atti di terrorismo, vandalismi, attentati, sequestri, rapine, azioni di dirottamento o di pirateria a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- gli infortuni sofferti e/o derivanti da malore ed incoscienza;
- gli infortuni riportati durante il servizio militare, la partecipazione a squadre antincendio e protezione civile;

- le lesioni sofferte in conseguenza di comportamenti colposi degli assicurati e del Contraente ai sensi dell'art. 1900 del C.C. fatto salvo il caso di dolo del Contraente, nonché in stato di malore od incoscienza o conseguenti a colpi di sonno o vertigini;
- gli infortuni subiti durante i viaggi aerei (rischio volo);
- gli infortuni derivanti da imprudenza, imperizia e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti dall'uso o guida di tutti i veicoli a motore e non, natanti, compresa la salita e la discesa su/dal mezzo di trasporto, veicolo e natante, per gli infortuni subiti, in caso di fermata e/o sosta del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia;
- gli infortuni causati da calamità e forze della natura compresi terremoto, maremoto, eruzione vulcanica, alluvioni, straripamenti, inondazioni, frane, allagamenti, neve, grandine, smottamenti, valanghe, slavine, purchè avvenuti al di fuori del Comune di residenza dell'Assicurato;
- gli infortuni causati da influenze termiche ed atmosferiche;
- gli infortuni sofferti sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, purché l'assunzione abbia comprovato carattere terapeutico, ma con esclusione di quelli subiti alla guida di veicoli e/o natanti in genere;
- ernie addominali da sforzo e strappi muscolari derivanti da sforzo;
- ernie traumatiche;
- la "morte presunta".

Art. 2 – Rimborso spese mediche e farmaceutiche (non operante per questa polizza)

La Società garantisce fino alla concorrenza del massimale espresso per la singola categoria nell'apposita scheda della Sezione 6 e per sinistro, il rimborso delle spese per:

onorari dei medici, dei chirurghi e di ogni altro soggetto componente l'equipe operatoria, diritti di sala operatoria, materiale di intervento, interventi chirurgici anche ambulatoriali, rette di degenza in ospedali e istituti/case di cura, analisi ed accertamenti medico-legali e diagnostici, strumentali, esami di laboratorio, compresa l'artroscopia diagnostica ed operativa, terapie fisiche, apparecchi terapeutici ed endoprotesi, visite mediche, specialistiche, cure oculistiche, applicazione di apparecchi gessati, bendaggi, e docce di immobilizzazione, acquisto di medicinali, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche, acustici e sanitari incluse carrozzelle ortopediche, nonché per cure odontoiatriche, odontotecniche e protesi dentarie, e le spese per cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), le spese farmaceutiche resesi necessarie a seguito dell'infortunio.

Spese per acquisto di lenti, comprese quelle a contatto, resesi necessarie a seguito di infortunio o danno oculare, con il limite del 50% del capitale assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto su presentazione, in originale, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

Il pagamento viene effettuato a cura ultimata. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta italiana al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 3 – Diaria da ricovero (non operante per questa polizza)

La Società corrisponde, in caso di infortunio o malattia indennizzabile ai termini della presente polizza, l'indennità giornaliera per ogni giorno di degenza, con il limite massimo di gg 365, effettuato in Istituti di Cura pubblici, accreditati o privati in Italia o all'estero. Al fine del computo dei giorni di degenza, il giorno di entrata e quello di uscita sono computati come un singolo giorno.

Art. 4 – Diaria da gessatura (non operante per questa polizza)

La Società riconosce l'indennità giornaliera da gessatura o da tutore immobilizzante reso necessario da fratture radiograficamente accertate o da lesioni capsulo-legamentose clinicamente diagnosticate in ospedale o da medico specialista ortopedico-traumatologo, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza.

La presente indennità decorre dal giorno dell'applicazione dell'apparecchio gessato o del tutore immobilizzante e viene corrisposta dal giorno dell'applicazione per un massimo di giorni 45 per infortunio, con il limite giornaliero dell'1‰ (pro mille) del capitale assicurato per la garanzia Invalidità Permanente ed il limite massimo di € 50,00 al giorno.

Art. 5 – Diaria per inabilità temporanea (non operante per questa polizza)

La Società corrisponde, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza che comporti una inabilità dell'Assicurato ad attendere le sue occupazioni professionali o abituali, l'indennità giornaliera per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per inabilità temporanea, se previsto a termini di polizza è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività dichiarate in polizza;
- b) al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività dichiarate in polizza.

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto per il periodo massimo di 365 giorni per sinistro e decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia.

Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'art. 6 della Sezione 5, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando quale data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Resta inteso che:

- a) se la somma assicurata per inabilità temporanea è pari o inferiore a € 25,00 l'indennizzo sarà corrisposto dalle ore 24 del quinto giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato;
- b) se la somma assicurata per inabilità temporanea è superiore a € 25,00 l'indennizzo sarà corrisposto dal decimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.

In caso di ritardata denuncia, le franchigie di cui ai precedenti punti a) e b) verranno computate a partire dal giorno successivo a quello della denuncia anziché a quello dell'infortunio.

Art. 6 – Rischio Colpa Grave

A parziale deroga dell'art. 1900 del c.c. sono in garanzia gli infortuni cagionati da colpa grave dell'Assicurato e del Beneficiario.

Art. 7 – Spese di pronto soccorso e/o trasporto a carattere sanitario (non operante per questa polizza)

La Società, in caso di infortunio indennizzabile ai termini della presente polizza, rimborsa fino al limite di € 2.000,00, le spese di pronto soccorso (anche se non consumate in Istituto di cura) e/o per il trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo dal luogo dell'infortunio ad un Istituto di Cura attrezzato, il trasporto tra Istituti di Cura e dall'Istituto di Cura al domicilio dell'Assicurato a mezzo auto-ambulanza.

Art. 8 – Rientro sanitario (non operante per questa polizza)

La Società rimborsa, fino al limite di €. 2.000,00, le spese sostenute dall'Assicurato in caso di infortunio che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente e che renda necessario il suo trasporto con qualsiasi mezzo ritenuto idoneo in istituto di cura attrezzato in Italia.

Art. 9 – Rimpatrio salma (non operante per questa polizza)

La Società rimborsa, fino al limite di €. 4.000,00, per Assicurato, le spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato, in caso di decesso a seguito di infortunio o malattia che lo colpisca nel corso di una missione o viaggio disposto dal Contraente, fino al luogo di sepoltura.

Art. 10 – Danni estetici (non operante per questa polizza)

Si conviene che in caso di infortunio non escluso dalle Condizioni della presente polizza, che produca conseguenze di carattere estetico, ma che non comporti indennizzo a titolo di invalidità permanente, la Società rimborserà comunque le spese documentate sostenute dall'Assicurato per cure ed applicazioni effettuate allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico, nonché per interventi di chirurgia plastica ed estetica, il tutto entro il limite di €. 10.000,00 per evento.

Art. 11 – Rischio aeronautico

L'assicurazione é estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su veicoli o elicotteri da chiunque eserciti esclusi quelli effettuati:

- su aeromobili di Società/Aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili di Aeroclubs;
- su apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio)

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza e eventuali altre assicurazioni stipulate dall'Assicurato o da altri in suo favore per il rischio volo in abbinamento a polizze infortuni comuni, non potrà superare i seguenti importi:

- complessivamente per aeromobile –
- € 5.000.000,00 per il caso di morte –
- € 5.000.000,00 per il caso di invalidità permanente –
- € 5.000,00 al giorno per il caso di inabilità temporanea totale.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedano gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne é disceso.

La garanzia di cui al presente articolo non é valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 12 – Servizio militare

Per quanto riguarda il personale alle dirette dipendenze dell'Ente, durante il servizio militare di leva, il servizio sostitutivo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale l'assicurazione resta valida ma non comprende gli infortuni subiti durante le attività



LE ASSICURAZIONI DI ROMA

militari così come definite in precedenza.

L'assicurazione è invece operante nei confronti di coloro che esplicano il servizio sostitutivo di quello militare di leva quali addetti ai corpi di polizia municipale, nonché quali volontari del servizio civile.

Art. 13 – Rischio guerra ed insurrezione

A parziale deroga del disposto dell'Art.1 Sezione 4, la garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra civile, guerra, invasione, atti nemici, ostilità (sia che la guerra sia dichiarata e non dichiarata), o da insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di eventi bellici mentre si trova all'estero.

Art. 14 – Responsabilità civile del Contraente

La Società assicura il Contraente per il caso in cui l'Assicurato o, nell'ipotesi di morte, i suoi beneficiari o soltanto alcuni di essi non accettino, quale completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo liquidato ai sensi della presente polizza ed avanzino nei confronti del Contraente stesso maggiori pretese a titolo di responsabilità civile.

Verificandosi tale caso il predetto indennizzo viene accantonato per essere computato nel risarcimento e la Società risponde della maggiore somma che il Contraente fosse tenuto a pagare fino alla concorrenza di un ulteriore importo pari a quello dell'indennizzo stesso.

Qualora il Contraente abbia stipulato per le medesime persone polizza di Responsabilità Civile, la presente garanzia è operante solo per l'eventuale eccedenza del danno rispetto al massimale assicurato a titolo di Responsabilità Civile.

La presente garanzia non è operante quando:

- l'infortunio non è indennizzabile ai sensi della polizza;
- l'infortunio è indennizzabile ai sensi della norma "Rischio aeronautico".

Le disposizioni contenute nel presente articolo potranno non essere applicate su richiesta scritta alla Società da parte del Contraente.

Art. 15 – Ernie e lesioni da sforzo

La garanzia è estesa alle ernie ed alle lesioni in genere conseguenti a sforzo, a condizione che:

- la copertura delle ernie decorre dal 90° giorno successivo a quello di decorrenza del contratto;
- se l'ernia risulta operabile, viene corrisposto soltanto l'indennizzo per il caso di inabilità temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, viene corrisposto soltanto un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente;
- eventuali contestazioni circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia sono rimesse alla valutazione dei Periti di cui al successivo art. 2) della Sezione 5.
- Qualora, la presente assicurazione sostituisce - senza soluzione di continuità - altra polizza, il termine di carenza dei 90 giorni sopra stabilito decorre:
 - - dalla data di decorrenza della precedente assicurazione per gli Assicurati, somme e garanzia dalla stessa già previsti;
 - - dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ad alle nuove persone e garanzie previste.

L'assicurazione è inoltre estesa, limitatamente al caso di invalidità permanente alle rotture

sottocutanee di tendini, con l'intesa che l'indennizzo non potrà essere superiore al 2% (due percento) della somma assicurata per invalidità permanente, fermo restando le franchigie previste in polizza.

Art. 16 – Rischio politico e terrorismo

A parziale deroga dell'art. 1912) del c.c. le garanzie tutte di cui alla presente polizza vengono estese agli infortuni derivanti da atti di aggressione o comunque di violenza, che abbiano movente politico, sociale, sindacale, purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva o volontaria.

Le garanzie tutte di cui alla presente polizza vengono estese agli infortuni derivanti da azioni di terrorismo.

SEZIONE 2	ESCLUSIONI
------------------	-------------------

Art. 1 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla 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 abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- 2) dall'uso, anche come passeggero:
 - di aeromobili di società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - di aeromobili di aereoclubs;
 - di apparecchi per il volo da diporto o sportivo (deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
 - conseguenti a sequestri e dirottamenti di aeromobili.
- 3) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- 4) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 5) da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, nonché imprese temerarie;
- 6) da guerra e insurrezioni, occupazioni militari, invasioni e rivoluzioni;
- 7) da 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.);
- 8) da conseguenze di infortunio che si concretizzino nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 9) da prodotti geneticamente modificati (OGM);
- 10) da emissione di onde elettromagnetiche (EFM);
- 11) da presenza, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto

Sono altresì esclusi gli infortuni causati dalla pratica:

- 12) di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- 13) dei seguenti sport: paracadutismo, pugilato, sollevamento pesi, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, judo, karate e arti marziali in genere, rugby, hockey, arrampicata libera, discesa di rapide, speleologia – kitesurf, salti dal trampolino con sci e idrosci, sci acrobatico, sci estremo, alpinismo, hockey su ghiaccio o a rotelle, guidoslitta, slittino - immersione con autorespiratore;
- 14) dalla pratica dei cosiddetti sport "estremi" (es. bungee jumping, torrentismo, idrospeed)
- 15) di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;

Sono altresì esclusi gli infortuni correlati ad una “Malattia trasmissibile:

16) si intende escluso qualsiasi pagamento o indennizzo per o in relazione a qualsiasi perdita, danno, responsabilità, richiesta di indennizzo o risarcimento, costo o spesa di qualsiasi natura, direttamente o indirettamente causato, contribuito, derivante o nascente, o relativo ad una Malattia Trasmissibile o da qualsiasi timore o minaccia (reale o percepita) di una Malattia Trasmissibile, così come definita nella Sezione “Definizioni”, quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo, la malattia da coronavirus Covid-19, la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV- 2) e qualsiasi mutazione o variazione delle stesse, a prescindere da qualsiasi altra causa o evento che contribuisca ad essa in modo concomitante o in qualsiasi altra sequenza.

Art. 2 – Persone non assicurabili e limiti di età

Premesso che la Società, qualora fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo - tossicodipendenza immunodeficienza acquisita (AIDS), sieropositività nonché le persone affette da epilessia, infermità mentali, sindromi organiche cerebrali – schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi - non avrebbe consentito a prestare l'assicurazione, si conviene che qualora una o più delle malattie o delle affezioni sopra richiamate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'art. 1898 del c.c., indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore ai 70 anni.

Tuttavia, per le persone che raggiungono la suddetta età durante il periodo di assicurazione la copertura assicurativa cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

SEZIONE 3**GESTIONE DEI SINISTRI****Art.1 – Criteri di indennizzabilità**

La Società corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennità per invalidità permanente è liquidata per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

a) MORTE

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

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

b) MORTE PRESUNTA

La Società dichiara che se il corpo dell'Assicurato non venisse trovato entro un anno a seguito di arenamento, affondamento e naufragio del mezzo di trasporto aereo, lacustre, fluviale o marittimo, fermo restando quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione, verrà riconosciuto l'indennizzo previsto per il caso di morte, considerando l'evento di cui sopra come infortunio.

Quando sia stato effettuato il pagamento delle indennità ed in seguito l'Assicurato ritorni o si abbiano di lui notizie sicure, la Società ha diritto alla restituzione delle intere somme pagate e relative spese, e l'Assicurato stesso potrà fare valere i diritti che eventualmente gli sarebbero spettati nel caso avesse subito lesioni indennizzabili a norma della presente convenzione.

Le lesioni corporali causate dall'esposizione agli elementi della natura dovuti ad un atterraggio di fortuna, arenamento, affondamento o naufragio del mezzo di trasporto sopra richiamato, sono peraltro garantite dalla presente polizza.

c) INVALIDITA' PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - ma comunque entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquiderà per tale titolo e solo in questo caso una indennità calcolata sulla somma assicurata al momento dell'infortunio per l'invalidità permanente, come segue:

la valutazione del grado di Invalidità Permanente sarà effettuata facendo riferimento alla Tabella allegata al T.U. sull'assicurazione obbligatoria per gli infortuni e le malattie professionali approvato con D.P.R. del 30.06.1965 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni, con rinuncia alle franchigie relative stabilite, con l'intesa che le percentuali indicate nella Tabella anzidetta vengano riferite ai capitali assicurati per il caso di invalidità permanente.

La Società prende atto che se l'Assicurato risulta mancino il grado di invalidità per il lato destro sarà applicato al sinistro e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un infortunio ad un arto superiore o ad una mano o ad un avambraccio e risultasse che questi erano gli unici perfettamente integri o tali che venissero usati come "destri" si dovrà tenere conto di ciò anche nella valutazione del grado di invalidità permanente. In caso di valutazione della Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%, verrà liquidata una somma pari al 100% della somma assicurata.

Il diritto all'indennità per Invalidità permanente è di carattere personale, ma è comunque trasmissibile agli eredi. Quindi, se l'Assicurato decede, per causa indipendente dall'infortunio, sia prima che dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, ma non sia stato ancora corrisposto il relativo importo, la Compagnia paga agli eredi dell'Assicurato, l'importo liquidato od offerto.

La stessa procedura si applica anche qualora l'impresa intenda attribuirsi un periodo minimo per l'accertamento dei postumi permanenti. E' infatti consentito agli eredi dell'assicurato, nel caso di premorienza di quest'ultimo rispetto a tale termine o comunque all'accertamento medico legale dell'impresa, la possibilità di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo, mediante la consegna di documentazione medica diversa da quella dell'Impresa, ma idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi. A titolo esemplificativo ma non limitativo, l'Impresa è tenuta ad accettare certificazioni INAIL, INPS, certificazioni ospedaliere, referti, cartelle cliniche, certificati di medici specialisti, di famiglia di vario tipo, ecc.

Art.2 – Valutazione del danno - Controversie

L'ammontare del danno è concordato direttamente dalla Società, o da un fiduciario da essa designato, con l'Assicurato e/o il Contraente, o persona da esso designata.

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dalla presente polizza, possono essere demandate per iscritto a un collegio di tre medici, nominati uno per Parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Una volta richiesta la convocazione del collegio medico da parte dell'Assicurato, con l'indicazione del nome del medico designato, l'Impresa è tenuta a comunicare all'Assicurato, entro trenta giorni dalla richiesta, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato.

Ciascuna delle parti, Assicurato e Società, sostiene le proprie spese e remunera il medico designato da essa, mentre la Società contribuirà interamente alle spese ed alle competenze del terzo medico. È facoltà del Collegio medico 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, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale

Art.3 – Liquidazione dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, la Società comunicherà agli interessati l'importo dell'indennità che risulti dovuta, e provvederà al pagamento entro 30 giorni. L'indennità viene corrisposta in Italia in Euro.

Art.4 - Rinuncia all'azione di surroga

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto all'azione di surroga che potesse competere per l'art.1916 C.C. verso i responsabili dell'infortunio e malattia.

Art.5 – Anticipi indennizzi

A seguito di un infortunio indennizzabile contrattualmente, e dietro specifica richiesta dell'Assicurato, la Compagnia è tenuta ad anticipare l'indennizzo sino ad un massimo di Euro 25.000,00, sempreché sia presumibile una invalidità permanente liquidabile superiore al 5% di quella totale.

Art. 6 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

La denuncia di sinistro dovrà essere indirizzata per iscritto alla Società, entro 30 giorni da quando il Settore dell'Ente Contraente, competente alla gestione del contratto, ne ha avuto conoscenza scritta o dal momento in cui l'Assicurato od i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, ai sensi ed a parziale deroga dell'Art. 1913 del C.C.

La denuncia dell'infortunio dovrà contenere l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora dell'evento, nonché le cause che lo hanno determinato, ed essere corredata, se ricorre il caso, da certificazione del pronto soccorso.

Successivamente il Contraente o l'Assicurato, deve inviare periodicamente e sino a guarigione avvenuta, certificati medici sul decorso delle lesioni, nonché le fatture, notule e ogni altro documento comprovante le spese mediche o farmaceutiche sostenute e rimborsabili.

Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, dovrà essere dato immediatamente avviso alla Società a mezzo telefax e/o telegramma.

Art. 7 - Cumulo di indennità

L'indennità per il caso di morte non è cumulabile con quella per invalidità permanente.

Se dopo il pagamento di un'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto, agli eredi, la differenza tra l'indennità pagata e quella assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore e non chiede il rimborso nel caso contrario.

SEZIONE 4	LIMITI DI INDENNIZZO, FRANCHIGIE, CATEGORIE, GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI, CALCOLO DEL PREMIO
------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Art. 1 – Limiti di indennizzo e franchigie

La Compagnia non liquiderà indennizzi superiori ad € 300.000,00 per sinistro, anche qualora il sinistro coinvolga più persone, **ed € 3.500.000,00 per anno assicurativo.**

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, agli Assicurati verrà corrisposto l'indennizzo previsto dal presente contratto, con l'applicazione delle franchigie riportate nelle singole categorie. La garanzia è estesa agli infortuni derivanti da movimenti tellurici, franamenti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche e maremoti sempre che l'Assicurato sia rimasto vittima degli eventi al di fuori del Comune ove è fissata la sua residenza.

Resta convenuto però che in caso di movimenti tellurici, franamenti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche e maremoti che colpiscano più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la **somma di €. 3.000.000,00 per tutti gli indennizzi.**

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre tra il detto limite e il totale delle somme assicurate.

Art. 2 - Categorie, garanzie e capitali assicurati

L'assicurazione è prestata alle condizioni tutte della presente polizza per gli Assicurati, ovvero per le persone appartenenti alle categorie qui di seguito evidenziate nonché per le garanzie e capitali assicurati specifici della singola categoria.

Art. 2.1 - Assicurati: il personale (dipendenti) non Dirigente di Roma Capitale

L'Assicurazione copre i soli infortuni professionali, occorsi agli assicurati, ivi compresi i rischi della circolazione su qualsiasi mezzo, gli infortuni sofferti salendo o scendendo sui/dai mezzi di trasporto, nonché il rischio "in itinere". L'assicurazione vale anche per gli infortuni subiti, in caso di sosta o fermata del veicolo, durante le operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

S'intendono comprese le attività svolte in nome e/o per conto del Contraente presso Enti e/o Società controllati e/o collegati al Contraente stesso.

Garanzie prestate	Capitali assicurati pro capite €
Caso Morte da Infortunio professionale	50.000,00
Caso Invalidità Permanente da infortunio professionale franchigia fissa ed assoluta: 5% sugli infortuni professionali	50.000,00

Numero di assicurati	23.000
-----------------------------	---------------

Art. 3 - Franchigia fissa ed assoluta per Invalidità Permanente

La liquidazione degli infortuni con postumi di invalidità permanente verrà effettuata con l'applicazione delle franchigie fisse ed assolute riportate nello schema che precede.

Pertanto, in caso di Invalidità Permanente accertata fino alle percentuali suddette, non si farà luogo ad alcun indennizzo.

In caso di Invalidità Permanente accertata superiore a tali percentuali, verrà liquidata la parte eccedente.

Art. 4 - ELEMENTI PER IL CALCOLO DEL PREMIO MINIMO

Numero teste assicurate: 23.000

Premio annuo lordo pro capite: €

Premio annuo lordo complessivo: €

Il premio lordo suesposto rappresenta il premio minimo stabilito, comunque dovuto alla Società.

Roma

**LE ASSICURAZIONI DI ROMA
MUTUA ASSICURATRICE ROMANA**

IL CONTRAENTE

.....

.....

Il presente contratto è stato stipulato sulla base delle dichiarazioni e dei dati forniti dal Contraente. Il Contraente dichiara di aver letto e accettato le definizioni e le Condizioni tutte della presente polizza che regolano ciascuna delle garanzie scelte, e **l'Informativa e consenso ex art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679.**

Agli effetti degli **artt. 1341 e 1342 C.C.** l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:

Agli effetti dell'art. 1341 e 1342 C.C. il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Condizioni valide per entrambe i Settori:

Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Art. 2 – Decorrenza dell'Assicurazione

Art. 5 – Persone assicurabili

Art. 12 – Altre assicurazioni

Art. 13 – Foro Competente

Art. 14 – Controversie

Art. 16 – Termine di prescrizione

Settore A - Malattia

Art. 19 – Persone non assicurabili

Art. 20 – Limite di età

Art. 21 – Esclusioni

Art. 22 – Termini di Carenza

Art. 24 – Recapiti

Art. 26 – Denuncia del sinistro

Art. 27 – Gestione del sinistro

Art. 28 – Restituzione delle somme indebitamente pagate

Art. 30 – Modalità e documentazione da inviare per la denuncia Sinistro

Art. 32 – Elementi per il calcolo del premio minimo

Settore B – Infortuni

Sezione 2 – Art. 1 – esclusioni

Sezione 2 – Art. 2 – Persone non assicurabili e limiti di età

Sezione 3 – Art. 6 – Denuncia del sinistro e relativi obblighi

Sezione 4 – Art. 3 – Franchigia fissa ed assoluta per invalidità permanente

Sezione 4 – Art. 4 – Elementi per il calcolo del premio minimo

IL CONTRAENTE

.....

**ALLEGATO 3
MODULO UNICO PRECONTRATTUALE (MUP) PER I PRODOTTI ASSICURATIVI**

Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente Modulo, prima della sottoscrizione della proposta o del contratto di assicurazione. Il documento può essere fornito con modalità non cartacea se appropriato rispetto alle modalità di distribuzione del prodotto assicurativo e il contraente lo consente (art. 120-*quater* del Codice delle Assicurazioni Private).

**SEZIONE I
Informazioni generali sul distributore che entra in contatto con il contraente**

Identificazione dell'impresa che vende direttamente il prodotto assicurativo (senza avvalersi di intermediari)

- a. **Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana** (cod. fisc.: 01089780587)
- b. **Iscrizione:** Sez. I dell'Albo delle imprese istituito presso l'IVASS, al n. 1.00040 – cod. IVASS n. A212M
- c. **Sede Legale e Direzione Generale:** Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma
- d. **Recapito telefonico:** 0658781 – **Indirizzo email:** gerenza@adir.it - **PEC:** gerenza.adir@pec.it
- e. **Sito internet:** www.adir.it

**SEZIONE II
Informazioni sul modello di distribuzione**

- a. Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana, agisce su incarico del cliente.

**SEZIONE III
Informazioni relative a situazioni di potenziale conflitto d'interesse**

- a. Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana non è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta pari o superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di alcun intermediario assicurativo.

**SEZIONE IV
Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza**

Le Assicurazioni di Roma-Mutua Assicuratrice Romana opera prevalentemente attraverso procedure di collocamento diretto dei propri prodotti assicurativi, all'interno dei locali dell'Agenzia di Direzione, ma anche di collocamento a distanza.

- a. L'Impresa non fornisce consulenza ai sensi dell'art. 119-ter, comma 3, delle Codice delle Assicurazioni Private.

SEZIONE V
Informazioni sulle remunerazioni

Il personale dipendente di Le Assicurazioni di Roma, direttamente coinvolto nella distribuzione del contratto di assicurazione, percepisce una retribuzione annua lorda regolamentata dalle tabelle del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro delle Imprese di Assicurazione.

A tale compenso non si aggiunge nessuna componente variabile e/o aggiuntiva.

SEZIONE VI
Informazioni sul pagamento dei premi

Le modalità di pagamento dei premi ammesse sono:

1. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, sia da piattaforma di vendita che da area riservata.
2. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se e in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), con il limite di € 4.999,99, nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

SEZIONE VII
Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

a. Il Contraente ha la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare per iscritto i reclami direttamente a **Le Assicurazioni di Roma – Mutua Assicuratrice Romana** al fax 065878335, tramite posta scrivendo a Le Assicurazioni di Roma S.p.A., Ufficio Gestione Reclami, Lungotevere Vittorio Gassman 22 - 00146 Roma, via mail all'indirizzo reclami@adir.it o via pec all'indirizzo reclami.adir@pec.it.

Qualora il Contraente non dovesse ritenersi soddisfatto dell'esito del reclamo, o in caso di assenza di riscontro da parte di Le Assicurazioni di Roma entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo, potrà rivolgersi all'**IVASS, Servizio Tutela del Consumatore**, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.

Per la presentazione dei reclami ad IVASS occorre utilizzare l'apposito modello reperibile e scaricabile sul sito di IVASS (www.ivass.it), alla sezione "*Per il Consumatore - Come presentare un reclamo*".

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti.

b. Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia facoltà del Contraente, ed in alcuni casi necessario, di avvalersi di altri eventuali sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti dalla normativa vigente, quali:

- **Mediazione** (L. 9/8/2013, n.98): le parti si avvalgono dell'intervento di un terzo imparziale (mediatore) che le assiste sia nella ricerca di un accordo amichevole per la composizione di una controversia, sia nella formulazione di una proposta per la risoluzione della stessa, come previsto dal Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010; la richiesta di mediazione si deve attivare prima dell'introduzione di un processo civile, rivolgendosi ad uno degli Organismi di Mediazione iscritti nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia consultabile sul sito www.giustizia.it.

- **Negoziazione assistita** (L. 10/11/2014, n.162): accordo mediante il quale le parti in conflitto, assistite dai propri legali, convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia, ai sensi della Legge n. 162 del 10 novembre 2014.

- **Conciliazione paritetica**: le controversie relative a sinistri R.C. Auto la cui richiesta di risarcimento non sia superiore a 15.000,00 €, nei casi di diniego di offerta o di mancata accettazione dell'offerta di risarcimento se non a titolo di acconto, possono essere trattate mediante la Conciliazione paritetica che nasce da un accordo tra ANIA e alcune Associazioni di Consumatori. Per accedere alla procedura il consumatore può rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori

aderenti al sistema, indirizzando una richiesta di conciliazione secondo le modalità dettagliate all'interno dei siti: www.ivass.it alla Sezione "Per il Consumatore" e www.ania.it alla Sezione "Consumatori".

- **Arbitrato:** ove previsto dalle condizioni di assicurazione del contratto.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en

Arbitro Assicurativo: Dopo aver presentato reclamo all'Impresa o all'intermediario che ha fornito il servizio, in caso di risposta (o trascorsi 45 giorni di silenzio), ci si può avvalere dell'Arbitro Assicurativo, formulando ricorso da inviare esclusivamente online tramite il portale dedicato AAS, accessibile dal sito ufficiale dell'Arbitro <https://www.arbitroassicurativo.org>, allegando la documentazione relativa al reclamo, la risposta ricevuta (o il silenzio dell'intermediario) e una descrizione chiara e dettagliata dei fatti.

Il ricorso deve essere presentato entro 12 mesi dalla data del reclamo e riguardare fatti accaduti negli ultimi tre anni.

SEZIONE VIII Informazioni sul diritto all'oblio oncologico

Le Assicurazioni di Roma comunica al Contraente che:

a. può esercitare il diritto all'oblio oncologico previsto dall'art. 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, specificandone i contenuti e le modalità di attuazione, conformemente a quanto indicato dagli artt. 56-*bis* e 56-*ter* del Reg. IVASS n. 40/2018, rinviando al DIP aggiuntivo la lettura di tutte le pertinenti informazioni;

b. le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.