NURSING UP

guida ai
SERVIZI GRATUITI
per gli iscritti NURSING UP

2026

sempre al tuo fianco

al lavoro e a casa

www.nursingup.it

i tuoi servizi

aderisci qui ai **SERVIZI GRATUITI** anno **2026**

Panoramica dei servizi gratuiti dedicati agli iscritti Nursing Up per l'anno 2026 — 3

POLIZZA **RC PROFESSIONALE** — 11

POLIZZA **TUTELA LEGALE** — 21

POLIZZA **INFORTUNI** — 31

POLIZZA **RC VITA PRIVATA** (MULTIRISCHI) — 45

POLIZZA **SANITARIA ODONTOIATRICA** — 61

ASSISTENZA **PERSONA ED ABITAZIONE** — 75

Regolamento di **ADESIONE ai SERVIZI GRATUITI**
Regolamento **SINISTRI e CONTATTI** — 85

Panoramica dei **servizi gratuiti dedicati agli iscritti Nursing Up** per l'anno 2026

Premessa del Presidente Nursing Up,
Antonio De Palma

Gentile collega,

il privilegio di far parte della nostra grande famiglia sindacale si trasforma ogni anno in una serie di **tutele, servizi e benefici ai quali puoi aderire in qualità di nostro iscritto**.

Affinché tu sia consapevole dell'alto livello di protezione che il sindacato ha approntato per te, per la tua professione, la tua vita privata e la tua responsabilità, ed affinchè tu possa sfruttarne a pieno i benefici, in questo opuscolo **troverai i servizi che ti mettiamo a disposizione per l'anno 2026**, potrai notare che il nostro lavoro di selezione delle Compagnie assicuratrici non si ferma mai ed, anche quest'anno, ci ha portato a mantenere le più autorevoli, sempre nell'ottica di scegliere il meglio per i nostri iscritti.

Per il 2026 il nostro desiderio è quello di starti vicino.

Lo facciamo con pragmatismo, sostenendoti nei fatti della vita professionale e quotidiana, della tua casa, della tua famiglia.

Leggendo questo opuscolo, avrai modo di conoscere ed utilizzare in maniera appropriata i servizi a te dedicati.

Come avrai modo di vedere, **la casistica delle garanzie a tua disposizione è ampia**, si va dalla protezione della tua **responsabilità professionale, con retroattività illimitata** ed anche contro la **rivalsa del datore di lavoro**, alla **tutela legale**, fino al caso in cui tu subisca **aggressioni mentre eserciti la tua attività** professionale.

Per quest'anno siamo riusciti a riconfermare le **due garanzie aggiuntive relative alla salute della tua bocca**:

» 1 cura canalare, una volta l'anno, presso strutture convenzionate, con un massimale

annuo per assicurato di € 150;

» Prestazioni di ortodonzia conseguenti a patologia, da eseguirsi presso strutture convenzionate, con un massimale annuo per assicurato di € 400,00.

Continuerai ad avere a tua disposizione **professionisti per aiutarti a proteggere la tua casa e la tua famiglia in particolari situazioni di difficoltà**: dal medico al fisioterapista, dall'idraulico alla babysitter e tanto altro.

Per quanto concerne la **Tutela legale** e la polizza **infortuni e prevenzione** siamo rimasti con Itas Mutua che in questi anni si è distinta per la sua maggior aderenza ai bisogni degli associati Nursing Up.

In genere chi si iscrive ad un sindacato è abituato a pensare che non ci siano anche servizi gratuiti inclusi, invece, nel caso del Nursing Up, ce ne sono e di grande rilevanza nonché di elevato valore economico.

Nursing Up ne ha **costruito una vasta gamma intorno alle tue esigenze**, perché abbiamo voluto ripensare il ruolo del sindacato di oggi **con lo scopo di avvicinarci il più possibile a chi lavora con i ritmi frenetici dei tempi attuali**. Ma tu questo lo sai bene, impegnato giorno e notte, sempre con poco tempo e poche risorse da dedicare alla soluzione dei piccoli grandi imprevisti quotidiani.

Nursing Up ti mette a disposizione ogni anno **un vero e proprio sistema di welfare tutto incluso nella tua iscrizione**. In pratica, per te i servizi sono gratis.

Si tratta del nostro modo di concepire il sindacato.

Nursing Up si mette al tuo servizio, attraverso i propri rappresentanti sindacali ti difende e ti tutela quando sei al lavoro ed ai tavoli contrattuali nazionali. E, oltre a tutto questo, il tuo sindacato ti offre un mondo di ulteriori vantaggi, tutti contenuti in queste pagine, così da poterne beneficiare direttamente e semplificarti la vita.

Ti ricordo infine che, **per poterne beneficiare, dovrai, necessariamente, come ogni anno, oltre che essere iscritto al nostro Sindacato, aver consultato le condizioni di polizza sul sito www.nursingup.it ed aver aderito previamente ai servizi attraverso la procedura dedicata**.

La lista è davvero lunga, e allora perché aspettare? L'adesione ai servizi è molto semplice: vai sul sito **www.nursingup.it** e digita sul banner **"ADERISCI QUI AI SERVIZI GRATUITI ANNO 2026"**, per qualsiasi dubbio avrai a disposizione un regolamento di iscrizione, che ti guiderà nell'adesione elettronica.

E se hai colleghi che non si sono ancora iscritti, non ti resta che invitarli a farlo perché Nursing Up è dalla vostra parte, sempre.

Il Presidente
Antonio De Palma

Indicazioni generali sulle **principali forme di tutela che Nursing Up garantisce ai propri iscritti**[1]

Polizza **RC Professionale** anche colpa grave di Reale Mutua Assicurazioni

È una polizza che **risponde gli obblighi previsti dalla normativa vigente per i professionisti sanitari sia pubblici che privati che liberi professionisti, inclusa la cosiddetta Legge Gelli**.

Il **massimale annuo in garanzia è pari a 10 milioni per ogni associato** (5 milioni per singolo sinistro).

È prevista l'**ultrattività** di legge, pari a 10 anni, mentre la **retroattività** è illimitata (leggere sempre le condizioni di polizza per conoscere l'esatta decorrenza di ciascuno).

Assistenza persona e abitazione, totalmente gratuita agli associati Nursing Up[2] (AXA)

Nursing Up mette a tua disposizione una **Centrale Nazionale di Assistenza "dedicata"**.

In caso di emergenza, potrai essere assistito chiamando il **numero verde 800 46 77 22**.

Grazie alla partnership con AXA e con INTER PARNER ASSISTANCE SA, attraverso il nostro numero verde, che **ti assiste 24 ore su 24**, potrai richiedere:

1) Nei **casi di emergenza** e nel rispetto dei presupposti previsti dalla polizza, i seguenti servizi di **assistenza all'abitazione**:
   - intervento d'emergenza di idraulico fino ad un massimo di euro 250 IVA compresa per sinistro per un massimo di 2 volte per anno assicurativo;
   - intervento d'emergenza di vetraio fino ad un massimo di euro 250 IVA compresa per sinistro per un massimo di 2 volte per anno assicurativo;
   - intervento d'emergenza di fabbro-falegname fino ad un massimo di euro 250 IVA compresa per sinistro per un massimo di 2 volte per anno assicurativo;
   - intervento d'emergenza di elettricista fino ad un massimo di euro 250 IVA compresa per sinistro per un massimo di 2 volte per anno assicurativo;
   - intervento d'emergenza di termoidraulico fino ad un massimo di euro 250 IVA compresa per sinistro per un massimo di 2 volte per anno assicurativo;
   - intervento d'emergenza di tecnico del gas fino ad un massimo di euro 250 IVA

1 **ATTENZIONE**: in queste pagine forniamo indicazioni generali sulle principali forme di tutela che Nursing Up garantisce ai propri iscritti e che troverai declinate in questo opuscolo. Teniamo a sottolineare che quanto leggerai **non rappresenta in alcun modo informativa contrattuale o pre-contrattuale**, pertanto, per tutte le forme di tutela e servizi **si rinvia unicamente alle norme inserite negli specifici documenti contrattuali assicurativi**, che dovrai visionare prima dell'adesione gratuita (la cui visione è condizione elettronica per proseguire) cliccando sugli appositi link presenti nella presente procedura e che **troverai pubblicati stabilmente sul sito internet www.nursingup.it**, nonché **nell'area riservata di ogni associato / aderente** caricata sullo stesso sito internet.

2 Regolarmente aderenti ai servizi anno 2026

compresa per sinistro per un massimo di 2 volte per anno assicurativo;

2) Nei **casi previsti dalla polizza** e sempre nel rispetto dei presupposti ivi previsti, **sia per te che per il tuo nucleo familiare** sono coperti i seguenti **servizi di assistenza alla persona**:
   - consulto medico telefonico 24h/24h;
   - invio di un medico generico o di un'ambulanza o di un pediatra in Italia in caso del verificarsi di particolari condizioni previste in polizza;
   - rientro al domicilio a seguito dimissione ospedaliera al verificarsi di particolari condizioni previste in polizza;
   - monitoraggio del ricovero ospedaliero (si veda condizioni di polizza);
   - invio babysitter in conseguenza di malattia o infortunio nel rispetto delle condizioni di polizza con massimale di euro 200,00 iva compresa per sinistro e per periodo di assicurazione;
   - custodia animali in conseguenza di malattia o di infortunio nel rispetto delle condizioni di polizza con massimale di e 200 iva compresa per sinistro e per periodo di assicurazione;
   - servizio spesa a casa a seguito di infortunio nel rispetto delle condizioni di polizza;
   - assistenza fisioterapica post-ricovero, invio di un fisioterapista;
   - reperimento di presidi medico chirurgici;
   - collaboratrice familiare e babysitter: a seguito di dimissioni nel rispetto delle condizioni di polizza;
   - reperimento - Consegna farmaci presso l'abitazione;
   - taxi transfer "over 14" per accompagnamento a scuola e per le attività extra scolastiche;
   - pagamento delle utenze domestiche in scadenza;
   - invio spesa a casa;
   - custodia animali.

Polizza **Tutela legale** (ITAS Mutua)

Per te un **massimale annuo di 6.000,00 euro per sinistro**, e potrai aprire tutti i sinistri necessari. Esempi:

- spese legali per l'intervento di un unico Avvocato per ogni grado di giudizio, le spese legali per l'accertamento tecnico preventivo (ATP) promosso da controparte, le spese peritali, le spese di giustizia e processuali e di indagine non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi, nei limiti delle garanzie previste dalla presente polizza;
- spese legali anche quando la vertenza venga trattata mediante convenzione di negoziazione assistita o tramite il coinvolgimento di un Organismo di mediazione;
- spese dell'Organismo di mediazione, nei soli casi di mediazione obbligatoria;
- estensione della copertura penale alla vita privata;
- estensione alla difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni connesse ad incidente stradale.

Polizza **infortuni, malattia e prevenzione** (ITAS Mutua)

Nei momenti difficili della tua vita avrai a disposizione tante importanti coperture:

- Euro 20.000 in caso di morte da infortunio durante l'attività lavorativa;
- Euro 40.000 in caso di invalidità permanente da infortunio durante l'attività lavorativa Franchigia fissa assoluta del 5%;
- Euro 15.000 quale estensione della precedente garanzia in caso di contagio da HIV, Epatite B ed Epatite C di origine traumatica oppure da evento fortuito ed accidentale durante lo svolgimento dell'attività lavorativa;
- Euro 10.000 per Invalidità permanente da malattia. Franchigia fissa relativa del 60% ciò significa che per percentuali di invalidità permanente superiori al 60% verrà riconosciuta l'intera somma assicurata (ad esempio per percentuali di invalidità del 61% verrà liquidata la somma di e 10.000) e nulla se pari o inferiore al 60%;
- Euro 26,00 giornalieri di diaria per ricovero da infortunio professionale o malattia indennizzabile per un massimo di 180 giorni a decorrere dal sesto giorno di degenza, sotto i 6 giorni non verrà liquidato alcun indennizzo.

Prevenzione donna

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

Prevenzione uomo

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

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

In più...

- Copertura anche dell'infortunio extraprofessionale ed in itinere;
- Rimborso cure dentarie da infortunio con massimale fino ad euro 3.000,00.

Polizza collettiva **danni diretti all'abitazione** e **R.C.T. della vita privata** (Europ Assistance)

Per garantire i danni alla tua casa e per proteggere la tua famiglia.

Il costo di questa polizza, che a te viene riservata gratis come iscritto del Nursing Up, il Broker ci comunica che, se acquistata singolarmente, è pari circa ad € 160,00.

Esempi di garanzie previste in polizza

- incendio al fabbricato ed al contenuto;
- azione del fulmine, diretta anche se non accompagnata da sviluppo di fiamma;
- esplosione, implosione o scoppio;
- sviluppo di fumi, gas e vapori,
- urto di veicoli stradali e di natanti non appartenenti all'Assicurato né al suo servizio;
- onda sonica;
- caduta di aeromobili, veicoli spaziali, loro parti o cose da essi trasportate, oggetti orbitanti;

Eventi sociopolitici

Incendio, esplosione e scoppio, anche a mezzo di ordigni esplosivi, da persone che prendano parte a tumulti popolari, scioperi o sommosse o che compiano individualmente o in associazione, atti dolosi o vandalici, compresi quelli di terrorismo e di sabotaggio, compresi i vandalismi subiti dal fabbricato assicurato in occasione di furto tentato o commesso.

Eventi atmosferici

Uragani, bufere, tempeste, trombe d'aria, vento e cose da esso trascinate, grandine, quando la violenza che caratterizza tali eventi atmosferici sia riscontrabile su una pluralità di enti, assicurati o non; bagnamenti che si verificassero all'interno dell'abitazione, purché direttamente causati dalla caduta di pioggia o grandine attraverso rotture, brecce e lesioni provocate al tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza degli eventi di cui al punto precedente; acqua penetrata all'interno dell'abitazione a seguito di intasamento di grondaie o pluviali, causato esclusivamente da grandine o neve.

Danni da acqua condotta

Quali, a titolo esemplificativo, guasto, rottura accidentale e occlusione di impianti idrici di condizionamento e di riscaldamento a servizio del fabbricato, incluse spese di ricerca e ripristino del guasto.

Rischio locativo

Per danni causati da responsabilità del conduttore al fabbricato ad esso locato.

Esempio RCT della vita privata, comprese le seguenti estensioni (copre te ed il tuo nucleo familiare):

- caduta di antenne televisive, parabole e/o antenne radiotrasmittenti, poste sul tetto o sui balconi;
- attività domestiche derivanti dalla conduzione della casa e della famiglia;
- incendio, esplosione o scoppio (danni a terzi);
- consumo di cibi o bevande in casa dell'Assicurato che provochino intossicazione od avvelenamento;
- infortunio cagionato ad ospiti a seguito di cadute a causa di acqua, detersivi o cera sui pavimenti;
- caduta all'esterno di oggetti;
- lavori di ordinaria manutenzione eseguiti in economia;
- spargimento di acqua e rigurgiti di fogna;

- uso di apparecchi domestici;
- conduzione delle abitazioni in locazione, fuori sede ma site nel territorio italiano, per i figli studenti;
- causati da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà dell'Assicurato o da lui detenute a cose di terzi che l'Assicurato abbia in consegna e custodia nei locali dell'abitazione ammobiliata presa in affitto per la villeggiatura non di sua proprietà, compresi i danni subiti dai locali stessi.
- la responsabilità civile verso gli addetti ai servizi domestici - anche se occasionali baby sitters, colf, badanti, "persone alla pari", per gli infortuni da essi sofferti. La Società copre altresì la responsabilità civile delle medesime persone per danni da queste involontariamente cagionati a terzi nell'espletamento delle mansioni svolte per conto dell'Assicurato e dei suoi familiari conviventi;
- interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, conseguenti a sinistri indennizzabili a termini della presente polizza;
- pratica di hobby quali modellismo, bricolage, giardinaggio compreso l'uso di motofalciatrici;
- atti volontari compiuti dai minori di 14 anni di cui i genitori debbano rispondere;
- proprietà, possesso e/o uso di animali domestici o da cortile, cavalli ed altri animali da sella;
- pratica amatoriale di sport comuni, svolti sia individualmente che in squadra a livello non professionistico e senza alcuna forma di remunerazione, salvo i rimborsi delle spese sostenute;
- proprietà ed uso di armi comprese quelle da fuoco, ma esclusa la caccia;
- uso e guida di veicoli non a motore quali biciclette (anche a motore) e simili, barche senza motore purché di lunghezza non superiore a 6,5 metri, windsurf, giocattoli anche a motore, fatto colposo in qualità di pedone;
- dalla proprietà e uso, esclusivamente in aree private, e ove non operi la legge 990 e successive modificazioni e integrazioni, di tende, roulotte, camper, autocaravan, carrelli trainabili e relative attrezzature;
- derivanti dalla partecipazione dell'Assicurato, del coniuge e/o del convivente more-uxorio, quali genitori, alle attività della scuola e ad ogni altra attività autorizzata dalle Autorità scolastiche (gite, visite, manifestazioni sportive e ricreative, ecc.) compresa altresì la responsabilità derivante da fatto degli allievi affidati alla loro sorveglianza;
- la committenza di lavori di straordinaria manutenzione del fabbricato assicurato, compresi i danni alle persone che partecipano ai lavori, sempreché dall'evento derivi la morte o una lesione personale grave o gravissima così come definite dall'art. 583 del Codice penale;
- inquinamento dell'aria, dell'acqua o del suolo se esclusivamente derivanti da fatto improvviso ed accidentale. Sono comprese anche le spese per la bonifica;
- mancata rimozione tempestiva di neve e ghiaccio dai tetti e da altre superfici di pertinenza dell'abitazione assicurata;
- morte o lesioni personali cagionate agli ospiti nello svolgimento dell'attività di Bed & Breakfast (alloggio e prima colazione),

esercitata in conformità alle leggi in vigore al momento del sinistro, nella dimora abituale e/o in locali con essa direttamente comunicanti. La presente garanzia opera se ed in quanto le stanze adibite al servizio Bed & Breakfast non siano superiori a tre e con il massimo di sei posti letto;

- proprietà e possesso di cani NON appartenenti alle razze pericolose e/o cani generati tramite incroci delle stesse;
- limitatamente alla dimora abituale assicurata, gli impianti sportivi ad uso private quali ad esempio piscine e campi da tennis, i giardini ed i parchi con piante di alto fusto a condizione che siano in stato normale di manutenzione e conservazione;
- messa in circolazione, all'insaputa dell'Assicurato, di veicoli a motore e natanti da parte di figli minorenni o incapaci per legge. La garanzia è inoltre operante per i danni al veicolo a motore o natante, di proprietà di terzi, messo in moto o circolazione;
- dall'esercizio di attività ricreative, di volontariato e non, ed altre attività non retribuite, esclusa comunque qualsiasi attività che comporti mansioni di tipo organizzativo.

Somme assicurate per ciascun iscritto:

- incendio fabbricato € 15.000,00;
- incendio contenuto € 5.000,00;
- acqua condotta € 1.000,00;
- RCT/O massimale sinistro/anno € 30.000,00 / 150.000,00.

Polizza **RBM Salute**

Nursing Up protegge i tuoi denti.

Visto il grande successo avuto negli anni precedenti, gli associati regolarmente iscritti al sindacato, che aderiranno correttamente e puntualmente ai servizi 2026, riceveranno un'assistenza senza pari.

Ogni associato avrà per il 2026 le seguenti tutele:

- 1 detartasi e visita odontoiatrica correlata (pulizia dei denti) senza alcuna franchigia;
- 1 otturazione o alternativamente 1 avulsione e visita correlata interamente gratuita;
- 1 cura canalare, una volta l'anno, presso strutture convenzionate, con un massimale annuo per assicurato di € 150;
- prestazioni di ortodonzia conseguenti a patologia, da eseguirsi presso strutture convenzionate, con un massimale annuo per assicurato di € 400,00.

Si potrà ricevere questo tipo di assistenza **solo dopo aver preventivamente aperto un sinistro** (chiamando il numero indicato in polizza) **in uno dei centri PREVIMEDICAL presenti su tutto il territorio nazionale**.

REALE MUTUA

POLIZZA RC PROFESSIONALE

ESTRATTO DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE VALIDE PER TUTTI GLI ISCRITTI ALL'ASSOCIAZIONE

Polizza n. - 2023/03/2544132

Glossario

ASSICURATO

L'iscritto in regola con il pagamento della quota associativa che ha completato, anno per anno, la procedura di adesione ai servizi gratuiti annuali che Nursing up mette a disposizione dei propri associati sul sito www.nursingup.it e che ha ricevuto la mail di conferma di adesione alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di adesione.

L'iscritto che non completa la procedura annuale di adesione ai servizi gratuiti, pur essendo in regola ai fini della quota associativa con Nursing Up, per quell'anno specifico non è considerato assicurato.

ASSICURAZIONE

Il contratto di assicurazione.

AGENZIA

L'Agenzia che ha in carico la gestione del contratto e dei relativi sinistri.

Agenzia Roma Esedra
- Via Torino 157, 00184 Roma
- Tel. 06/48.81.941- fax 06/47.43.183
- Email: romaesedra.687@agenzie.realemutua.it
- Pec: esedrasrlpec@legalmail.it

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'Assicurazione, ovvero l'Associazione Nazionale - Sindacato Professionisti Sanitari Della Funzione Infermieristica "Nursing Up"; di seguito "Nursing Up".

COSE

Gli oggetti materiali e gli animali.

DANNO

Il danno risarcibile ai sensi di legge in conseguenza di morte, lesioni a persone o danneggiamento di cose.

FRANCHIGIA

La parte del danno, espressa in cifra fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.

ISCRITTO

L'esercente l'attività sanitaria, associato a Nursing Up, appartenente alle professioni ed attività non mediche che lavora in campo sanitario in forza di un titolo abilitante rilasciato/riconosciuto dalla Repubblica Italiana.

A titolo esemplificativo: i quadri sanitari (caposala, coordinatore etc.), il personale delle professioni sanitarie (anche infermieristico o tecnico della riabilitazione, ecc.), gli altri operatori sanitari quali (puericultrice, infermieri generici, infermieri psichiatrici, OTA, OSS, OSSS, ecc.)

LIMITE DI RISARCIMENTO

L'importo massimo che Reale Mutua si impegna a corrispondere in caso di sinistro in relazione a specifiche garanzie; esso non va comunque ad incrementare il massimale.

MASSIMALE

La somma fino alla concorrenza della quale Reale Mutua presta la garanzia.

POLIZZA

I documenti che provano il contratto di assicurazione.

SINISTRO

a) ogni richiesta di risarcimento presentata per iscritto all'Assicurato;

b) ogni comunicazione scritta, ricevuta dall'Assicurato, in cui un terzo o un cliente esprima l'intenzione di attribuirgli una responsabilità civile professionale, relative al verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

RISARCIMENTO

La somma dovuta da Reale Mutua in caso di sinistro che dia origine ad un risarcimento.

SPESE DI GIUSTIZIA PENALE

Le spese del processo penale che il condannato è tenuto a rimborsare allo Stato.

Condizioni Generali

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli art.

1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.2 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato è tenuto a comunicare per iscritto a Reale Mutua l'esistenza e la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso rischio a favore delle stesse persone assicurate. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori.

1.3 PAGAMENTO DEL PREMIO

Ai sensi dell'Art. 1901 del C.C., l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

1.4 DURATA DELL'ASSICURAZIONE - DEROGA AL TACITO RINNOVO

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente).

1.5 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

1.6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio Reale Mutua è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 del C.C. e rinuncia al relativo diritto di recesso.

1.7 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Ai sensi dell'Art. 1898 del C.C. l'Assicurato deve dare comunicazione scritta a Reale Mutua di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non accettati o non conosciuti da Reale Mutua possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

1.8 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto di pagamento dell'indennizzo, Reale Mutua o l'Assicurato possono recedere da ogni singola copertura assicurativa individuale con preavviso di 60 giorni. In tal caso al Contraente spetta il rimborso della parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Tale facoltà non potrà essere esercitata durante il periodo di ultrattività decennale di cui al successivo art. 3.4 lett. b).

1.9 ONERI FISCALI

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

1.10 FORO COMPETENTE A SCELTA DELLA PARTE ATTRICE

Foro competente è esclusivamente quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

1.11 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Oggetto dell'Assicurazione

2.1 RISCHIO ASSICURATO

Reale Mutua tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, compresa la legge n. 24 del 8 marzo 2017 (cd. Gelli), a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale di: Quadro sanitario (caposala, coordinatore etc.), personale delle professioni sanitarie, altro operatore sanitario quale ad esempio: puericultrice, OTA, OSS.

Le garanzie di polizza sono operanti nel caso di:

- azione diretta del terzo danneggiato;
- azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal CCNL;
- azione di rivalsa esperita dalla struttura sanitaria o sociosanitaria, nei casi previsti dalla Legge;
- ulteriori danni, inclusi nella rivalsa esperita dalla struttura sanitaria o sociosanitaria di cui l'Assicurato sia responsabile ai sensi di Legge, a condizione che siano conseguenza diretta di un danno indennizzabile ai sensi della presente assicurazione ed entro un limite del 10% del danno indennizzato.

Fermo restando che la polizza vale per la responsabilità amministrava per colpa grave le garanzie di polizza sono operanti anche per quanto previsto dall'art. 22 del DPR 10 gennaio 1957, n.3 (Testo Unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato) per la rivalsa esercitata dall'amministrazione pubblica, dopo aver risarcito il terzo danneggiato, nei confronti dell'Assicurato che ha posto in essere l'attività dannosa (c.d. danno erariale indiretto) a condizione che l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per colpa grave con sentenza, passata in giudicato, della Corte dei Conti. La presente garanzia non vale per i danni connessi a scelte e/o decisioni di merito e in caso di mancato

raggiungimento del fine o degli obiettivi da realizzare.

L'assicurazione comprende anche l'attività che l'Assicurato dovesse esercitare privatamente e che non sia riconducibile ad un rapporto diretto o per incarico del Servizio Sanitario Nazionale.

Le garanzie sono operanti in favore di ogni Assicurato durante lo svolgimento dell'attività professionale, indipendentemente dalla tipologia del rapporto di lavoro e del fatto che l'attività posta in essere venga svolta presso strutture pubbliche e/o accreditate e/o private, oppure come libero professionista.

L'assicurazione si intende estesa agli interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura comprende i danni cagionati con colpa lieve con un sottolimite per sinistro di € 1.000.000 (un milione).

Operatività dell'Assicurazione

3.1 REQUISITI PROFESSIONALI

La validità della garanzia è subordinata al possesso, da parte dell'Assicurato, delle abilitazioni professionali o degli altri requisiti richiesti dalla legge per l'attività da loro svolta.

3.2 DELIMITAZIONI

L'assicurazione non comprende i danni:

a) derivanti da prestazioni professionali in materie diverse da quelle per le quali è prestata l'assicurazione;

b) causati da oppure connessi o conseguenti in tutto o in parte a circostanze esistenti prima od al momento della decorrenza di questo contratto che l'Assicurato conosceva formalmente, atte a generare una successiva richiesta di risarcimento contro l'Assicurato stesso;

c) causati da oppure connessi o conseguenti in tutto o in parte ad atti, errori od omissioni commessi e\o presumibilmente commessi prima della data di retroattività indicata nel successivo articolo 3.4;

d) da furto, incendio e quelli subiti dalle cose che l'Assicurato detenga a qualsiasi titolo;

e) da proprietà e/o conduzione dei locali adibiti a studio, compresi i relativi impianti ed attrezzature, e le relative pertinenze;

f) da circolazione su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate di veicoli a motore, nonché da navigazione di natanti a motore o da impiego di aeromobili;

g) conseguenti ad inquinamento dell'acqua, dell'aria e del suolo;

h) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, ecc.);

i) direttamente o indirettamente derivanti da responsabilità volontariamente assunte dall'Assicurato tramite espresso impegno, accordo o garanzia a meno che tale responsabilità sarebbe comunque imputabile all'Assicurato per Legge e/o in base a Regolamenti concernenti la professione anche in assenza di tale impegno, accordo o garanzia;

j) derivanti da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione e/o stoccaggio di amianto e/o prodotti contenenti amianto;

k) causati da guerra, invasione, operazioni belliche o atti similari provenienti da nemici stranieri (sia che la guerra sia stata dichiarata, sia che la guerra non sia stata dichiarata), guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, sommossa, tumulti civili che assumono proporzione di insurrezione o potere militare;

La garanzia non comprende in ogni caso il rimborso ai clienti di quanto da essi corrisposto all'Assicurato a titolo di compenso professionale.

3.3 SOGGETTI NON CONSIDERATI TERZI

Non sono considerati terzi:

a) il coniuge, i genitori, i figli dell'Assicurato, nonché ogni altro parente o affine con lui convivente;

b) i prestatori di lavoro dell'Assicurato che subiscano il danno in occasione di lavoro o di servizio.

3.4 EFFICACIA DELLA GARANZIA NEL TEMPO

a) Inizio della garanzia

Fermo il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile (mancato pagamento del premio), la presente assicurazione è operante per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta all'Assicurato, e da lui denunciate a Reale Mutua, durante il periodo di validità del presente contratto, indipendentemente dalla data in cui è stato originato il comportamento colposo.

b) Termine della garanzia - ultrattività decennale per cessazione definitiva dell'attività

Qualora un Assicurato cessi definitivamente l'attività du-

rante la vigenza del contratto, la garanzia resta per lui operante per i sinistri originati da comportamenti colposi posti in essere durante il periodo di efficacia della polizza e denunciati a Reale Mutua nei dieci anni successivi alla cessazione dell'attività.

Ai fini della presente garanzia il massimale per sinistro di cui al punto 3.7 "Massimale" rappresenta la massima esposizione di Reale Mutua, per ciascun Assicurato, per l'intero periodo di ultrattività indipendentemente dal numero di sinistri.

La garanzia cesserà automaticamente, per ogni assicurato, senza obblighi di comunicazione tra le parti:

- al termine del decennio di ultrattività;
- con effetto immediato qualora l'Assicurato riprenda lo svolgimento dell'attività professionale. In caso di decesso dell'Assicurato la garanzia sarà prestata a favore degli eredi del medesimo.

3.5 EFFICACIA DELLA GARANZIA PER OGNI ASSICURATO

Premesso che, ai fini dell'efficacia della garanzia, ogni iscritto deve essere in regola con il pagamento della quota associativa e contemporaneamente deve aver dato l'adesione, anno per anno, ai servizi gratuiti forniti da Nursing Up, si prende atto fra le parti che la garanzia decorre annualmente, dalle ore 00:00 dalla data cronologicamente più recente tra:

1. il primo giorno del mese successivo a quello:
   - in cui l'ente di appartenenza dell'iscritto opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up per i dipendenti;
   - del bonifico (andato a buon fine) della quota associativa a favore di Nursing Up per i liberi professionisti, i pensionati, i non dipendenti o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito del contributo sindacale (contributo associativo) sullo stipendio;
2. la data di adesione ai servizi gratuiti Nursing Up.

La garanzia assicurativa cessa, con effetto immediato, in caso di cancellazione dal sindacato Nursing Up per cause diverse dalla cessazione definitiva dell'attività o di decesso dell'Assicurato.

3.6 PROCEDIMENTI PENALI, CIVILI O AMMINISTRATIVI - COMUNICAZIONI FORMALI

Oltre a quanto previsto al precedente punto 2.1 - Rischio assicurato, rientrano nel rischio assicurato gli eventi connessi:

a. a procedimenti civili, penali o amministrativi nei quali è coinvolto l'Assicurato;

b. a comunicazioni formali da parte della struttura sanitaria o sociosanitaria di appartenenza, o del suo assicuratore, effettuate ai sensi della legge n. 24 del 28 marzo 2017 (cd. Gelli),

per i quali l'Assicurato stesso non ha ricevuto una richiesta di risarcimento.

L'Assicurato è tenuto a comunicare, per iscritto a Reale Mutua, gli eventi suindicati entro 10 giorni da quando ne viene a conoscenza; Reale Mutua provvede all'apertura del relativo fascicolo di sinistro e a considerare in garanzia le eventuali richieste di risarcimento pervenute successivamente alla cessazione del contratto, fermo quanto previsto dall'articolo 3.4 punto b) "termine della garanzia - ultrattività".

3.7 EFFETTI SULLE POLIZZE SOSTITUITE

Qualora alla copertura del rischio assicurato potessero concorrere anche altre assicurazioni stipulate precedentemente con Reale Mutua, le Parti si danno atto che i loro reciproci rapporti saranno regolati esclusivamente dal presente contratto.

3.8 MASSIMALE

L'assicurazione è prestata, per ogni Assicurato, fino alla concorrenza del **massimale di € 10.000.000 per ogni annualità assicurativa** con un limite di indennizzo, ove non siano stabiliti altri specifici limiti di indennizzo, di **€ 5.000.000 per sinistro**.

Il limite per sinistro suindicato resta ad ogni effetto unico anche se coinvolge la responsabilità civile di più Assicurati con la presente polizza.

Qualora più richieste di risarcimento siano originate da un medesimo comportamento colposo, la data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente, e l'insieme delle richieste di risarcimento originate dallo stesso comportamento colposo saranno considerate come unico sinistro.

3.9 FRANCHIGIA

L'assicurazione è prestata senza franchigia.

3.10 VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per i sinistri originati da comporta-

menti colposi posti in essere in Italia, Repubblica di San Marino o Città del Vaticano.

3.11 LIMITAZIONE IN CASO DI RESPONSABILITÀ SOLIDALE

Nel caso di responsabilità solidale dell'Assicurato con altri soggetti non assicurati con il presente contratto, l'assicurazione opera esclusivamente per la quota di responsabilità direttamente imputabile all'Assicurato, così come stabilito dall'art. 2055, secondo e terzo comma, del Codice Civile.

3.12 ALTRE ASSICURAZIONI - SECONDO RISCHIO EVENTUALE

Qualora esista altra polizza stipulata dall'Assicurato per la copertura del rischio indicato nel presente contratto, si conviene che, in caso di sinistro, la presente assicurazione è operante in secondo rischio, e cioè in eccedenza al massimale previsto da detta altra polizza, fino alla concorrenza del massimale indicato sul presente contratto.

Resta comunque inteso che, nel caso di non operatività dell'altra assicurazione, la presente polizza si intende operante in primo rischio.

3.13 CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

3.14 DETERMINAZIONE DEL PREMIO - REGOLAZIONE

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

3.15 FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

Come Avviene la Liquidazione del Risarcimento

4.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro:

- l'Assicurato deve darne avviso scritto a Reale Mutua entro 10 giorni da quando ne è venuto a conoscenza oppure ne ha avuto la possibilità ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile;
- il Contraente deve certificare, dietro richiesta scritta della Compagnia, l'iscrizione dell'Assicurato all'Associazione. La garanzia sarà efficace nei termini disposti al punto 3.4 lettera a) della presente Convenzione.

Inoltre, in caso di sinistro occorso durante il periodo di ultrattività decennale di cui al punto 3.4 lettera b), l'Assicurato deve fornire la documentazione comprovante la data della cessazione definitiva dell'attività.

L'inadempimento di anche uno solo di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento (ai sensi dell'art. 1915 Codice Civile).

4.2 GESTIONE DELLE VERTENZE DEL DANNO - SPESE LEGALI

Reale Mutua assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione della vertenza tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali e tecnici ed avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Tuttavia, in caso di definizione transattiva, Reale Mutua, a richiesta dell'Assicurato e ferma ogni altra condizione di polizza, continuerà a proprie spese la gestione in sede giudiziale penale della vertenza fino ad esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova al momento dell'avvenuta transazione.

Sono a carico di Reale Mutua le spese per resistere all'azione promossa contro l'Assicurato, entro i limiti di un importo pari al quarto del massimale, o del limite di indennizzo, applicabile per il sinistro cui si riferisce la domanda; qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese verranno ripartite tra Reale Mutua ed Assicurato in proporzione del rispettivo interesse.

Reale Mutua non riconosce peraltro le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici che non siano da essa designati e non risponde di multe o ammende né delle spese di giustizia penale.

L'Assicurato, convenuto in un procedimento di mediazione come previsto dal D.Lgs. n.28/2010, avente ad oggetto una richiesta attinente la presente assicurazione, ha l'obbligo di darne tempestiva comunicazione a Reale Mutua, trasmettendo ogni informazione e documento utile alla valutazione del fatto e ad integrazione della denuncia di sinistro ritualmente presentata.

In caso di accordi raggiunti in sede stragiudiziale, compreso il procedimento di mediazione a cui non abbia partecipato Reale Mutua ovvero non abbia potuto partecipare a mezzo di propri incaricati, o comunque in caso di accordi cui Reale Mutua non abbia prestato il proprio specifico assenso, Reale Mutua non sarà tenuta a riconoscerne l'esito, né a sostenere il rimborso di somme a qualsivoglia titolo, né i costi, né le spese e le competenze del procedimento.

4.3 INOSSERVANZA DEGLI OBBLIGHI RELATIVI AI SINISTRI

L'Assicurato è responsabile verso Reale Mutua di ogni pregiudizio derivante dall'inosservanza dei termini o degli altri obblighi di cui all'art. 4.1 "Obblighi in caso di sinistro". Ove poi risulti che abbia agito in connivenza con i danneggiati o ne abbia favorito le pretese, decade dai diritti contrattuali.

4.5 ARBITRATO

In caso di divergenza tra le Parti sulla natura dell'errore professionale, sulle sue conseguenze, sull'ammissibilità del risarcimento del danno e sull'interpretazione delle norme che regolano il presente contratto, le Parti possono rimettersi al giudizio di un Collegio composto da tre arbitri dei quali almeno due scelti tra i professionisti iscritti all'Albo al quale è iscritto l'Assicurato.

Ciascuna delle Parti nomina il suo arbitro; il terzo è nominato dai primi due ovvero, in caso di disaccordo, dal Presidente dell'Albo al quale è iscritto l'Assicurato ed il Collegio arbitrale risiede presso la sede del medesimo.

Ciascuna delle Parti risponde delle spettanze del proprio arbitro e della metà di quelle del terzo arbitro.

Il Collegio arbitrale ha diritto di pretendere dalle Parti ogni necessaria informazione e di effettuare ispezioni e audizioni di testi; le decisioni del Collegio arbitrale sono prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge e sono obbligatorie per le Parti anche se uno dei suoi componenti si rifiuta di firmare il relativo verbale.

ALEGATO "PROFESSIONI TECNICHE"

PREMESSA

Le presenti condizioni integrano/variano le condizioni di polizza valide per gli iscritti a Nursing Up esercenti l'attività sanitaria. Per tutto quanto non espressamente indicato valgono le condizioni per gli esercenti l'attività sanitaria.

A. RISCHIO ASSICURATO

Reale Mutua si obbliga a tenere indenne l'Assicurato per le somme che debba rifondere allo Stato, alla Pubblica Amministrazione o all'Ente di appartenenza a seguito dell'esercizio dell'azione di rivalsa da parte dei suddetti Enti che abbiano risarcito il terzo (c.d. Danno erariale "indiretto") in conseguenza id un danno materiale o corporale cagionato involontariamente dall'Assicurato nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali di dipendente tecnico (geometra, ingegnere, architetto).

La garanzia è prestata esclusivamente per il fatto proprio di ciascun soggetto assicurato ed è operante purché li danno sia accertato e quantificato dal giudice competente con sentenza avente efficacia esecutiva.

B. RISCHI COMPRESI

La garanzia comprende, nell'ambito dell'attività svolta per conto dell'Ente di appartenenza:

a) la partecipazione a corsi di formazione, convegni, congressi;

b) lo svolgimento di sopralluoghi, trasferte, commissioni all'esterno dei locali dell'Ente di appartenenza;

c) perdita, distruzione, deterioramento di atti, documenti o titoli non al portatore, anche se derivanti da furto, rapina o incendio. La garanzia è prestata con un limite di risarcimento di € 250.000 per sinistro e per annualità assicurativa;

d) contaminazione dell'acqua, dell'aria o del suolo, congiuntamente o disgiuntamente, provocati da sostanze di qualunque natura emesse o comunque fuoriuscite a seguito di rottura accidentale di impianti o condutture. La garanzia è prestata con un limite di risarcimento pari a € 250.000 per sinistro e per annualità assicurativa;

e) mancato o ritardato inizio, interruzione o sospensione di attività industriali, commerciali, agricole odi servizi, purché in conseguenza di sinistro indennizzabile a termini di polizza. La garanzia è prestata con un limite di risarcimento pari al massimale perdite pecuniarie, con il massimo di € 250.000 per sinistro e per annualità assicurativa;

f) svolgimento di incarichi di Committente, Responsabile dei lavori, Coordinatore per al progettazione, Coordinatore per l'esecuzione lavori, preposto al servizio di sicurezza e prevenzione sul luogo di lavoro in base al disposto del Decreto Legislativo 9aprile 2008 n. 81 e successive modificazioni integrazioni.

C. RISCHI ESCLUSI

Ad integrazione di quanto previsto dall'art. 32. "DELIMITAZIONI", la garanzia non vale:

1) se i lavori progettati o diretti o collaudati non rientrano nelle competenze professionali stabilite dalle Leggi o dai Regolamenti;

2) per i danni:

   a) a macchinari, attrezzature, materiali, o strumenti

destinati all'esecuzione dei lavori;

b) a opere, macchinari, e impianti progettati e/o soggetti a direzione lavori;

c) derivanti da progettazione, direzione lavori o collaudo delle seguenti opere: veicoli, aeromobili, imbarcazioni, prodotti soggetti a fabbricazione in serie, apparecchiature per l'informatica e programmi software, impianti teleferici, strade ferrate e ferrovie, bacini, gallerie, dighe, opere subacquee, portuali e aeroportuali, piattaforme e impianti marittimi (off shore) per l'estrazione di petrolio o gas naturali;

d) conseguenti a maremoti, terremoti o altri movimenti tellurici, salvo che li danno sai imputabile a mero errore di calcolo commesso dall'Assicurato nell'applicare norme edilizie obbligatorie e/o specificatamente riferite a rischi sismici;

e) conseguenti a esalazioni fumogene e/o gassose;

f) conseguenti a scolo di acque id lavaggio o utilizzate per le lavorazioni;

g) da interruzioni, deviazioni, impoverimento e alterazione di sorgenti, di corsi sotterranei, di falde acquifere e di quanto si trovi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento.

D. EFFICACIA DELLA GARANZIA NEL TEMPO

a) Inizio della garanzia

Fermo li disposto dell'art. 1901 del Codice Civile (mancato pagamento del premio), la presente assicurazione è operante per le richieste di risarcimento presentate per al prima volta all'Assicurato, e da lui denunciate a Reale Mutua, durante il periodo di validità del presente contratto ancorché siano state originate da comportamenti colposi posti in essere nei cinque anni antecedenti l'iscrizione a Nursing Up ma, comunque, successivamente al 31.12.2016.

b) Termine della garanzia - ultrattività quinquennale per cessazione definitiva dell'attività

Qualora un Assicurato cessi definitivamente l'attività durante la vigenza del contratto, la garanzia resta per lui operante per i sinistri originati da comportamenti colposi posti in essere durante li periodo di efficacia della polizza e denunciati a Reale Mutua nei cinque anni successivi alla cessazione dell'attività.

Ai fini della presente garanzia il massimale per sinistro di cui al successivo punto E. "Massimale" rappresenta la massima esposizione di Reale Mutua, per ciascun Assicurato, per l'intero periodo di ultrattività indipendentemente dal numero di sinistri.

La garanzia cesserà automaticamente, per ogni assicurato, senza obblighi di comunicazione tra le parti:

- al termine del quinquennio di ultrattività;
- con effetto immediato qualora l'Assicurato riprenda lo svolgimento dell'attività professionale. In caso di decesso dell'Assicurato al garanzia sarà prestata a favore degli eredi del medesimo.

E. MASSIMALE

L'assicurazione è prestata, per ogni Assicurato, fino alla concorrenza del massimale di € 1.000.000 per ogni annualità assicurativa.

Il limite per sinistro suindicato resta ad ogni effetto unico anche es coinvolge al responsabilità civile di più Assicurati con la presente polizza.

Qualora più richieste di risarcimento siano originate da un medesimo comportamento colposo, al data della prima richiesta sarà considerata come data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente, e l'insieme delle richieste di risarcimento originate dallo stesso comportamento colposo saranno considerate come unico sinistro.

F. FRANCHIGIA

L'assicurazione è prestata con l'applicazione di una franchigia, carico dell'assicurato, di € 500 per sinistro.

G. - CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Reale Mutua autorizza Nursing Up ad emettere un certificato di assicurazione, per ogni Assicurato dipendente tecnico, secondo li modello allegato alla presente appendice, con l'indicazione di:

1. nome e cognome
2. codice fiscale e/o partita IVA
3. numero di matricola Nursing Up
4. anno assicurativo
5. attività professionale svolta
6. nome della struttura in cui svolge l'attività
7. anno di conseguimento del titolo di studio
8. anno di iscrizione all'albo (se pertinente)

FACSIMILE - CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

SI DICHIARA CHE IL PROFESSIONISTA SOTTO INDICATO, IN QUALITÀ DI ISCRITTO ALL'ASSOCIAZIONE NURSING UP, È ASSICURATO CON LA POLIZZA CUMULATIVA N° 2023/03/2544132 AVENTE LE CARATTERISTICHE SOTTORIPORTATE.

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.		MATRICOLA NURSING UP NUMERO
DOMICILIO / VIA NUMERO	LOCALITÀ COMUNE		PROVINCIA	C.A.P.

OGGETTO DELLA GARANZIA

Responsabilità civile ai sensi di legge, compresa al legge .n 24 del 8marzo 2017 (cd. Geli) per danni involontariamente cagionati a terzi nell'esercizio dell'attività professionale per fatto colposo per cui l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, totalmente o parzialmente, per COLPA GRAVE con sentenza della Autorità Giudiziaria Ordinaria, Civile o Penale e/o della Corte dei Conti.

	SCADENZA CERTIFICATO ALLE ORE 24:00 DEL	TACITO RINNOVO ALLA SCADENZA	MASSIMALE PER SINISTRO	MASSIMALE PER ANNO ASSICURATIVO
ANNO ASSICURATIVO 2026	**31/12/2026**	**NO**	**€ 5.000.000**	**€ 10.000.000**

ATTIVITÀ ASSICURATA:

TIPO STRUTTURA IN CUI L'ATTIVITÀ È SVOLTA PREVALENTEMENTE:

INQUADRAMENTO LAVORATIVO:

ANNO CONSEGUIMENTO DEL TITOLO DI STUDIO (se pertinente):

ANNO ISCRIZIONE ALL'ALBO (se pertinente):

L'assicurazione garantisce l'azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9 della legge n. 42 del 8 marzo 2017 (cd. Geli), per i comportamenti postini essere con colpa grave ed assolve gli obblighi previsti dalla medesima legge per l'esercente al professione sanitaria che opera, a qualunque titolo, in strutture sanitarie o sociosanitarie pubbliche o private.

N.B. La garanzia cessa con effetto immediato in caso di cancellazione dal sindacato Nursing Up (per cause diverse dalla cessazione definitiva dell'attività o di decesso dell'Assicurato)

LA PRESENTE DICHIARAZIONE È RILASCIATA PER GLI USI CONSENTITI DALLE NORMATIVE VIGENTI E NON AMPLIA NÉ MODIFICA LA COPERTURA ASSICURATIVA CHE È SOGGETTA A TUTTI I TERMINI, ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALMENTE PREVISTI.

Società Reale Mutua di Assicurazioni
Agenzia di Roma Esedra

FACSIMILE - CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

(solo per le professioni tecniche)

SI DICHIARA CHE IL PROFESSIONISTA SOTTO INDICATO, IN QUALITÀ DI ISCRITTO ALL'ASSOCIAZIONE NURSING UP, È ASSICURATO CON LA POLIZZA CUMULATIVA N° 2023/03/2544132 AVENTE LE CARATTERISTICHE SOTTORIPORTATE

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	PARTITA I.V.A.		MATRICOLA NURSING UP NUMERO
DOMICILIO / VIA NUMERO	LOCALITÀ COMUNE		PROVINCIA	C.A.P.

OGGETTO DELLA GARANZIA

Azione di rivalsa da parte dello Stato, della Pubblica Amministrazione o dell'Ente di appartenenza che abbiano risarcito li terzo (cd. Danno erariale "indiretto") in conseguenza di un danno materiale o corporale cagionato involontariamente dall'Assicurato nell'esercizio delle sue funzioni istituzionali di dipendente tecnico (geometra, ingegnere, architetto).

Per li dettaglio si rimanda alle condizioni contrattuali che sono parte integrante del presente certificato.

ANNO ASSICURATIVO 2026	SCADENZA CERTIFICATO ALLE ORE 24:00 DEL	TACITO RINNOVO ALLA SCADENZA	MASSIMALE PER SINISTRO	MASSIMALE PER ANNO ASSICURATIVO
	31/12/2026	**NO**	**€ 1.000.000**	**€ 1.000.000**

PROFESSIONE ASSICURATA:

STRUTTURA IN CUI L'ATTIVITÀ È SVOLTA:

ANNO CONSEGUIMENTO DEL TITOLO DI STUDIO:

ANNO ISCRIZIONE ALL'ALBO (se pertinente):

N.B. La garanzia cessa con effetto immediato in caso di cancellazione dal sindacato Nursing Up (per cause diverse dalla cessazione definitiva dell'attività o di decesso dell'Assicurato)

LA PRESENTE DICHIARAZIONE È RILASCIATA PER GLI USI CONSENTITI DALLE NORMATIVE VIGENTI E NON AMPLIA NÉ MODIFICA LA COPERTURA ASSICURATIVA CHE È SOGGETTA A TUTTI I TERMINI, ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALMENTE PREVISTI INCLUSA EVENTUALMENTE LA DECORRENZA DELLA STESSA IN CORSO D'ANNO.

Società Reale Mutua di Assicurazioni
Agenzia di Roma Esedra

ITAS ASSICURAZIONI

POLIZZA TUTELA LEGALE

Estratto Polizza Collettiva Tutela Legale Convenzione Nursing Up

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Glossario

Ai seguenti termini la Società, il Contraente e l'Assicurato attribuiscono convenzionalmente questi significati:

ALBO PROFESSIONALE

Registro/albo/collegio/ordine in cui sono raccolti i nomi e i dati di tutte le persone abilitate ad esercitare una professione regolamentata dalla legge. Le leggi statali impongono l'obbligo di iscrizione ad uno specifico albo, per poter svolgere determinate professioni.

ARBITRATO

Istituto con il quale le parti, di comune accordo, rinunciano ad adire l'Autorità giudiziaria ordinaria per la risoluzione di vertenze concernenti l'interpretazione o l'esecuzione del contratto.

ASSICURATO

Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ossia l'iscritto al sindacato Nursing Up che possiede congiuntamente i seguenti due requisiti:

- essere in regola con il pagamento della quota associativa;
- aver completato correttamente, anno per anno, la procedura on line di attivazione dei servizi gratuiti che Nursing Up mette a disposizione dei propri associati, annualmente, sul sito www.nursingup.it ed aver ricevuto la mail di conferma di avvenuta attivazione di tali servizi, alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di adesione agli stessi.

L'iscritto che non completa correttamente la procedura annuale di attivazione dei servizi gratuiti e/o che non riceve la sopraindicata mail di conferma, non è considerato assicurato per il relativo anno e questo a prescindere che lo stesso fosse o meno in regola con la quota associativa. La procedura di attivazione dei servizi gratuiti sopraindicata va ripetuta ogni anno.

Sono altresì assicurati gli iscritti Nursing Up che ricoprano la qualifica di dirigente in distacco od in aspettativa che, per espressa previsione statutaria, sono esentati dal versamento della quota associativa.

Fermo quanto sopra, in ogni caso, le garanzie di polizza previste annualmente per il singolo assicurato decorrono in base a quanto previsto dall'art. 8.2 Effetto della polizza collettiva, del presente contratto.

ASSISTENZA GIUDIZIALE

Attività di difesa di un legale quando si attribuisce al giudice la decisione sull'oggetto della vertenza.

ASSISTENZA STRAGIUDIZIALE

Attività che viene svolta al fine di comporre qualsiasi vertenza prima del ricorso al giudice e per evitarlo.

CARENZA

Periodo in cui la polizza non produce effetti. Tale periodo decorre dal momento della stipulazione del contratto di assicurazione, o dalle ore 24.00 del giorno in cui si effettua il pagamento se successivo alla stipula, fino a quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace. Il periodo di carenza non sarà recuperato alla scadenza della polizza che invece cesserà al decorrere dell'anno dal momento della firma.

COSTITUZIONE DI PARTE CIVILE

Azione civile promossa all'interno del processo penale.

COMPENSI PER LA TRASFERTA

Spese di viaggio e di soggiorno dovute dal cliente al proprio avvocato che, per l'esecuzione dell'incarico ricevuto, debba trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale.

CONTROPARTE

La parte avversaria in una vertenza.

CONTRAENTE

Soggetto che stipula l'assicurazione, anche in forma collettiva.

DELITTO COLPOSO

È solo quello espressamente previsto come tale (e a tale titolo contestato) dalla legge penale e commesso per negligenza, imperizia, imprudenza o inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline ma senza volontà né intenzione di causare l'evento lesivo.

DELITTO DOLOSO

Qualsiasi delitto all'infuori di quelli espressamente previsti dalla legge come colposi o preterintenzionali.

DISDETTA

Atto con il quale viene comunicata l'intenzione di non rinnovare più, alla scadenza, il contratto assicurativo.

FATTO ILLECITO

Inosservanza di una norma di legge posta a tutela della collettività o comportamento che violi un diritto assoluto del singolo.

INDENNIZZO/RISARCIMENTO

Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INTERMEDIARIO

Società che svolga a titolo oneroso l'attività di distribuzione assicurativa: intermediario di assicurazioni iscritto alla sezione B del RUI (Broker) cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.

IVASS (PRIMA DENOMINATO ISVAP)

Istituto di Vigilanza per le assicurazioni.

MASSIMALE PER SINISTRO

Somma massima liquidabile dalla Società per il pagamento di ciascun sinistro.

MEDIAZIONE

Istituto giuridico introdotto con il Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010, per la composizione dei conflitti tra soggetti privati relativi a diritti disponibili.

MULTA

Pena pecuniaria prevista per i delitti.

NEGOZIAZIONE ASSISTITA

Accordo disciplinato dal Decreto Legge n. 132 del 12 settembre 2014, mediante il quale le parti convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la vertenza tramite l'assistenza di avvocati iscritti all'albo.

PERITO

Libero professionista incaricato dall'impresa di assicurazione di stimare l'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro.

POLIZZA COLLETTIVA

Il documento contrattuale sottoscritto da NURSING UP, per offrire ai propri associati condizioni assicurative normative e tariffarie vantaggiose, e che disciplina i rapporti tra Società, Contraente e Assicurato.

PREMIO

Somma dovuta alla Società dal Contraente a corrispettivo dell'assicurazione.

PRESCRIZIONE

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

PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

Trattasi di un procedimento amministrativo davanti all'albo/ordine/collegio professionale che si conclude, ove venga riconosciuta la responsabilità del sanitario, con un provvedimento di natura sanzionatorio (es. sospensione dell'attività).

PROCEDIMENTO PENALE

Inizia con la contestazione di presunta violazione di norme penali che viene notificata alla persona usualmente mediante informazione di garanzia. Questa contiene l'indicazione della norma violata ed il titolo (colposo - doloso - preterintenzionale) del reato ascritto.

QUERELA

Azione per mezzo della quale una persona che si ritiene offesa o danneggiata da reati non perseguibili d'ufficio chiede agli organi giudiziari di procedere contro il colpevole.

REATO

Violazione di norme penali. I reati si distinguono in delitti o contravvenzioni e comportano pene diverse, detentive e/o pecuniarie (per delitti: reclusione, multa; per contravvenzioni: arresto, ammenda). I delitti si dividono poi, in base all'elemento soggettivo, in delitti dolosi, delitti preterintenzionali, delitti colposi, mentre nelle contravvenzioni la volontà è irrilevante.

RESPONSABILITÀ CONTRATTUALE

È la responsabilità in capo al soggetto debitore di risarcire i danni cagionati al creditore con la non esatta esecuzione della prestazione dovutagli in virtù del rapporto obbligatorio tra loro sorto, avente come fonte un contratto o qualsiasi atto o fatto (che non sia fatto illecito) idoneo a produrre un'obbligazione.

RESPONSABILITÀ EXTRACONTRATTUALE

È la responsabilità in capo al soggetto debitore di risar-

cire i danni cagionati al creditore in conseguenza della causazione di un fatto illecito.

RECESSO

Atto con il quale una delle parti può sciogliersi unilateralmente dal vincolo contrattuale al verificarsi di determinate condizioni.

SCHEDA DI POLIZZA

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

SENTENZA DEFINITIVA (DECISIONE PASSATA IN GIUDICATO)

Giudicato è il provvedimento che, salvo il caso della revocazione ormai è divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché è scaduto il termine per poterlo fare, o perché sono già state esperite tutte le impugnazioni possibili. Quindi il provvedimento passato in giudicato è caratterizzato dall'incontrovertibilità della cosa giudicata, ovvero nessun giudice può nuovamente pronunciarsi su quella sentenza.

SINISTRO

Verificarsi dell'evento dannoso contemplato nel contratto assicurativo. Per evento dannoso si intende:

- il danno o un presunto danno subito dall'Assicurato o causato da azione od omissione non voluta dall'Assicurato;
- la violazione o la presunta violazione di una norma prevista dalla legge come reato o come illecito amministrativo;
- la violazione o presunta violazione di una norma di legge, di contratto o di regolamento in materia amministrativa.

SOCCOMBENTE

È la parte le cui pretese giuridiche non sono state riconosciute fondate dal giudice.

SOCIETÀ

L'Impresa di Assicurazione.

SPESE ARBITRALI

Spese sostenute per attivare la procedura arbitrale e per gli onorari dell'arbitro prescelto.

SPESE LEGALI

Compensi dovuti al patrocinatore sensi ai di legge.

SPESE LIQUIDATE

Spese spettanti all'avvocato definite dal giudice in sede di sentenza.

SPESE DI DOMICILIAZIONE

Spese dell'avvocato che ha il domicilio nella circoscrizione del Tribunale competente per il giudizio qualora l'avvocato incaricato dall'Assicurato risieda fuori da tale distretto.

SPESE DI SOCCOMBENZA

Spese liquidate dal giudice nel dispositivo della sentenza.

SPESE DI GIUSTIZIA

Spese del processo che in un procedimento penale il condannato deve pagare allo Stato. Nel giudizio civile, invece, le spese della procedura vengono pagate dalle Parti, salvo il caso in cui a conclusione del giudizio il soccombente sia condannato a rifondere le stesse.

SPESE PERITALI

Somme spettanti ai periti nominati dal Giudice (C.T.U. Consulenti Tecnici d'Ufficio) o dalla parte (Consulenti Tecnici di Parte).

TACITO RINNOVO

È una clausola che prevede il rinnovo automatico del contratto alla scadenza.

TRANSAZIONE

Accordo con il quale le parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite tra di loro insorta o la prevengono.

TUTELA LEGALE

L'assicurazione di Tutela Legale ai sensi del D.Lgs. 07/09/2005 n. 209 - Artt. 163, 164, 173 e 174 e correlati.

UNICO SINISTRO

Fatto dannoso e/o vertenza che coinvolge più assicurati.

VALORE IN LITE

Determinazione del valore del sinistro al creditore in conseguenza della causazione di un fatto illecito.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITÀ DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO

CHE COSA È ASSICURATO?

Informazioni sull'assicurazione

La presente assicurazione è rivolta agli iscritti al Sindacato NURSING UP - Contraente della Polizza collettiva - che siano in regola con il pagamento della quota associativa e che abbiano completato correttamente, anno per anno, la procedura on line di attivazione dei servizi gratuiti che Nursing Up mette a disposizione dei propri associati, annualmente, sul sito www.nursingup.it e che abbiano, altresì, ricevuto la mail di conferma di avvenuta attivazione di tali servizi alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di attivazione degli stessi.

Le garanzie operano nell'ambito dell'attività professionale di quadro sanitario (caposala, coordinatore, ecc.), personale delle professioni sanitarie non mediche, altro operatore sanitario quale ad esempio: puericultrice, OTA, OSS e personale amministrativo. L'assicurazione indennizza le spese sostenute a titolo di oneri legali, peritali, di giustizia e processuali, non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi. Sono inoltre garantite le spese legali per la negoziazione assistita e per la mediazione obbligatoria e in questo ultimo caso, anche le spese dell'organismo di mediazione.

Articolo 1 - Oggetto del contratto

1.1 DISPOSIZIONI COMUNI

a. Oggetto

La Società assicura, per le prestazioni elencate negli articoli 1.2 Garanzia Base e 2 Estensione all'ambito della vita privata e della circolazione stradale e nei limiti del massimale di polizza, i seguenti oneri:

- le spese legali per l'intervento di un unico Avvocato per ogni grado di giudizio, le spese legali per l'accertamento tecnico preventivo (ATP) promosso da controparte, le spese peritali, le spese di giustizia e processuali e di indagine non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi, nei limiti delle garanzie previste dalla presente polizza;
- le spese legali anche quando la vertenza venga trattata mediante convenzione di negoziazione assistita o tramite il coinvolgimento di un Organismo di mediazione;
- le spese dell'Organismo di mediazione, nei soli casi di mediazione obbligatoria;

Non sono oggetto di copertura le spese indicate al successivo art. 3.2 Oneri non oggetto di copertura.

Sono oggetto della presente assicurazione solo i compensi forensi determinati entro il limite dei valori medi dei parametri ministeriali disciplinati dal DM 55/2014 recante: "Determinazione dei parametri per la liquidazione dei compensi per la professione forense ai sensi dell'art. 13 comma 6 della legge 31 dicembre 2012 n. 247" e successive modificazioni.

b. Massimale

Le garanzie previste dalla presente Polizza collettiva sono prestate entro i seguenti importi:

- € 6.000,00 per sinistro;
- € 10.000,00 nel caso di sinistro che coinvolga contemporaneamente più assicurati.

c. Forma ed efficacia dell'Assicurazione

L'Assicurazione opera nella forma Loss Occurence, ossia è intesa a tutelare l'Assicurato in seguito a sinistri insorti durante il periodo di efficacia del contratto, purché denunciati entro il termine di decadenza di 2 anni di cui all'art. 6.2 Denuncia del sinistro e fermo il termine di prescrizione del diritto stabilito dalla legge.

d. Surroga e Rivalsa

Spettano alla Società, se anticipati, gli onorari e le spese rimborsate all'Assicurato dalla controparte a seguito di provvedimento giudiziale o di transazione. In tutti i casi in cui sia stata pagata una somma prevista dal precedente punto a. Oggetto, la Società si riserva la facoltà di esercitare il diritto di surrogazione verso il terzo.

1.2 GARANZIA BASE

1.2.1 Difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni.

1.2.2 Difesa penale per delitti dolosi. La prestazione opera purché gli Assicurati vengano assolti con sentenza definitiva che escluda la responsabilità (art. 530, co. 1, c.p.p.) per i fatti o atti contestati o vi sia stata la derubricazione del reato da doloso a colposo o sia intervenuta archiviazione per infondatezza della notizia di reato o perché il fatto non è previsto dalla legge come reato. Sono esclusi i casi di estinzione del reato per qualsiasi altra causa.

L'Assicurato ha l'obbligo di trasmettere tempestivamente alla Società la copia della sentenza e degli atti processuali e difensivi attestanti l'attività professionale svolta dal difensore.

1.2.3 Opposizione alle sanzioni amministrative pecunia-

rie. La prestazione opera per presentare ricorso od opposizione avverso la sanzione amministrativa pecuniaria relativa allo svolgimento dell'attività assicurata, allorché la somma ingiunta, per la sola violazione, sia pari o superiore ad € 1.000,00.

Sono escluse sanzioni per le violazioni di norme relative al pagamento di tasse, tributi, imposte e corrispettivi di pubblici servizi.

Si precisa che la garanzia comprende anche l'opposizione alle sanzioni amministrative pecuniarie derivanti da violazioni dei seguenti decreti ed eventuali successive modificazioni e/o integrazioni:

- D.Lgs. 81/2008: (Testo Unico Sicurezza) in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- D.Lgs. 758/94: "Modificazioni alla disciplina sanzionatoria in materia di lavoro";
- D.Lgs. 193/2007: in tema di controlli sulla sicurezza alimentare;
- D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016: "Codice in materia di protezione dei dati personali" e GDPR.

1.2.4 Richiesta di risarcimento danni di natura extracontrattuale alla persona subiti per fatti illeciti di terzi, inclusi i casi di aggressione in genere, anche in caso di costituzione di parte civile nell'ambito del procedimento penale a carico della controparte.

1.2.5 Vertenze individuali relative al rapporto di lavoro dipendente con Enti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o con strutture sanitarie private presso le quali l'Assicurato svolge la propria attività professionale. La prestazione opera, laddove previsto, anche qualora le vertenze del dipendente pubblico siano devolute alla giurisdizione del giudice amministrativo (ricorsi al TAR).

Si precisa che la garanzia comprende anche vertenze individuali relative al rapporto di lavoro dipendente derivanti da violazioni dei seguenti decreti ed eventuali successive modificazioni e/o integrazioni:

- D.Lgs. 81/2008: (Testo Unico Sicurezza) in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- D.Lgs. 758/94: "Modificazioni alla disciplina sanzionatoria in materia di lavoro";
- D.Lgs. 193/2007: in tema di controlli sulla sicurezza alimentare;
- D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016: "Codice in materia di protezione dei dati personali" e GDPR.

Articolo 2 - Estensione all'ambito della vita privata e della circolazione stradale.

2.1 GARANZIA CIRCOLAZIONE STRADALE

2.1.1 Difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni connessi ad incidente stradale.

2.2 GARANZIA VITA PRIVATA

2.2.1 Difesa penale per delitti colposi o contravvenzioni;

2.2.2 Opposizione a sanzioni amministrative non pecuniarie relative all'ambito della vita privata e quindi non relative alla circolazione stradale o alla proprietà e/o conduzione di immobili.

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Articolo 3 - Esclusioni

3.1 ESCLUSIONI GENERALI

Se non risulta diversamente indicato nella descrizione delle singole prestazioni previste dagli articoli 1.2, 2.2.1 e 2.2.2, le prestazioni non coprono sinistri relativi:

a) al diritto di famiglia, delle successioni o delle donazioni;
b) alla materia fiscale;
c) alla materia amministrativa salvo quanto previsto all'art. 1.2.5;
d) a fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;
e) ad attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici;
f) a fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
g) ai diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva o relativi a turbativa d'asta, concorrenza sleale o normativa antitrust;
h) a compravendite di quote societarie o a vertenze tra amministratori e/o soci o tra questi e il Contraente;
i) alla navigazione e/o alla guida di imbarcazioni, aero-

mobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;

j) ai casi di violazione della normativa relativa al divieto di guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o della normativa inerente l'omissione di fermata e assistenza;

k) ai casi in cui il conducente rifiuti di sottoporsi agli accertamenti previsti in caso di guida sotto l'influenza dell'alcool;

l) a veicoli non omologati; se il conducente non è abilitato alla guida del veicolo oppure se il veicolo è usato in difformità da immatricolazione, per una destinazione o un uso diverso da quelli indicati sulla carta di circolazione, o non è coperto da regolare assicurazione obbligatoria RCA, salvo che l'Assicurato, occupato alle altrui dipendenze in qualità di autista ed alla guida del veicolo in tale veste, dimostri di non essere a conoscenza dell'omissione degli obblighi relativi all'obbligatorietà della copertura RCA; e nel caso in cui il conducente abbia i documenti di guida scaduti, salvo non ottenga il rinnovo degli stessi entro 120 giorni dal sinistro;

m) a fatti dolosi delle persone assicurate;

n) a fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;

o) a fusioni, modificazioni, trasformazioni societarie;

p) a prestazioni di servizi o forniture di beni effettuati dal Contraente nell'esercizio della sua attività;

q) alla compravendita o alla permuta di immobili;

r) ad interventi di restauro o risanamento conservativo, ristrutturazione o costruzione ex novo degli edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti;

s) all'affitto d'azienda o a contratti di leasing immobiliare;

t) all'attività di trattamento o smaltimento dei rifiuti;

u) all'esercizio abusivo della professione medica o di operatore sanitario;

v) a vertenze con la Società;

w) all'adesione ad azioni di classe (class action);

x) alla difesa penale per abuso di minori;

y) a controversie tra il Contraente della Polizza collettiva Nursing Up e l'Assicurato.

3.2 ONERI NON OGGETTO DI COPERTURA

Non sono oggetto di copertura:

- i compensi derivanti da patti quota lite conclusi tra l'Assicurato e l'Avvocato;
- le indennità di trasferta e, nel caso in cui sia necessaria la domiciliazione, ogni duplicazione di onorari;
- il pagamento di multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere e delle spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali.

CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Articolo 4 - Limiti di copertura

4.1 IMPORTO MINIMO SANZIONI PECUNIARIE

La copertura relativa all'opposizione/impugnazione di sanzioni amministrative pecuniarie opera se le stesse sono di importo pari o superiore ad € 1.000 (mille).

DOVE VALE LA COPERTURA?

Articolo 5 - Estensione territoriale

Le prestazioni valgono per i sinistri che siano insorti e che debbano essere trattati presso l'Ufficio Giudiziario competente che si trovi in Italia.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E COME VIENE GESTITO IL SINISTRO?

Articolo 6 - Sinistri

6.1 INSORGENZA DEL SINISTRO E UNICO SINISTRO

Ai fini del presente contratto, per insorgenza del sinistro si intende la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come:

- il danno o un presunto danno subito dall'assicurato o causato da azione od omissione non voluta dall'Assicurato;
- la violazione o la presunta violazione di una norma prevista dalla legge come reato o come illecito amministrativo;

- la violazione o presunta violazione di una norma di legge o di contratto o di regolamento in materia amministrativa, ad eccezione delle vertenze individuali di lavoro subordinato relative al solo licenziamento, nel qual caso l'insorgenza del sinistro coincide col provvedimento di licenziamento.

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, per il momento di insorgenza del sinistro si fa riferimento alla data del verificarsi del primo evento dannoso.

Si considerano come unico sinistro, a tutti gli effetti, uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti. La data di insorgenza corrisponde a quella del primo evento dannoso.

In caso di pluralità di Assicurati coinvolti in un unico sinistro, la garanzia viene prestata con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dagli oneri da ciascuno sopportati. Se al momento della definizione del sinistro il massimale risulta non esaurito, il residuo viene ripartito in parti uguali tra agli Assicurati che non hanno ricevuto integrale ristoro.

6.2 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato, rendendosi parte diligente del contratto, deve quanto prima denunciare alla Società qualsiasi sinistro nel momento in cui ne ha conoscenza, fermi i termini di decadenza e di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

La denuncia del sinistro deve pervenire al Broker tramite mail all'indirizzo sinistrinursingup@gbsapri.it o tramite fax al n. 06.45.761.717, c.a. Ufficio Sinistri, e per esso alla Società, nel termine massimo di 2 anni dalla data di cessazione del contratto. Qualora la presente polizza sia emessa senza alcuna interruzione della copertura assicurativa rispetto ad una polizza precedente della Società, il termine di denuncia dei sinistri decorre per tutte le polizze dalla data di scadenza della polizza più recente.

Al fine di verificare la sussistenza della copertura assicurativa, al momento della richiesta di apertura del sinistro, su richiesta scritta del Broker, Nurising Up comunica al Broker se l'interessato possiede, alla data indicata dal Broker stesso, i requisiti per essere qualificato Assicurato ai sensi del presente Contratto. L'Assicurato deve informare immediatamente il Broker, e per esso la Società, in modo completo e veritiero di tutti i particolari del sinistro, nonché indicare i mezzi di prova, i documenti e gli avvenuti adempimenti richiesti dal Broker per l'apertura del sinistro, nonché l'eventuale esistenza di altri contratti assicurativi e, su richiesta, metterli a disposizione.

In mancanza, la Società non potrà aprire il sinistro e comunque non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

Qualora coesistano più assicurazioni sul medesimo rischio, l'Assicurato deve denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 cod. civ.

Qualora l'Assicurato, precedentemente al presente contratto, abbia sottoscritto e corrisposto relativo premio per una polizza per i medesimi rischi che preveda la denuncia dei sinistri anche successivamente alla cessazione del contratto, lo stesso si impegna a denunciare i sinistri insorti prima della stipula del presente contratto previamente alla Compagnia presso la quale era precedentemente Assicurato.

La denuncia di sinistro va inoltrata al Broker, e per esso alla Società, ai riferimenti sopra riportati.

6.3 GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia, previa valutazione della copertura assicurativa e delle possibilità di far valere con successo le ragioni dell'Assicurato, la Società gestisce la trattazione stragiudiziale della vertenza al fine di realizzarne il bonario componimento. La Società si riserva di demandare ad Avvocati di propria scelta la gestione stragiudiziale anche avanti ad organismi di mediazione.

Ove il tentativo di definizione stragiudiziale o la mediazione non riescano, l'Assicurato comunica alla Società gli elementi Probatori e/o le argomentazioni su cui fondare l'azione o la resistenza in giudizio al fine di permettere alla Società di valutare le possibilità di successo. Qualora tale valutazione abbia esito positivo, la gestione della vertenza viene affidata all'Avvocato scelto nei termini dell'art. 6.4 Libera scelta dell'Avvocato per la fase giudiziale per la trattazione giudiziale.

In sede penale la difesa viene affidata direttamente all'Avvocato scelto nei termini dell'art. 6.4 Libera scelta dell'Avvocato per la fase giudiziale.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado successivo di procedimento qualora l'impugnazione presenti possibilità di successo.

In ogni caso la copertura delle spese legali per la transa-

zione della vertenza, per l'instaurazione o la costituzione in giudizio e per la copertura delle spese per il Consulente Tecnico di Parte devono essere preventivamente confermate dalla Società.

La Società non è responsabile dell'operato dei Legali e dei Consulenti Tecnici.

La Società si impegna a pagare all'Assicurato gli oneri previsti dal contratto entro il termine di 60 giorni dalla data di definizione del sinistro o del mancato accordo dell'importo dello stesso.

6.4 LIBERA SCELTA DELL'AVVOCATO PER LA FASE GIUDIZIALE

L'Assicurato, limitatamente alla fase giudiziale e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, ha il diritto di scegliere liberamente l'Avvocato cui affidare la tutela dei propri interessi, purché iscritto all'Albo degli Avvocati del distretto di Corte d'Appello dell'Ufficio Giudiziario competente per la vertenza oppure del proprio luogo di residenza o della sede legale del Contraente/Assicurato. In quest'ultimo caso, se necessario, la Società indica il nominativo del domiciliatario.

Qualora l'Assicurato intenda rivolgersi ad un legale di fiducia, scelto nei termini anzidetti, la Società provvederà al rimborso delle spese legali, nei limiti delle garanzie e dei massimali prestati, esclusivamente a giudizio concluso con sentenza passata in giudicato e a fronte di documenti fiscali regolarmente quietanzati.

L'Assicurato può, in alternativa, richiedere alla Società il nominativo di un Legale competente per materia e qualora l'Assicurato si rivolga all'assistenza dell'Avvocato proposto dalla Società, quest'ultima liquiderà direttamente il professionista convenzionato, nei limiti delle garanzie e dei massimali prestati.

L'Assicurato deve in ogni caso conferire regolare mandato per la gestione della vertenza o per la difesa penale all'Avvocato così individuato. La Società non è responsabile dell'operato degli Avvocati.

Articolo 7 - Pagamento, indicizzazione ed eventuale rimborso del premio

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Articolo 8 - Effetto e durata del Contratto

8.1 DURATA DELLA POLIZZA COLLETTIVA

La Polizza collettiva ha la durata di 2 (due) anni

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

Fermo quanto sopra si specifica che le garanzie previste per il singolo assicurato si applicano con la decorrenza prevista specificatamente dall'articolo 8.2 che segue.

8.2 EFFETTO DELLA POLIZZA COLLETTIVA E DELLA COPERTURA ASSICURATIVA PER L'ASSICURATO

La Polizza collettiva produce effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nella Scheda polizza, se il premio è stato pagato entro 30 giorni dalla data di decorrenza della stessa, altrimenti la copertura assicurativa resta sospesa e produce effetto dalle ore 24.00 del giorno di pagamento, ferma la scadenza del contratto.

Fermo quanto previsto dall'articolo 8.1 che precede e, premesso che, ai fini dell'efficacia della garanzia, ogni iscritto deve sia essere in regola con il pagamento della quota associativa e sia deve aver completato correttamente ed annualmente l'adesione on line ai servizi gratuiti forniti dal Nursing up (nel rispetto di quanto previsto nella definizione di assicuratole) le parti concordano che, per i singoli assicurati (così come definiti alla relativa voce del Glossario) la copertura assicurativa scade in ogni caso al 31/12 di ogni anno di competenza e decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra le due date che seguono:

1. il primo giorno del mese successivo a quello:
   - in cui l'ente di appartenenza del lavoratore dipendente iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up;
   - in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per gli iscritti liberi professionisti, i pensionati, i non dipendenti o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito sullo stipendio del contributo sindacale (contributo associativo).

2. la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali, ricevuta la mail di conferma.

La prestazione assicurativa viene garantita per i sinistri che siano insorti durante il periodo di efficacia della copertura assicurativa, purché denunciati entro il termine di decadenza previsto dall'Art. 6.2 Denuncia del sinistro.

RECESSO E RISOLUZIONE

Articolo 9 - Casi di interruzione del Contratto

9.1 RECESSO PER SINISTRO

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

La Società rinuncia alla facoltà di esercizio del recesso per sinistro.

9.2 SOSPENSIONE/RADIAZIONE DALL'ORDINE/ALBO/COLLEGIO, INABILITAZIONE O INTERDIZIONE

La copertura assicurativa cessa di produrre effetto in caso di radiazione, inabilitazione o interdizione del dell'Assicurato; in tali casi non saranno oggetto di copertura sinistri insorti successivamente alla suddetta data di radiazione, inabilitazione o interdizione.

L'esercizio abusivo della professione è causa di nullità della copertura assicurativa del singolo Assicurato e la Società è liberata da ogni ulteriore prestazione solo nei confronti del singolo Assicurato.

Nei casi di cui ai precedenti commi la Società non è tenuta al rimborso al Contraente del premio pagato e non goduto.

L'Assicurato che sia sospeso o radiato dall'ordine/albo/collegio o sia inabilitato o interdetto all'esercizio della professione deve darne immediata comunicazione alla Società.

9.3

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

SISTEMI CONVENZIONALI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE

Articolo 10 - Arbitrato in caso di disaccordo sulla gestione del sinistro

In caso di disaccordo in merito alla gestione del sinistro tra l'Assicurato e la Società, la decisione può venire demandata ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. In via alternativa è possibile adire l'Autorità Giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione. L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio Avvocato nel caso di conflitto di interessi con la Società.

ALTRE DISPOSIZIONI CONTRATTUALI

Articolo da 11 a 18

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

ARTICOLO 19 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni della presente Assicurazione, valgono le norme di legge.

ARTICOLO 20 - CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato all'Intermediario indicato in Polizza, in qualità di Broker, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente Assicurazione, pertanto ogni comunicazione fatta dalla Società all'Intermediario sarà considerata come fatta al Contraente o all'Assicurato, ed ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente o dall'Assicurato.

Il Broker è altresì autorizzato ad effettuare l'incasso dei premi, rilasciando apposita quietanza.

ITAS ASSICURAZIONI

POLIZZA INFORTUNI

ESTRATTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE INFORTUNI

CAPITOLO 1 - Glossario

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. È considerato tale, l'iscritto al sindacato Nursing Up che possiede congiuntamente i seguenti due requisiti:

- essere in regola con il pagamento della quota associativa;
- aver completato correttamente, anno per anno, la procedura on line di attivazione dei servizi gratuiti che Nursing Up mette a disposizione dei propri associati, annualmente, sul sito www.nursingup.it ed aver ricevuto la mail di conferma di avvenuta corretta attivazione dei servizi gratuiti alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di adesione agli stessi. L'iscritto che non completa correttamente la procedura annuale di attivazione dei servizi gratuiti e/o che non riceve la mail sopraindicata non è considerato assicurato per quell'anno specifico e questo a prescindere che lo stesso fosse o meno in regola con la quota associativa.

La procedura di attivazione dei servizi gratuiti sopraindicata va ripetuta ogni anno.

Sono altresì assicurati gli iscritti Nursing Up che ricoprano la qualifica di dirigente in distacco od in aspettativa che, per espressa previsione statutaria, sono esentati dal versamento della quota associativa.

Fermo quanto sopra, in ogni caso, le garanzie di polizza previste annualmente per il singolo assicurato decorrono in base a quanto previsto dall'articolo 35 del presente contratto.

ASSICURAZIONE

Il presente contratto di Assicurazione.

BENEFICIARIO

Gli eredi legittimi dell'Assicurato o le altre persone da questo designate ai quali la Società deve corrispondere l'indennità prevista in caso di morte dell'Assicurato stesso. Un Assicurato può cambiare il beneficiario designato in ogni momento, senza il consenso dello stesso beneficiario, inviando una richiesta scritta di variazione alla Società.

CONTRAENTE

Il soggetto (persona fisica o giuridica) che stipula il contratto di assicurazione.

ESTERO

Mondo intero. Escluso il territorio della Repubblica Italiana, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino e il Paese di Residenza Principale.

FAMILIARE DIRETTO

Il coniuge, il figlio/a, i genitori, i fratelli, i suoceri, i generi, le nuore o i conviventi (purché risultanti da regolare certificazione) dell'Assicurato.

FRANCHIGIA

Parte del danno liquidabile che rimane a carico dell'Assicurato.

INABILITÀ TEMPORANEA

La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla sua professione.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO

È considerato infortunio l'evento che sia dovuto a causa fortuita violenta ed esterna e che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERMEDIARIO

Il Broker o l'Agente regolarmente iscritto al relativo Albo professionale.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico che prevede la cruentazione dei tessuti mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccaniche, luminosa o termica (laser) a fine terapeutico.

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Intervento chirurgico eseguito senza ricovero.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIE COESISTENTI

La malattia o invalidità preesistente nel soggetto, che non determina alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessa sistemi organico funzionali diversi.

MALATTIE CONCORRENTI

La malattia o invalidità presente nel soggetto, che determina un'influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo-funzionale.

MALATTIA PREESISTENTE

Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malfunzionamenti o difetti fisici preesistenti o insorte anteriormente alla stipulazione del contratto.

OSPEDALE-ISTITUTO DI CURA

L'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privato, regolarmente autorizzati al ricovero di malati. Restano esclusi gli stabilimenti termali, le case di riposo, gli istituti di recupero per tossicodipendenti o alcolizzati, gli istituti per persone affette da malattie mentali o disordini caratteriali case di convalescenza e/o Istituti simili.

PAESE DI RESIDENZA PRINCIPALE

Lo Stato nel quale l'Assicurato risiede stabilmente o ha fissato la propria dimora abituale.

POLIZZA

Il documento che prova l'Assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RICOVERO

La permanenza dell'Assicurato nell'Ospedale/Istituto di Cura, pubblico o privato, in qualità di paziente, per un periodo di 24 ore consecutive e/o la degenza che abbia comportato almeno un pernottamento.

RISCHIO

La possibilità che si verifichi il sinistro.

SCI ALPINO

La pratica dello sci, compreso il fuoripista, purché effettuato nelle zone adiacenti le piste battute e servite da impianti di risalita.

SCI ALPINISMO

La pratica dello sci, compreso il fuoripista, con ascensioni ed escursioni in montagna, senza utilizzo degli impianti di risalita, e con discreto dislivello ad esclusione di quanto previsto per lo sci estremo.

SCI ESTREMO

Discesa con sci su pendii superiori a 55 gradi di pendenza.

SCOPERTO

La parte del danno indennizzabile, espressa in valore percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SFORZO

Dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.

SINISTRO

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

SPORT PROFESSIONISTICO

Attività svolta in maniera continuativa e che costituisce fonte di reddito principale per l'Assicurato.

CAPITOLO 2 - Oggetto dell'assicurazione

ARTICOLO 1 - OGGETTO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

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

- delle attività professionali principali e secondarie di: **Quadro sanitario (caposala, coordinatore, ecc.), personale delle professioni sanitarie, altro operatore sanitario quale ad esempio: puericultrice, OTA, OSS e personale amministrativo**;

- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

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

a) Rischio professionale: attività professionali principali e secondarie dichiarate in polizza, nonché le attività professionali strettamente accessorie, strumentali o connesse alle attività descritte in polizza;

b) Rischio extraprofessionale: ogni attività che non abbia carattere professionale e/o non rientri nella definizione di attività professionale di cui al punto precedente;

c) Rischio carica: attività professionale connessa con l'incarico conferito agli Assicurati, compresa la partecipazione alle riunioni e comunque nello svolgimento di ogni incarico inerente l'espletamento del mandato da essi ricoperto. La garanzia comprende gli infortuni che colpissero gli Assicurati durante il tragitto occorrente per recarsi al luogo ove sono chiamati ad espletare il loro mandato e viceversa, purché questi infortuni avvengano durante il tempo strettamente necessario a compiere il percorso per via ordinaria e con gli abituali mezzi di locomozione, sia privati, sia pubblici o di servizio.

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

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

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

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

ARTICOLO 2 - ERNIE TRAUMATICHE E DA SFORZO E ROTTURA SOTTOCUTANEA DEL TENDINE DI ACHILLE

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

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

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

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

ARTICOLO 3 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dalla presente Assicurazione gli infortuni derivanti:

a) dall'uso e guida di mezzi di locomozione aerei e subacquei nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
b) da stato di intossicazione acuta alcolica alla guida di qualsiasi mezzo di locomozione;
c) da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
d) da operazioni chirurgiche, cure mediche o accertamenti non resi necessari da infortunio;
e) da reati dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
f) da eventi connessi allo stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile insurrezioni a carattere generale salvo quanto previsto dal successivo Articolo 16 delle Condizioni di Assicurazione;
g) dall'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione e per motivi di carattere eccezionale;
h) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo,

naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche. Sono comunque esclusi dall'assicurazione, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, i danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare, chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;

i) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;

j) dalla partecipazione a corse e gare (e relative prove) comportanti uso di veicoli o natanti a motore salvo che si tratti di regolarità pura;

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

CAPITOLO 3 - Prestazioni assicurate e relative limitazioni

ARTICOLO 4 - MORTE DA INFORTUNIO

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

ARTICOLO 5 - MORTE PRESUNTA

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

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

ARTICOLO 6 - INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

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

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

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

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

ARTICOLO 7 - CUMULO DI INDENNIZZI

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

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

ARTICOLO 8 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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

ARTICOLO 9 - PERSONE NON ASSICURABILI - LIMITI DI ETÀ

a) La garanzia assicurativa non vale per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, sindromi organico-cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoidei; l'Assicurazione cessa con il manifestarsi di una delle predette condizioni. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso la Società rimborsa al Contraente / Assicurato, la parte di Premio netto già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della copertura e il termine del periodo di Assicurazione per il quale era stato corrisposto il Premio. Per le persone affette da epilessia l'Assicurazione non vale limitatamente agli infortuni direttamente conseguenti al manifestarsi di un attacco della malattia stessa.

b) La garanzia assicurativa si intende prestata senza limiti di età: tuttavia a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente successiva al compimento del 80° anno di età, l'Assicurazione potrà essere rinnovata con patto speciale previa presentazione, 30 giorni prima della scadenza stessa del certificato medico attestante buona salute; in assenza di specifico accordo scritto la Società restituirà i premi netti eventualmente incassati.

ARTICOLO 10 - LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

ARTICOLO 11 - RISCHIO VOLO

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

CAPITOLO 4 - Condizioni aggiuntive (sempre valide ed operanti)

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

ARTICOLO 12 - RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

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

Per cure mediche si intendono:

- spese ospedaliere o cliniche;

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

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

ARTICOLO 13 - MALATTIE TROPICALI

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

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

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

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

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

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

ARTICOLO 14 - DANNI ESTETICI

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

ARTICOLO 15 - RISCHIO GUERRA

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

ARTICOLO 16 - RIMBORSO SPESE FUNERARIE

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

ARTICOLO 17 - RIMPATRIO SALMA

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

ARTICOLO 18 - COMMORIENZA

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

Resta in ogni caso convenuto che **il massimo esborso a carico della Società, per tale titolo, non potrà superare l'importo di € 50.000,00 e che l'applicazione della presente condizione rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione even-**

tualmente esistente in polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di morte.

ARTICOLO 19 - STATO DI COMA

Quando, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicurato entra in coma certificato da un Medico, ed è ricoverato in un ospedale, clinica o istituto sanitario, la Società pagherà all'Assicurato o ai suoi Beneficiari la somma specifica indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di coma. Questo pagamento è dovuto per un periodo massimo di 365 giorni, a decorrere dal trentesimo (30°) giorno consecutivo di coma, con un esborso massimo di € 10.000,00 per evento.

ARTICOLO 20 - ANTICIPO INDENNIZZO

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

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

ARTICOLO 21 - COSTI DI SALVATAGGIO E RICERCA

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

ARTICOLO 22 - PREGIUDIZIO ALLO SVOLGIMENTO DELLE NORMALI ATTIVITÀ QUOTIDIANE

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

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

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

ARTICOLO 23 - INFORTUNI CONSEGUENTI A RAPINE E AGGRESSIONI IN GENERE

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

ARTICOLO 24 - INFORTUNI CAGIONATI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

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

ARTICOLO 25 - ATTIVITÀ TEMERARIE

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

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

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

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

solo titolo di rimborso spese.

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

ARTICOLO 26 -VALUTAZIONE SPECIALE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

ARTICOLO DA 27 A 29

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

Capitolo 5 - Condizioni particolari valide per la polizza Nursing Up

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

A. FRANCHIGIE SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

B. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia adottando quali parametri di valutazione le tabelle contenute nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 - Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali conosciute anche come "Tabelle INAIL". Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle citate tabelle, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato. La Società liquida l'intera somma assicurata quando l'invalidità permanente accertata sia di grado superiore al 60%, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 60%.

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione. La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

C. INDENNITÀ DA RICOVERO PER INFORTUNI E MALATTIA

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

D. ESTENSIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

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

D.1 - MODALITÀ DI ACCERTAMENTO DEL CONTAGIO HIV - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Entro 3 giorni dal verificarsi dell'evento accidentale

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

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

D.2 - ESTENSIONE RADIAZIONI

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

E. PREVENZIONE DONNA

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

F. PREVENZIONE UOMO

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

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

G. RIMBORSO CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa agli Assicurati per i quali tale garanzia è richiesta, in caso di infortunio risarcibile a termini di Polizza, il costo delle cure dentarie sostenute, fino alla concorrenza massima di un importo pari ad € 3.000,00 per evento e per persona.

In questo contratto per cure mediche si intendono:

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

Capitolo 6 - Condizioni particolari - Polizze Cumulative

(valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

OMISSIS (di esclusiva competenza del contraente)

P. INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

1. **Oggetto dell'assicurazione** - L'assicurazione è estesa al caso di Invalidità Permanente derivante da malattia (purché non compresa tra quelle indicate al successivo paragrafo 5) che insorga nel corso del presente contratto. La garanzia vale anche per la malattia manifestatasi entro un anno dalla cessazione del contratto purché la stessa sia insorta durante il periodo di validità del contratto stesso.
2. **Definizione di Malattia** - È considerata "malattia"

ogni alterazione dello stato di salute dell'Assicurato, non dipendente da infortunio.

3. **Definizione di Invalidità Permanente da Malattia** - È considerata invalidità permanente la perdita totale o riduzione parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio dell'attività propria dell'Assicurato e di ogni altro lavoro confacente alle sue attitudini ed abitudini.
4. **Criteri di liquidazione** - La garanzia viene prestata per il capitale per persona stabilito nell'Allegato Stato di rischio per la categoria di assicurati per cui è prevista la presente garanzia. La liquidazione del danno avviene quando l'invalidità accertata è superiore alla franchigia stabilita.

   L'Impresa liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

   24 % Franchigia

I.P. %		CAPITALE %	I.P. %		CAPITALE %
25	=	5	56	=	59
26	=	8	57	=	63
27	=	11	58	=	67
28	=	14	59	=	71
29	=	17	60	=	75
30	=	20	61	=	79
31	=	23	62	=	83
32	=	26	63	=	87
32	=	29	64	=	91
34	=	32	65	=	95
35/55	=	35/55	>65	=	100

5. **Esclusioni** - Sono escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:
   - malattie e/o invalidità preesistenti alla stipulazione della polizza;
   - malattie professionali, mentali e psichiche;
   - malattie per abuso di alcoolici o per uso non curativo di farmaci, stupefacenti e simili;
   - trattamenti estetici; cure dimagranti e dietetiche;
   - malattie da fonti radioattive e comunque da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
   - da guerra, guerra civile, invasione, insurrezione, rivoluzione, uso della forza militare ovvero rovesciamento di qualsiasi autorità statale o militare;
   - indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito, qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica che sia conseguenza di un atto di terrorismo - sindrome da immunodeficienza acquisita.
6. **Limiti di età** - La garanzia vale per le persone di età non superiore ai 65 anni e cessa dalla successiva scadenza annuale del premio per quelle che raggiungono tale limite di età, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verrebbero restituiti al Contraente.
7. **Denuncia della Malattia e relativi obblighi della Contraente o dell'Assicurato** - La denuncia della malattia che - secondo parere medico - sembri comportare invalidità permanente deve essere presentata per iscritto - dalla Contraente o dall'Assicurato - all'Impresa alla quale è assegnata la polizza. La denuncia stessa deve essere corredata da certificato medico riflettente un dettagliato rapporto sulla natura, decorso e conseguenza della malattia.

   Alla denuncia debbono essere anche allegati o debbono avere seguito attestazioni mediche in ordine allo stato della malattia, copie delle cartelle cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. Trascorsi i 30 giorni dalla denuncia della malattia, la Contraente o L'Assicurato debbono presentare specifica certificazione medica attestante il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e controlli medici disposti dall'Impresa, fornire alla stessa ogni informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.
8. **Criteri di indennizzabilità** - L'Impresa corrisponde l'indennità per le conseguenze dirette ed esclusive di invalidità permanente derivante dalla malattia denunciata, senza riguardo al maggior pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o infermità preesistenti alla stipulazione del contratto e/o a mutilazioni o difetti fisici.
9. **Procedura per la liquidazione dell'indennità** - Il grado di invalidità permanente viene valutato non prima che sia decorso un anno dalla data della

denuncia della malattia e non oltre i 18 mesi dalla stessa.

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

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

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

In caso di controversia le parti avranno facoltà di fare ricorso a quanto disposto dall'Articolo 31 delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

10. **Non cumulabilità della presente garanzia con quella prestata con polizza Infortuni** - La presente copertura assicurativa non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di invalidità permanente prestate con polizze infortuni della stessa Società.
11. **Altre assicurazioni** - La Contraente è tenuta a denunciare all'Impresa l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni riguardanti lo stesso rischio delle medesime persone assicurate e da essa sottoscritta. L'Impresa, entro 30 giorni dalla denuncia, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni, restituendo la parte di premio non goduta.
12. **Recesso dal contratto** - Fermo il diritto dell'Assicurato alla liquidazione dell'indennità ove questa gli spetti dopo ogni denuncia di malattia, l'Impresa ha facoltà di far cessare - con preavviso di 15 giorni – la sola copertura relativa all'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia di cui alle presenti Condizioni Particolari nei confronti della persona cui la denuncia del danno si riferisce.

    In tal caso l'Impresa rimborserà il premio non goduto, in proporzione del tempo che decorre dal momento della cessazione al termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia della malattia o dopo la comunicazione dell'esercizio della facoltà di recesso o qualunque altro atto dell'Impresa non potranno essere interpretati come rinuncia dell'Impresa stessa a valersi della facoltà di recesso.
13. **Rinvio alle Condizioni della Polizza Infortuni** - Per quanto non regolato dal presente articolo, valgono - semprechè compatibili - le Condizioni Generali di Assicurazione della polizza in oggetto

Capitolo 7 - Condizioni particolari - Polizze Individuali NON OPERANTE

(valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

Capitolo 8 - Condizioni particolari - Polizze Cumulative ed Individuali NON OPERANTE

(valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

CAPITOLO 9 - Denuncia di sinistro

ARTICOLO 31 - DENUNCIA DELL'INFORTUNIO - OBBLIGHI RELATIVI

L'Assicurato è tenuto a denunciare il Sinistro in forma scritta, per il tramite dell'Intermediario, entro 15 (quindici) giorni da quando ne e venuto a conoscenza. La de-

nuncia di Sinistro, Richiesta di indennizzo deve indicare il luogo, giorno e l'ora dell'evento e deve essere corredata da un certificato medico, contenente ogni altra notizia utile per la Società. L'Assicurato e obbligato a sottoporsi alle cure mediche immediatamente dopo l'infortunio, a seguire le prescrizioni mediche ed a trattenersi dal commettere atti che possano ostacolare la cura e l'abilita di ricominciare il lavoro. La denuncia del sinistro deve pervenire al Broker, esclusivamente tramite mail all'indirizzo sinistrinursingup@gbsapri.it.

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

ARTICOLO 32 - PROVA

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

ARTICOLO 33 - CONTROVERSIE SULLA NATURA E CONSEGUENZA DEL SINISTRO

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del Collegio medico è obbligatoria per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale.

CAPITOLO 10 - Norme che regolano l'assicurazione

ARTICOLO 34

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

ARTICOLO 35 - DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza.

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

ARTICOLO 36 - DECORRENZA DELLA COPERTURA PER SINGOLO ASSICURATO

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

1. Il primo giorno del mese successivo a quello
   - in cui l'ente di appartenenza dell'iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up, per coloro che lavorano in qualità di dipendenti
   - in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per i liberi professionisti, i pensionati i non dipendenti, o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito del contributo sindacale (contributo associativo) dello stipendio.
2. La data di attivazione dei servizi gratuiti annuali e scade in ogni caso al 31/12 di ogni anno di competenza.

ARTICOLO DA 37 A 42

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente).

ARTICOLO 43 - CLAUSOLA BROKER

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

ARTICOLO DA 44 A 50

OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)

CATEGORIE, SOMME ASSICURATE E FRANCHIGIE

L'Assicurazione si intende prestata alle Condizioni di seguito riportate.

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

Operatività della copertura: 24h.

Garanzia	Capitale assicurato/ Limite	Franchigia
Morte da infortunio	€ 20.000,00	*******
Invalidità Permanente da infortunio	€ 40.000,00	Ved. Punto A) Capitolo 5
Diaria da Ricovero da infortunio o malattia	€ 26,00	5 notti
Invalidità Permanente da malattia	€ 10.000,00	Ved. Punto B) Capitolo 5 - Ved. Punto P) delle Condizioni Particolari di polizza
Prevenzione Donna / Uomo	€ 3.000,00	Ved. Punti E/F)
Rimborso cure dentarie da infortunio	€ 3.000,00	Ved. Punto G)

europ assistance
you live we care

POLIZZA RC VITA PRIVATA (MULTIRISCHI)

Estratto Polizza Danni Nursing Up

Polizza n. - 40066Q

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER LA CONTRAENTE

Art. da 1 a 23

OMISSIS (di esclusiva competenza della Contraente)

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER L'ASSICURATO

NORME CHE REGOLANO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1. - ALTRE ASSICURAZIONI

Per lo stesso Rischio puoi essere assicurato con diverse compagnie di assicurazione.

Se si verifica un Sinistro, devi informare tutte le compagnie di assicurazione con cui sei assicurato sullo stesso Rischio e, tra queste, Europ Assistance, dell'esistenza delle altre compagnie di assicurazione che coprono lo stesso Rischio. In questo caso si applica l'art. 1910 del Codice Civile.

L'art. 1910 del Codice Civile italiano vuole evitare il caso in cui l'Assicurato, che ha più assicurazioni per lo stesso Rischio con diverse compagnie, riceva complessivamente una somma superiore al danno che ha subito. Per questo motivo l'Assicurato, in caso di sinistro, deve informare ogni compagnia di tutte le assicurazioni sottoscritte con le altre, per lo stesso Rischio.

Art. 2. - LEGGE REGOLATRICE E GIURISDIZIONE

Le Condizioni di Assicurazione sono regolate dalla legge italiana.

Per tutto quello che non è previsto dalle Condizioni di Assicurazione e per tutte le regole di giurisdizione e/o competenza del giudice, si applica la legge italiana.

Art. 3. - TERMINI DI PRESCRIZIONE

Ogni tuo diritto nei confronti di Europ Assistance si prescrive entro il termine di due anni dal giorno del Sinistro. Nell'assicurazione della responsabilità civile i due anni decorrono dal giorno in cui la persona danneggiata ti ha chiesto il risarcimento o ti ha fatto causa per ottenerlo. In questo caso si applica l'art. 2952 del Codice Civile.

Per le Garanzie diverse dall'Assistenza, in caso di apertura del sinistro e di pendenza dei procedimenti giudiziari hai l'obbligo di interrompere i termini prescrizionali in forma scritta. Si precisa che la pendenza di procedimenti giudiziari non viene considerata causa di sospensione della prescrizione.

Es: se l'Assicurato denuncia un Sinistro oltre il termine massimo di due anni stabiliti dal Codice Civile, non avrà diritto all'Indennizzo.

Art. 4. - TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Europ Assistance quando ti fornisce le Garanzie potrebbe venire a conoscenza e utilizzare i dati personali di altre persone. Devi far conoscere a queste persone l'Informativa sul trattamento dei dati e farti dare il loro consenso scritto al trattamento dei loro dati relativi alla salute per finalità assicurative. Puoi usare la seguente formula di consenso: "Ho letto l'Informativa sul trattamento dei dati e acconsento al trattamento dei miei dati personali relativi alla salute necessari alla gestione della Polizza da parte di Europ Assistance Italia e dei soggetti indicati nell'informativa

SEZIONE I - DESCRIZIONE DELLE GARANZIE

CHE COSA È ASSICURATO?

Art. 5. - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

A) GARANZIA INCENDIO

A.1 Incendio

Europ Assistance, entro il Massimale qui sotto riportato, ti indennizza i danni materiali e diretti che i beni assicurati (Fabbricato e contenuto), anche se di proprietà di terzi, subiscono a causa di:

- incendio;

- azione del fulmine, diretta anche se non accompagnata da sviluppo di fiamma;
- esplosione. Implosione o scoppio;
- sviluppo di fumi, gas e vapori, mancata o anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica o idraulica; mancato o anormale funzionamento di apparecchiature elettriche, di impianti di riscaldamento o condizionamento; colaggio o fuoriuscita di liquidi a condizione che siano indennizzabili secondo quanto stabilito dal presente paragrafo e che abbiano colpito i beni assicurati oppure cose che si trovano nell'ambito di 20 metri da essi;
- urto di veicoli stradali e di natanti non di tua proprietà e non utilizzati da te;
- onda sonica;
- caduta di aeromobili, veicoli spaziali, loro parti o cose da essi trasportate, oggetti orbitanti;
- fumo fuoriuscito per un guasto improvviso ed accidentale degli impianti per la produzione di calore al servizio del fabbricato. Questi impianti devono essere collegati mediante adeguate condutture e camini adatti.
- eventi sociopolitici: Incendio, esplosione e scoppio, anche a mezzo di ordigni esplosivi, da persone che prendano parte a tumulti popolari, scioperi o sommosse o che compiano individualmente o in associazione, atti dolosi o vandalici, compresi quelli di terrorismo e di sabotaggio, compresi i vandalismi subiti dal fabbricato assicurato in occasione di furto tentato o commesso.
- eventi atmosferici:

1. Uragani, bufere, tempeste, trombe d'aria, vento e cose da esso trascinate, grandine, quando la violenza che caratterizza tali eventi atmosferici sia riscontrabile su una pluralità di enti, assicurati o non;
2. bagnamenti che si verificano all'interno dell'Abitazione solo se sono direttamente causati dalla caduta di pioggia o grandine attraverso rotture, brecce e lesioni provocate al tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza degli eventi di cui al punto 1.;
3. acqua penetrata all'interno dell'Abitazione per l'intasamento di grondaie o pluviali causato esclusivamente da grandine o neve.

Europ Assistance ti indennizza i danni al Fabbricato entro il Massimale di Euro 15.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo e entro il Massimale di Euro 5.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo i danni al contenuto della Dimora abituale.

Inoltre, fino al massimale di Euro 1.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, sei assicurato per i danni materiali e diretti che i beni assicurati subiscono a causa di uno spargimento d'acqua, dovuto a: acqua condotta fuoriuscita per causa accidentale a seguito di rottura, occlusione, traboccamento e/o guasto di impianti idrici, igienici, tecnici e di condizionamento installati nel fabbricato oppure conseguente a rottura accidentale di apparecchi domestici, compresi i relativi raccordi, presenti nel fabbricato assicurato (esclusi i danni subiti dagli apparecchi domestici stessi).

Sono comprese le spese necessarie alla ricerca del guasto ed al ripristino delle parti di fabbricato demolite a causa della ricerca stessa, fino ad un massimo del 20% della somma assicurata in questa partita.

A.2 Caratteristiche del Fabbricato

La Garanzia "Incendio" è prestata a condizione che il Fabbricato e/o i locali contenenti le cose assicurate e le relative dipendenze siano costruiti con strutture portanti verticali, pareti esterne e manto del tetto in materiali incombustibili; solai ed armatura del tetto anche in materiali combustibili; è inoltre tollerata l'esistenza di materiali combustibili anche nelle pareti esterne per una superficie non superiore al 25% delle stesse. I Fabbricati e le dipendenze devono essere adibiti per almeno la metà della superficie complessiva dei piani ad uso abitativo.

A.3 Rischio locativo

Con riferimento agli eventi causati da Incendio, esplosione, scoppio e fino al Massimale di Euro 15.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo. Nei limiti dei massimali di polizza, Europ Assistance ti tiene indenne dei danni materiali e diretti al Fabbricato che tieni in locazione e che sei tenuto a pagare, per capitali, interessi e spese, quale civilmente responsabile, ai sensi degli artt. 1588, 1589 e 1611 del c.c.

La Garanzia comprende anche le decorazioni, i rivestimenti interni, le tappezzerie, le moquettes ed ogni altra addizione che rientra nella definizione di Abitazione e le cui spese di ricostruzione devono essere sostenute da te in qualità di locatario. Queste spese non devono essere comprese in altre coperture assicurative da chiunque stipulate.

A.4 Colpa grave - rinuncia alla rivalsa

In deroga all'art. 1900 del c.c. Europ Assistance indennizza i anche danni che sono determinati da tua colpa grave o delle persone delle quali devi rispondere.

Ad eccezione del caso di dolo, Europ Assistance rinuncia all'azione di rivalsa (art. 1916 C.C.) nei confronti dei tuoi parenti o affini, ospiti o collaboratori domestici eventualmente responsabili del danno, purché a tua volta, non eserciti l'azione nei confronti del responsabile.

A.5 Assicurazione per conto di chi spetta

L'assicurazione si intende stipulata per conto di chi spetta. In caso di sinistro spetta esclusivamente all'Assicurato colpito dall'evento compiere gli atti necessari all'accertamento ed alla determinazione dei danni.

L'indennizzo liquidabile a termini di polizza dovrà comunque essere corrisposto nei confronti dell'Assicurato.

A.6 Forma dell'assicurazione

La Garanzia Incendio è a primo rischio assoluto.

B) GARANZIA RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

Europ Assistance tiene indenne te, il tuo nucleo familiare per i danni che avete involontariamente causato a Terzi durante lo svolgimento di attività relative alla sola vita privata.

La Garanzia è inoltre estesa alla responsabilità che ti deriva per fatti commessi dalle persone di cui siete responsabili per legge.

Europ Assistance provvede al risarcimento del danno (capitale, interessi e spese) entro il Massimale di Euro 30.000,00 per Sinistro e di Euro 150.000,00 per anno assicurativo, se il danno che avete accidentalmente provocato a terzi ha provocato:

- la morte,
- delle lesioni personali,
- il danneggiamento di cose.

La Garanzia vale inoltre a titolo esemplificativo per:

1. i danni derivanti dalla conduzione della Dimora abituale in normale stato di manutenzione, comprese le dipendenze, le recinzioni, gli impianti al servizio del Fabbricato, i cortili, i giardini (fino ad un Massimo di 10 piante di alto fusto e a condizione che siano in stato normale di manutenzione e conservazione) e gli orti di pertinenza del Fabbricato, i viali, le strade, i campi da tennis, le piscine, le attrezzature sportive e da gioco Se abitate in un condominio la Garanzia vale anche per i danni a carico delle parti comuni per la sola quota di danno di cui dovete rispondere (escluso il maggior onere eventualmente derivante da obblighi solidali con altri condomini);
2. i danni derivanti da caduta di antenne televisive, parabole e/o antenne radiotrasmittenti, poste sul tetto o sui balconi;
3. i danni derivanti da attività domestiche relative alla conduzione della casa e della famiglia;
4. i danni derivanti da avvelenamento o intossicazione conseguenti al consumo da parte di altre persone di cibi e bevande da voi preparati;
5. i danni derivanti da infortunio cagionato ad ospiti per cadute dovute ad acqua, detersivi o cera sui pavimenti;
6. i danni derivanti da caduta all'esterno di oggetti;
7. i danni derivanti da lavori di ordinaria manutenzione eseguiti in economia;
8. i danni derivanti da spargimento di acqua conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture o da rigurgito di fogne;
9. i danni causati da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà dell'Assicurato o da lui detenute a cose di terzi che l'Assicurato abbia in consegna e custodia nei locali dell'abitazione ammobiliata presa in affitto per la villeggiatura non di sua proprietà, compresi i danni subiti dai locali stessi;
10. la responsabilità civile verso gli addetti ai servizi domestici - anche se occasionali baby sitters, colf, badanti, "persone alla pari", per gli infortuni da essi sofferti. Europ Assistance copre altresì la responsabilità civile delle medesime persone per danni da queste involontariamente cagionati a terzi nell'espletamento delle mansioni svolte per conto vostro e dei familiari conviventi;
11. i danni derivanti dalla pratica di hobby quali a titolo esemplificativo modellismo, bricolage, giardinaggio e simili;
12. i danni derivanti dalla proprietà, il possesso e/o l'uso di cavalli, di altri animali da sella, di animali domestici e di animali da cortile. Solo per quanto riguarda i cani, la Garanzia prevede il risarcimento del danno a condizione che la proprietà, il possesso e/o l'uso del

cane venga fatta rispettando le norme vigenti sia a livello nazionale che locale;

13. i danni derivanti dalla pratica amatoriale di sport, comprese le gare a livello dilettantistico;
14. I danni derivanti dalla detenzione di armi e relative munizioni e l'uso delle stesse per difesa, tiro a segno e tiro a volo;
15. i danni derivanti dall'uso e la guida di biciclette, biciclette con pedalata assistita, veicoli non a motore, veicoli anche a motore per uso di bambini o di invalidi. Tutti questi veicoli non devono essere soggetti ad assicurazioni obbligatorie;
16. i danni derivanti dalla proprietà e l'uso di natanti non a motore pari o inferiore a 6,5 metri;
17. i danni derivanti dalla tua partecipazione, dalla partecipazione del tuo coniuge/convivente more-uxorio, quali genitori, alle attività della scuola e ad ogni altra attività autorizzata dalle Autorità scolastiche (gite, visite, manifestazioni sportive e ricreative, ecc.) compresa altresì la responsabilità derivante da fatto degli allievi affidati alla vostra sorveglianza;
18. i danni, fino ad un massimo di Euro 15.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, derivanti dalla messa in circolazione, a vostra insaputa, di veicoli a motore e natanti da parte dei vostri figli minorenni o incapaci per legge. La Garanzia opera esclusivamente per richieste di risarcimento che eccedano i massimali previsti dalla polizza di Responsabilità Civile per i rischi della circolazione e dal Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada nonché per la rivalsa esperita dal Fondo stesso o dalla Società di assicurazione che emette la polizza di cui sopra. La Garanzia è subordinata, limitatamente ai veicoli a motore o natanti di vostra proprietà, all'esistenza di polizza di Responsabilità Civile per i rischi della circolazione in regola con il pagamento del premio. La Garanzia, entro lo stesso massimale di Euro 15.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo, è inoltre operante per i danni al veicolo a motore o natante, di proprietà di terzi, messo in moto o circolazione;
19. i danni derivanti dall'esercizio di attività ricreative, di volontariato e non, e di altre attività non retribuite, esclusa comunque qualsiasi attività che comporti mansioni di tipo organizzativo;
20. i danni derivanti da inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo esclusivamente derivanti da fatto improvviso e accidentale fino ad un massimo di Euro 5.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo. In questo caso sono comprese le spese di bonifica entro il massimale di Euro 500,00 per Sinistro e per anno assicurativo;
21. i danni derivanti da interruzioni o sospensioni totali o parziali di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi, conseguenti a sinistri indennizzabili a termini della presente Garanzia entro il 10% del massimale previsto dalla stessa;
22. uso di apparecchi domestici;
23. la committenza di lavori di straordinaria manutenzione del fabbricato assicurato, compresi i danni alle persone che partecipano ai lavori, sempreché dall'evento derivi la morte o una lesione personale grave o gravissima così come definite dall'art. 583 del Codice Penale;
24. causati da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà dell'Assicurato o da lui detenute a cose di terzi che l'Assicurato abbia in consegna e custodia nei locali dell'abitazione ammobiliata presa in affitto per la villeggiatura non di sua proprietà, compresi i danni subiti dai locali stessi..

DOVE VALGONO LE GARANZIE?

Art. 6. - ESTENSIONE TERRITORIALE

La Garanzia Incendio è valida per i Sinistri che si verificano in Italia, nella Repubblica di San Marino, nello Stato Città del Vaticano.

La Garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) con riferimento alla conduzione dell'abitazione principale vale per i Sinistri che si verificano in Italia mentre per i fatti della vita privata vale per i Sinistri che si verificano nell'Unione Europea, nello Stato della Città del Vaticano, nella Repubblica di San Marino, Svizzera, Principato di Monaco e Andorra.

QUANDO COMINCIANO LE COPERTURE E QUANDO FINISCONO?

Art. 7. - DECORRENZA E DURATA

La copertura assicurativa ha effetto dalla data più recente tra il primo giorno del mese successivo al prelievo in busta paga del contributo associativo a favore della

Contraente (o, se hai pagato la quota associativa con bonifico, dal primo giorno del mese successivo all'accredito sul conto corrente della Contraente) e la data di regolare adesione ai servizi gratuiti annuali della Contraente stessa relativamente all'anno di vigenza della Polizza.

La copertura assicurativa, salvo diversa comunicazione della Contraente, termina il 31/12 di ogni anno.

SEZIONE II - ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELLE GARANZIE

CHE COSA NON È ASSICURATO?

Art. 8. - ESCLUSIONI

A) GARANZIA INCENDIO

Sono esclusi dalla Garanzia Incendio i danni:

a. verificatisi in occasione di atti di guerra (dichiarata o meno), insurrezione, occupazione militare, invasione;
b. verificatisi in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
c. da contaminazione nucleare biologica e chimica;
d. cagionati con dolo del Contraente o dell'Assicurato;
e. causati da terremoti, maremoti, eruzioni vulcaniche, alluvioni, inondazioni, frane, cedimenti del terreno, valanghe, slavine, mareggiate;
f. causati da smarrimento o furto delle cose assicurate, verificatisi in occasione degli eventi per i quali è prestata la Garanzia;
g. alla macchina o all'impianto nei quali si è verificato uno scoppio se l'evento è determinato da usura, corrosione o difetti di materiale;
h. indiretti, quali cambiamento di costruzione, restrizioni per norme urbanistiche o di uso dei suoli, mancanza di locazione, di godimento o di reddito commerciale o industriale ed in genere qualsiasi danno che non riguardi la materialità delle cose assicurate;
i. ad autoveicoli, motoveicoli e loro parti, imbarcazioni e relativi motori di potenza superiore a 40 CV fiscali;
j. ad alberi, fiori e coltivazioni in genere;
k. derivanti da umidità, stillicidio, gelo;
l. provocati da semplici bruciature non accompagnate da sviluppo di fiamma a meno che esse non siano state causate da azione diretta del fulmine;
m. da muffe;
n. verificatisi nel corso di occupazione non militare che si protrae per più di cinque giorni consecutivi;
o. di imbrattamento o deturpamento del Fabbricato e delle recinzioni ad eccezione di quelli verificatisi all'interno dell'abitazione assicurata;
p. i danni da furto e il furto;
q. direttamente o indirettamente derivanti da inquinamento e/o contaminazione di qualsiasi natura;
r. di rapina, saccheggio, smarrimento od imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere;
s. verificatisi nel corso di confisca, sequestro, requisizione delle cose assicurate per ordine, di diritto o di fatto, di qualunque autorità, od in occasione di serrata;
t. causati da stillicidio o umidità, fuoriuscita dalle usuali sponde di corsi d'acqua naturali o artificiali, mareggiata o penetrazione di acqua marina, formazione di ruscelli, accumulo esterno di acqua, rottura o rigurgito di sistemi di scarico, sovraccarico di neve, gelo, alluvioni, inondazioni, insufficiente deflusso di acqua piovana;
u. causati da sabbia, acqua o grandine penetrata attraverso finestre e/o lucernari lasciati aperti o da aperture prive di protezione;
v. valanghe, slavine, cedimento o franamento del terreno;
w. subiti dai pannelli solari, vetrate e lucernari, tende e simili installazioni esterne;
x. subiti da Fabbricati o tettoie aperti da uno o più lati od incompleti nelle coperture o nei serramenti (anche se per temporanee esigenze di ripristino conseguenti o non a sinistro), nonché cose poste sotto di essi o all'aperto;
y. subiti da lastre di cemento amianto, fibrocemento e manufatti di materia plastica per effetto di grandine;
z. subiti da capannoni pressostatici, tensostatici e simili, baracche in legno o plastica, serre, compreso quanto in essi contenuto;
aa. subiti da tutti gli enti posti all'aperto in seguito ad evento atmosferico;
bb. causati da traboccamento, rigurgito o rottura di fogne;

cc. causati da agenti atmosferici in genere, compresa infiltrazione di acqua piovana;

dd. causati da corrosione, usura e carenza di manutenzione;

ee. derivanti da intasamento di grondaie e pluviali.

B) GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

Sono esclusi dalla Garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (R.C.T.) i danni:

a. da furto;

b. derivanti dallo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa;

c. provocati nell'esercizio di attività professionali, commerciali o industriali;

d. conseguenti ad inadempimenti di natura contrattuale o tributaria;

e. derivanti da attività informatica in genere (uso o abuso di Internet o sistemi similari; violazione, intenzionale o meno, di qualsiasi diritto d'autore; qualsiasi danno per virus informatico, perdita di dati, e simili danneggiamenti);

f. derivanti da detenzione o impiego di esplosivi;

g. derivanti da rigurgito di fogna non conseguenti a rotture accidentali di tubazioni o condutture;

h. derivanti dalla proprietà e circolazione di veicoli a motore su strade di uso pubblico o su aree ad esse equiparate ad eccezione di quanto previsto dall'oggetto dell'assicurazione;

i. derivanti dalla proprietà e circolazione di veicoli a motore soggetti ad assicurazioni obbligatorie per legge;

j. derivanti dalla proprietà ed utilizzo di natanti di lunghezza superiore a 6,5 metri nonché di natanti a motore;

k. j. derivanti da impiego di aeromobili;

k. derivanti dalla pratica del paracadutismo e degli sport aerei in genere, degli sport con uso o guida di mezzi o natanti a motore praticati sull'acqua, nonché in generale quelli che prevedano l'impiego di veicoli a motore;

l. derivanti dalla proprietà e conduzione di fabbricati se conseguenti ad ampliamenti, sopraelevazioni, umidità, stillicidio o insalubrità dei locali;

m. derivanti dalla proprietà di immobili diversi da quelli indicati in polizza;

n. alle cose che l'Assicurato e/o i componenti il suo nucleo familiare hanno in consegna o custodia a qualsiasi titolo;

o. che, in relazione ai rischi assicurati, si sono verificati in connessione con fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o con radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

p. conseguenti ad inquinamento dell'aria, dell'acqua, del suolo tranne se derivanti da fatto improvviso e accidentale;

q. conseguenti a deviazione, alterazione, interruzione, impoverimento di sorgenti, corsi d'acqua, falde acquifere, giacimenti minerari ed in genere di quanto trovasi nel sottosuolo suscettibile di sfruttamento;

r. derivanti dall'esercizio dell'attività venatoria;

s. derivanti dalla partecipazione ad attività sportive a carattere agonistico;

t. derivanti dalla proprietà delle razze canine di tipo pericoloso e relativi incroci secondo le normative vigenti.

u. derivanti da lavori di ordinaria manutenzione non eseguiti in economia e quelli di straordinaria manutenzione;

v. derivanti da amianto;

w. derivanti o conseguenti dall'emissione o generazione di onde e campi elettromagnetici;

x. per i casi di contagio da virus HIV.

Art. 9. - SANZIONI INTERNAZIONALI

Le "Sanzioni Internazionali" indicano l'insieme delle disposizioni nazionali e internazionali che regolano gli embarghi, gli individui e le entità sanzionate, il finanziamento del terrorismo e le restrizioni commerciali adottate da: i) Nazioni Unite; (ii) Unione Europea; (iii) Stati Uniti d'America, principalmente attraverso l'Office of Foreign Assets Control del Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti; (iv) Regno Unito e (v) giurisdizioni nazionali che disciplinano le presenti Condizioni di Assicurazione. Europ Assistance Italia S.p.A. non è tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa, né a liquidare sinistri, né a fornire prestazioni o servizi descritti nelle Condizioni di Assicurazione se questo la espone a qualsiasi sanzione, divieto o

restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito o di giurisdizioni nazionali applicabili che disciplinano le presenti Condizioni di Assicurazione. Questa clausola prevarrà su qualsiasi clausola contraria eventualmente contenuta in queste Condizioni di Assicurazione. Per ulteriori dettagli puoi di visitare:

https://www.europassistance.it/contenuti-utili/international-regulatory-information-links

La copertura assicurativa non è operante nei seguenti Paesi: Siria, Corea del Nord, Iran, Venezuela, Bielorussia, Russia, Birmania (Myanmar), Afghanistan e nelle seguenti Regioni: Crimea, Donetsk, Lugansk, Zaporizhzhia, Kherson.

Attenzione! Se sei una "United States Person" e sei a Cuba, per poter avere l'assistenza, Indennizzi/Risarcimenti previsti in Polizza devi dimostrare ad Europ Assistance Italia S.p.A. di essere a Cuba rispettando le leggi USA. Senza l'autorizzazione al tuo soggiorno a Cuba Europ Assistance Italia S.p.A. non può fornire l'assistenza e riconoscerti Indennizzi/Risarcimenti.

SEZIONE III - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E DI EUROP ASSISTANCE

CHE OBBLIGHI HAI E CHE OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 10. - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

A) GARANZIA INCENDIO

In caso di sinistro devi:

a) fare quanto ti è possibile per contenere o diminuire il danno; le relative spese sono a carico di Europ Assistance secondo le norme e nei limiti dell'art. 1914 del Codice Civile;

b) darne avviso scritto al Broker esclusivamente tramite mail all'indirizzo sinistrinursingup@gbsapri.it, entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

c) fornire al Broker, con le stesse modalità di cui alla precedente let. b), il certificato di residenza o dichiarazione sostitutiva da cui risulti come Dimora abituale il Fabbricato colpito da Sinistro ed ogni altra documentazione ritenuta caso per caso necessaria da Europ Assistance ai fini dell'apertura del Sinistro e della successiva gestione della pratica.

Se non rispetti gli obblighi relativi alla denuncia del sinistro, puoi perdere il diritto totale o parziale all'Indennizzo.

In questo caso si applica l'articolo 1915 del Codice Civile.

Devi inoltre:

d) in caso di ipotesi di reato, fare, nei cinque giorni successivi a quello della comunicazione a Europ Assistance, denuncia scritta all'Autorità Giudiziaria o di Polizia del luogo, precisando, in particolare, il momento dell'inizio del Sinistro, la causa presunta dello stesso e l'entità approssimativa del danno. Copia di tale dichiarazione deve essere trasmessa ad Europ Assistance;

e) conservare, sino ad avvenuta liquidazione del danno, le tracce ed i residui del Sinistro senza avere, per tale titolo, diritto ad indennità alcuna;

f) predisporre un elenco dettagliato dei danni subiti con riferimento alla qualità, quantità e valore delle cose distrutte, o danneggiate, nonché, a richiesta, uno stato particolareggiato delle altre cose esistenti al momento del Sinistro con l'indicazione del rispettivo valore, mettendo comunque a disposizione i tuoi registri, conti, fatture e qualsiasi documento che possa essere richiesto da Europ Assistance o dai Periti ai fini delle loro indagini e verifiche.

B) GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

In caso di sinistro, devi darne avviso scritto al Broker esclusivamente tramite mail all'indirizzo sinistrinursingup@gbsapri.it entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

Devono inoltre far seguito, nel più breve tempo possibile, le ulteriori indicazioni sulle modalità di accadimento del Sinistro di cui sei venuto a conoscenza, nonché i documenti e gli atti giudiziari relativi al Sinistro e successivamente a te pervenuti.

Devi altresì trasmettere copia di tutta la documentazione ritenuta caso per caso necessaria da Europ Assistance ai fini dell'apertura del Sinistro e della successiva gestione della pratica.

Se non rispetti gli obblighi relativi alla denuncia del sinistro, puoi perdere il diritto totale o parziale al Risarcimento. In questo caso si applica l'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 1915 Codice Civile italiano: l'articolo spiega cosa succede all'Assicurato se non denuncia il sinistro al suo assicuratore nei tempi in cui lo ha richiesto.

L'assicuratore è tenuto a indennizzare l'Assicurato di una somma pari al danno che l'Assicurato ha subito.

Se l'Assicurato si comporta volutamente in modo da causare o aggravare il danno, l'assicuratore può non pagarlo. Se l'Assicurato causa o aggrava involontariamente il danno, l'assicuratore può pagarlo di meno.

Art. 11. - CRITERI PER LA VALUTAZIONE E LIQUIDAZIONE DEL DANNO

A) GARANZIA INCENDIO

ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

Perdi il diritto all'Indennizzo se:

- esageri dolosamente l'ammontare del danno;
- dichiari distrutte o perse cose che in realtà non avevi quando è avvenuto il Sinistro;
- occulti, sottrai o manometti cose salvate;
- utilizzi mezzi o documenti falsi;
- alteri dolosamente le tracce, gli indizi materiali ed i residui del Sinistro o faciliti il progresso di questo.

PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato direttamente da te e da Europ Assistance. Se non vi accordate, potete nominare e pagare un perito ciascuno.

I due periti devono nominare un terzo perito se non sono d'accordo tra loro o anche prima se uno di loro lo chiede. Il terzo perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza. Le spese del terzo perito sono ripartite a metà tra te ed Europ Assistance.

Ciascun perito può farsi assistere e aiutare da altre persone. Queste persone possono intervenire nelle operazioni peritali, ma non hanno alcun voto deliberativo.

Se tu o Europ Assistance non nominate il vostro perito o se i periti non si accordano sulla nomina del terzo, queste nomine, anche su richiesta di uno solo di voi, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il Sinistro è avvenuto.

Hai comunque la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

MANDATO DEI PERITI

I Periti devono:

a. indagare su circostanze, natura, causa e modalità del Sinistro;
b. verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni che risultano dai documenti e riferire se al momento del Sinistro esistevano circostanze che avevano aggravato il rischio e non erano state comunicate, nonché verificare che tu abbia adempiuto agli obblighi in caso di Sinistro;
c. verificare l'esistenza, la qualità e la quantità delle cose assicurate, determinando il valore che le cose medesime avevano al momento del Sinistro secondo i criteri di valutazione previsti dall'Articolo "Valore delle cose assicurate e determinazione del danno";
d. procedere alla stima ed alla liquidazione del danno in conformità alle disposizioni contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale (con allegate le stime dettagliate) da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

I risultati delle valutazioni di cui ai punti c. e d. sono obbligatori sia per te che per Europ Assistance, salvo il caso di dolo, errore, violenza o violazione dei patti contrattuali impregiudicata in ogni caso la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria relativamente all'indennizzabilità dei danni.

La perizia collegiale è valida anche se un perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri periti nel verbale definitivo di perizia.

I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità.

VALORE DELLE COSE ASSICURATE E DETERMINAZIONE DEL DANNO

Premesso che la determinazione del danno viene eseguita separatamente per ogni ente assicurato, l'attribuzione del valore che le cose assicurate - illese, danneggiate, sottratte o distrutte - avevano al momento del sinistro è ottenuta secondo i criteri di seguito riportati.

1) Fabbricati - si stima il costo di ricostruzione a nuovo di tutto il Fabbricato assicurato, escludendo soltan-

to il valore dell'area, al netto di un deprezzamento stabilito in relazione al grado di vetustà, allo stato di conservazione, al modo di costruzione, all'ubicazione, alla destinazione, all'uso ed a ogni altra circostanza concomitante;

2) Contenuto - si stima il costo di rimpiazzo delle cose assicurate con altre nuove od equivalenti per rendimento economico, al netto di un deprezzamento stabilito in relazione al tipo, qualità, funzionalità, rendimento, stato di manutenzione ed ogni altra circostanza concomitante;

L'ammontare del danno si determina:

- per i Fabbricati - applicando il deprezzamento di cui al punto 1) alla spesa necessaria per costruire a nuovo le parti distrutte e per riparare quelle soltanto danneggiate e deducendo da tale risultato il valore dei residui;
- per il contenuto - applicando il deprezzamento di cui al punto 2) deducendo il valore delle cose non danneggiate;
- per le cose particolari - applicando il solo costo di riparazione o di ricostruzione, ridotto in relazione allo stato d'uso e utilizzabilità delle cose medesime, escluso qualsiasi riferimento a valore di affezione od artistico o scientifico.

Le spese di demolizione e di sgombero dei residui del sinistro non vengono considerate ai fini della valutazione del danno.

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Il Pagamento dell'indennizzo è eseguito da Europ Assistance, entro trenta giorni dalla data dell'atto di liquidazione amichevole o del verbale di perizia definitivo o di sentenza passata in giudicato, sempreché non sia stata fatta opposizione e si sia verificata la titolarità dell'interesse assicurato. Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del Sinistro, il pagamento sarà effettuato qualora dal procedimento stesso risulti che non ricorre alcuno dei casi previsti dall'art. "Esclusioni" della Garanzia.

CAMBIO DOMICILIO - TRASLOCO DEGLI ENTI ASSICURATI

Se trasferisci la tua Dimora abituale la Garanzia Incendio è operante durante il trasloco, sia per l'indirizzo vecchio che per quello nuovo da quando comunichi il cambio di indirizzo ad Europ Assistance e per i sette giorni successivi sempreché la nuova Dimora si trovi in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano. Trascorso tale periodo la Garanzia Incendio è valida solo per il nuovo indirizzo.

Ai fini dell'operatività della presente Garanzia devi inviare ad Europ Assistance comunicazione contenente il nuovo indirizzo con preavviso di almeno 15 giorni rispetto alla data del trasloco.

B) GARANZIA RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)

CAMBIO DOMICILIO

Se trasferisci la tua Dimora abituale la Garanzia R.C.T. è operante durante il trasloco, sia per l'indirizzo vecchio che per quello nuovo da quando comunichi il cambio di indirizzo ad Europ Assistance e per i sette giorni successivi sempreché la nuova Dimora si trovi in Italia, Repubblica di San Marino o Stato Città del Vaticano. Trascorso tale periodo la Garanzia Incendio è valida solo per il nuovo indirizzo.

Ai fini dell'operatività della presente Garanzia devi inviare ad Europ Assistance comunicazione contenente il nuovo indirizzo con preavviso di almeno 15 giorni rispetto alla data del trasloco.

OPERATIVITÀ DEI MASSIMALI - PLURALITÀ DI RICHIESTE DI RISARCIMENTO

L'assicurazione è prestata per anno assicurativo, fino a concorrenza del massimale indicato in polizza, anche nel caso di più sinistri, salvo il caso in cui sia previsto un diverso limite di indennizzo.

In caso di più richieste di risarcimento originate da un medesimo comportamento colposo, la data della prima richiesta è considerata come data di tutte le richieste, anche se presentate successivamente. A tal fine, più richieste di risarcimento originate da uno stesso comportamento colposo sono considerate unico sinistro.

GESTIONE DELLE VERTENZE E SPESE DI RESISTENZA

Europ Assistance assume fino a quando ne ha interesse la gestione delle vertenze a tuo nome, tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale. Europ Assistance designa, se necessario, legali o tecnici e si avvale di tutti i diritti o azioni che spettano a te. Devi collaborare per permettere la gestione di queste vertenze e devi comparire personalmente in giudizio ove la proce-

dura lo richieda. Europ Assistance ha diritto di rivalersi su di te del pregiudizio che le deriva se tu non osservi questi obblighi. Europ Assistance paga le spese per resistere all'azione promossa contro di te, fino ad un quarto del massimale stabilito in Garanzia per il danno cui si riferisce la domanda.

Se la somma dovuta al danneggiato supera questo massimale, le spese vengono ripartite fra te ed Europ Assistance in proporzione del rispettivo interesse.

Europ Assistance non riconosce le spese che sostieni per legali o tecnici che non sono designati da Europ Assistance stessa e non paga multe, ammende e spese di giustizia penale.

Per i sinistri verificatisi al di fuori della Repubblica Italiana, dello Stato della Città del Vaticano, e della Repubblica di San Marino, qualora la Società non intendesse avvalersi della facoltà di gestione dei sinistri medesimi, l'intervento della Società avrà luogo in Italia sotto forma di rimborso all'Assicurato, nella valuta legale ivi corrente, delle somme che egli fosse tenuto a corrispondere per danni provocati a terzi, purché l'ammontare ed il versamento degli indennizzi siano debitamente documentati e sia accertata la responsabilità dell'Assicurato secondo la legislazione del paese in cui è occorso il sinistro o in quello in cui si deve eseguire l'obbligazione.

PAGAMENTO DEL RISARCIMENTO

Europ Assistance, dopo aver ricevuto la documentazione necessaria, dopo aver verificato l'operatività della Garanzia e dopo aver fatto gli accertamenti del caso, stabilisce il Risarcimento che è dovuto e te lo comunica. Europ Assistance pagherà entro 20 giorni da questa comunicazione. La moneta con cui verranno corrisposti i risarcimenti è l'Euro.

I risarcimenti delle di spese sostenute in paesi che non fanno parte dell'Unione Europea o appartenenti all'Unione Europea e che non hanno l'Euro come moneta, saranno corrisposti da EA convertendo in Euro l'importo delle spese stesse. Europ Assistance calcola il risarcimento in base al valore dell'Euro in rapporto alla moneta del paese in cui sono state sostenute le spese nel giorno di emissione della fattura.

RECLAMI

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

Europ Assistance Italia S.p.A. - Ufficio Reclami
Piazza Trento, 8 - 20135 Milano

- fax: 02.58.47.71.28
- pec: reclami@pec.europassistance.it
- e-mail: ufficio.reclami@europassistance.it.

Se non sei soddisfatto dell'esito del reclamo o se non ricevi riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrai rivolgerti all'IVASS (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni) - Servizio Tutela del Consumatore - via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax: 06.42.13.32.06, pec: ivass@pec.ivass.it, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato da Europ Assistance. In questi casi e per i reclami che riguardano l'osservanza della normativa di settore da presentarsi direttamente all'IVASS, nel reclamo devi indicare:

- nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato ad Europ Assistance Italia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Il modulo per la presentazione del reclamo ad IVASS può essere scaricato dal sito www.ivass.it.

Prima di interessare l'Autorità giudiziaria, puoi rivolgerti a sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale.

- Mediazione: interpellando 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);
- Negoziazione assistita: tramite richiesta del proprio avvocato ad Europ Assistance Italia S.p.A.

ALLEGATO A - GLOSSARIO

ABITAZIONE

Fabbricato, o porzione di Fabbricato, luogo di domicilio/residenza dell'Assicurato adibito ad uso abitativo, che deve essere situato in Italia, Repubblica di San Marino, Stato Città del Vaticano. È ammessa la presenza di studio professionale o ufficio privato annesso.

Animali domestici, da cortile e da sella

Esseri viventi che in natura non vivono allo stato libero ma dipendono dall'uomo per l'alimentazione o il ricovero e non sono utilizzati da quest'ultimo per lavoro o alimentazione.

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione. E' considerato tale,l'iscritto al sindacato Nursing Up che possiede congiuntamente i seguenti due requisiti:

- essere in regola con il pagamento della quota associativa
- aver completato correttamente, anno per anno, la procedura on line di attivazione dei servizi gratuiti che Nursing Up mette a disposizione dei propri associati, annualmente, sul sito www.nursingup.it ed aver ricevuto la mail di conferma di avvenuta corretta attivazione dei servizi gratuiti alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di adesione agli stessi. L'iscritto che non completa correttamente la procedura annuale di attivazione dei servizi gratuiti e/o che non riceve la mail sopraindicata non è considerato assicurato per quell'anno specifico e questo a prescindere che lo stesso fosse o meno in regola con la quota associativa.

La procedura di attivazione dei servizi gratuiti sopraindicata va ripetuta ogni anno.

Sono altresì assicurati gli iscritti Nursing Up che ricoprano la qualifica di dirigente in distacco od in aspettativa che, per espressa previsione statutaria, sono esentati dal versamento della quota associativa

Fermo quanto sopra, in ogni caso, le garanzie di polizza previste annualmente per il singolo assicurato decorrono in base a quanto previsto dall'articolo 7 del presente contratto.

ASSICURAZIONE A "PRIMO RISCHIO ASSOLUTO"

L'assicurazione per la quale, in caso di sinistro, l'Assicurato ha diritto di essere indennizzato alle condizioni di polizza fino a concorrenza della somma assicurata, senza applicazione della regola proporzionale di cui all'Art. 5.9 "Assicurazione parziale".

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Clausole della Polizza che contengono: le Condizioni Generali di Assicurazione per l'Assicurato, la descrizione delle Garanzie, le esclusioni e le limitazioni delle Garanzie e gli obblighi dell'Assicurato e di Europ Assistance.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE PER LA CONTRAENTE

Clausole della Polizza che disciplinano, tra l'altro, il pagamento del premio, la durata della polizza e gli obblighi a carico della Contraente e di Europ Assistance.

CONTENUTO

Contenuto dell'abitazione, dello studio professionale o ufficio privato annesso, nulla escluso o eccettuato, quali Mobilio e arredamento, Effetti personali, Gioielli e preziosi, Oggetti pregiati, Valori, compreso quanto riposto nelle dipendenze, anche se non comunicanti con i locali dell'abitazione. Sono esclusi i veicoli a motore in genere e parte degli stessi, fatta eccezione per: biciclette e ciclomotori, natanti e relativi motori fuoribordo fino a 40 cavalli, attrezzature per hobby o giardinaggio, giochi per bambini. Se non è assicurato il fabbricato sono compresi gli impianti di prevenzione, di allarme e di segnalazione che sono considerati immobili per natura o destinazione. Se l'Assicurato è locatario, sono comprese le migliorie dallo stesso apportate ai locali tenuti in locazione.

CONTRAENTE

Nursing Up - Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica con sede in Roma, Via Carlo Conti Rossini n. 26 - C.F. 96340350584, che ha sottoscritto con Europ Assistance la Polizza a favore dei propri iscritti.

COPERTURA

Il complesso degli elementi del tetto del fabbricato esclusi: strutture portanti, coibentazioni, soffittature e rivestimenti.

COSE

Agli effetti delle garanzie:

- Incendio: gli oggetti materiali;
- Responsabilità Civile: gli oggetti materiali e gli animali.

COSTO DI RICOSTRUZIONE

La spesa necessaria, considerata al momento del sinistro,

per la riparazione o l'integrale ricostruzione del fabbricato e delle dipendenze distrutte e/o danneggiate, con analoghe caratteristiche costruttive, escluso il solo valore dell'area.

COSTO DI RIMPIAZZO

La spesa necessaria, considerata al momento del sinistro, per rimpiazzare le cose distrutte e/o danneggiate con altrettante cose, uguali o equivalenti per rendimento economico.

DIMORA ABITUALE

L'abitazione dove l'Assicurato ed i componenti il suo nucleo familiare dimorano abitualmente e risultante da Certificato di Residenza.

DOCUMENTI PERSONALI

Patenti di guida, carte di identità, passaporti, porto d'armi, tessere personali per abbonamenti tranviari e/o ferroviari e/o simili, tesserini di codice fiscale, carte di credito, carte nominative di erogazione di servizi.

EFFETTI PERSONALI

Vestiario, articoli per igiene personale, biancheria, attrezzi sportivi, apparecchi audiovisivi, telefoni, personal computers e videogiochi ed in genere tutti gli oggetti che per le loro piccole dimensioni e in relazione alle specifiche circostanze di tempo e di luogo siano normalmente portati sulla persona dall'Assicurato, quali, ad esempio, occhiali, penne, portafogli.

ESPLOSIONE

Lo sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione, dovuto a reazione chimica che si autopropaga con elevata velocità.

EUROP ASSISTANCE

La Compagnia di Assicurazione con Sede sociale, Direzione e Uffici in Piazza Trento, 8 - 20135 Milano - Indirizzo posta elettronica certificata (PEC): EuropAssistanceItaliaSpA@pec.europassistance.it - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni, con decreto del Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato N. 19569 del 2 giugno 1993 (Gazzetta Ufficiale del 1° luglio 1993 N. 152) - Iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00108 - Società appartenente al Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei Gruppi assicurativi - Società soggetta alla direzione e al coordinamento di Assicurazioni Generali S.p.A.

FABBRICATO

La Dimora abituale dell'Assicurato, occupante un intero immobile o parte di esso, ivi compresa, in quest'ultimo caso, la parte relativa alla quota millesimale di proprietà comune. Sono comprese tutte le opere di fondazione o interrate, tutte le cose fisse e gli infissi, gli impianti idrici, igienici ed elettrici fissi, gli impianti di riscaldamento e di condizionamento dell'aria comprese le caldaie autonome di riscaldamento e/o di produzione di acqua calda e gli impianti autonomi di condizionamento, gli ascensori, i montacarichi e le scale mobili, gli impianti di allarme e prevenzione, i pannelli solari, gli impianti citofonici e videocitofonici, come pure tutti gli altri impianti od installazioni considerati immobili per natura o destinazione. Sono comprese le tinteggiature, la tappezzeria, i parquets, le moquettes, le controsoffittature, le tende frangisole esterne purché installate su strutture fisse; le antenne televisive, anche paraboliche, gli affreschi e decorazioni e le statue non aventi valore artistico. Sono inoltre comprese le dipendenze e/o pertinenze anche se non comunicanti con i locali dell'abitazione, le recinzioni, i cancelli anche elettrici, le cisterne/serbatoi per stoccaggio combustibili al servizio dell'abitazione, i muri di cinta, le piscine, i campi e le attrezzature sportive e da gioco, le strade private, i cortili.

FISSI ED INFISSI

I manufatti per la chiusura dei vani di transito, per illuminazione e aerazione delle costruzioni, nonché quanto è stabilmente ancorato alle strutture murarie, rispetto alle quali ha funzione secondaria di finimento o protezione.

FRANCHIGIA AGGREGATA ANNUA

La parte dei danni che rimangono a carico del Contraente

GARANZIA

La copertura assicurativa descritta nelle Condizioni di Assicurazione.

IMPLOSIONE

Il cedimento violento delle pareti di un corpo cavo sotto l'azione di una pressione esterna superiore a quella interna.

INCENDIO

La combustione con fiamma di cose materiali al di fuori di appropriato focolare, che può autoestendersi e propagarsi.

INCOMBUSTIBILI

Le sostanze e i prodotti che alla temperatura di 750°C non danno luogo a manifestazioni di fiamma né a reazione esotermica, secondo il metodo di prova adottato dal Centro Studi Esperienze del Ministero dell'Interno.

INDENNIZZO
Somma di denaro dovuta da Europ Assistance all'Assicurato in caso di sinistro.

LIQUIDAZIONE DEL DANNO
Conclusione delle operazioni di stima e conteggio della somma dovuta a titolo di indennizzo o risarcimento, che diviene in tal modo esigibile dall'avente diritto.

MASSIMALE
La somma fino al cui limite la Società risponde in base all'assicurazione.

MOBILIO E ARREDAMENTO
Il complesso mobiliare per l'arredamento dei locali di abitazione ed eventuale ufficio o studio professionale, se comunicanti con l'abitazione stessa, mobili di antiquariato, impianti di prevenzione e di allarme, armadi di sicurezza, o corazzati, casseforti, attrezzature e scorte domestiche, elettrodomestici, apparecchi audio - fono - visivi in genere ad uso domestico quali: radio, televisori, complessi stereofonici, lettori dvd e cd, ecc.

OCCLUSIONI
La chiusura o la riduzione del volume interno della conduttura determinate da corpi estranei, escluse le incrostazioni o le sedimentazioni.

ONDA SONICA
L'onda acustica provocata da un aeromobile nel passaggio a velocità supersonica e nel rientro a velocità subsonica.

PARTI
Il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

POLIZZA
Il documento che prova l'assicurazione.

PREMIO
La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

PRIMO RISCHIO ASSOLUTO
Vedi "Assicurazione a primo rischio assoluto".

RAZZE CANINE PERICOLOSE
Cani appartenenti alle razze previste dall'Ordinanza 17/11/2003 del Ministero della Salute, pubblicata sulla G.U. n° 213 del 10/9/04 e successive modifiche e integrazioni.

RECESSO
Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RISCHIO
La possibilità del verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

ROTTURA DI IMPIANTO
Il danneggiamento della funzionalità di un impianto dovuto ad una menomazione dell'integrità dello stesso.

SCHEDA DI POLIZZA
Il documento, sottoscritto dal Contraente, che riporta tutti gli estremi dell'assicurazione.

SCOPPIO
Il repentino dirompersi di contenitori e tubazioni per eccesso di pressione interna di fluidi non dovuto ad esplosione. Gli effetti del gelo e del "colpo d'ariete" non sono da considerarsi scoppio.

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

SOMMA ASSICURATA
Valore in base al quale è stipulata l'assicurazione.

SOLAIO
Il complesso degli elementi che costituiscono la struttura portante della separazione orizzontale tra due piani del fabbricato, escluse le pavimentazioni e le soffittature.

TETTO
L'insieme delle strutture, portanti e non portanti, comprese orditure, tiranti, catene, destinate a coprire ed a proteggere il fabbricato dagli agenti atmosferici.

Tipologia di abitazione assicurata

A - Appartamento in condominio

Abitazione facente parte di un fabbricato costituito da più appartamenti tra loro contigui, sovrastanti o sottostanti, ma non comunicanti, ciascuno con proprio accesso all'interno del fabbricato, ma con accesso comune dall'esterno del fabbricato stesso.

B - Casa a schiera - Casa unifamiliare/ Appartamento con proprio accesso dall'esterno

Abitazione, dotata di una o più porte individuali di acces-

so dall'esterno, unita o aderente ad altri fabbricati; oppure, abitazione, facente parte di un fabbricato costituito da più appartamenti, dotata di una o più porte individuali di accesso dall'esterno.

C- Villa

Abitazione, dotata di una o più porte individuali di accesso dall'esterno, isolata da altri fabbricati.

USO ABITATIVO

Fabbricato destinato, per almeno metà della superficie complessiva dei piani (compresi i locali interrati ed escluso il sottotetto vuoto ed inoccupato), ad abitazioni.

Nella rimanente metà non vi è presenza delle seguenti attività aggravanti: teatri, industrie, depositi di infiammabili, grandi empori, supermercati, discoteche, night o attività simili.

LIMITI DI INDENNIZZO

Relativamente alle garanzie specificate nella tabella, si conviene che in caso di sinistro, saranno applicati, per ciascun assicurato, i seguenti limiti di risarcimento:

Partite o garanzie	Limiti di indennizzo
Danni da incendio Fabbricato - Art. 2.1 - 2.13	€ 15.000,00 sinistro/anno
Danni da incendio Contenuto	€ 5.000,00 sinistro/anno
Spargimento acqua - Art. 2.11.2	€ 1.000,00 sinistro/anno
Ricerca e riparazione guasto	20% massimale assicurato
Interruzione attività - Art. 4.4.13	10% massimale assicurato
Uso veicoli da minori - Art. 4.4.29 / 4.4.30	Massimo € 15.000,00 sinistro/ anno assicurati-vo
Inquinamento accidentale - Art. 4.4.24	€ 5.000,00 sinistro/ anno, limite di € 500,00 spese bonifica
RCT/O Massimale	€ 30.000,00 per sinistro, € 150.000,00 per anno

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

POLIZZA SANITARIA ODONTOIATRICA

ESTRATTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

- **Grassetto**: parole e concetti di particolare rilievo;
- Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del contraente o dell'assicurato;
- Fondo blu: esempi

SEZIONE I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, gli iscritti di NURSING UP - Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica, in possesso dei seguenti requisiti:

- regolarità del pagamento della quota associativa;
- avvenuto completamento della procedura on line di attivazione annuale dei servizi gratuiti messi a disposizione da NURSING UP, a favore dei propri associati, sul sito www.nursingup.it e successiva ricezione della mail di conferma di avvenuta attivazione dei servizi, alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di attivazione.

Sono altresì assicurati gli iscritti Nursing Up che ricoprano la qualifica di dirigente in distacco od in aspettativa che, per espressa previsione statutaria, sono esentati dal versamento della quota associativa. In caso di errato completamento della procedura per l'attivazione annuale dei servizi gratuiti e/o mancata ricezione della mail di conferma, l'iscritto non può essere assicurato per il relativo anno, a prescindere dal regolare pagamento della quota associativa.

Assicurazione: contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Broker: intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. B del Registro Unico Intermediari (RUI).

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture. CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi);
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di assicurazione: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati dell'Associato, soggetti assicurati, ecc).

Compagnia: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Contraente: NURSING UP - Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica, via Carlo Conti Rossini n. 26, 00147 - Roma, C.F. 96340350584, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni odontoiatriche**: ogni singola prestazione odontoiatrica.
- **Data evento**: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, coperto dalle presenti CDA.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di

medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro;
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero;
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali;
- le case di convalescenza e di soggiorno;
- colonie;
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA);
- istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.

Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: 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, osteopatia, chiropratica.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com o nell'App mobile.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Polizza: contratto di assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve a Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce;
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 - INFORMAZIONI GENERALI

ART. 1. INFORMAZIONI SU INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007[1].

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

ART. 2. SITUAZIONE PATRIMONIALE AL 31 DICEMBRE 2019[2]

Patrimonio netto:	€ 306.026.694,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 160.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 100.873.413,00
Indice di solvibilità[3]:	175% (185% al netto dell'add on di capitale)

ART. 3. CARENZA CONTRATTUALE

Non prevista.

ART. 4. INDICIZZAZIONE DEI PREMI E DELLE SOMME ASSICURATE

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

ART. 5. DIRITTO DI RECESSO

Non previsto.

ART. 6. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze[4].

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2025, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2026.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

ART. 7. RECLAMI

7.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute a scelta:

- compilando il form on line (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html);
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. - Ufficio Reclami - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia - Mestre (VE);
- per fax: 0110932609;
- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com;
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com.

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato;
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità;
- numero di pratica;
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità:

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria;
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

7.2 Risposte al reclamo

Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

1 G.U. 255 del 2 novembre 2007.
2 I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).
3 L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.
4 Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma fax: 06.42133206 pec: ivass@pec.ivass.it informazioni su www.ivass.it;
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria[5] per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia;
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

ART. 8. COSA SI ASSICURA

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o di infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

ART. 9. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - QUESTIONARIO SANITARIO

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione [6].

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

ART. 10. ALTRE ASSICURAZIONI/COPERTURE

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dal comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri [7]. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento [8].

ART. 11. DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE - PAGAMENTO DEL PREMIO - ANAGRAFICA

11.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 1 anno e ha effetto:

- dalle ore 24:00 del giorno 31/12/2023 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 30 giorni dalla decorrenza di polizza;
- altrimenti dalle ore 24:00 del giorno dopo il pagamento.

In mancanza di disdetta a mezzo lettera raccomandata A/R (o mezzi legalmente equivalenti quali PEC o Raccomandata a mano), l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno 90 giorni prima della scadenza del contratto.

Fermo quanto sopra indicato, per ogni iscritto assicurabile, le Parti concordano che la garanzia per il singolo assicurato decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra le due date che seguono:

- Il primo giorno del mese successivo a quello:
  - in cui l'ente di appartenenza dell'iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up, per coloro che lavorano in qualità di dipendenti;
  - in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per liberi professionisti, pensionati, non dipendenti o dipendenti

5 D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.
6 Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.
7 Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.
8 Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

impossibilitati ad ottenere l'addebito del contributo sindacale (contributo associativo) dello stipendio.

- la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali.

11.2. Premio

...OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)...

11.3 Anagrafica

...OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)...

ART. 12. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE - REGOLAZIONE DEL PREMIO

12.1 Nuove iscrizioni

Per i singoli Assicurati, così come definiti alla relativa voce del Glossario, la copertura assicurativa scade in ogni caso alle ore 24 del 31/12 di ogni anno di competenza e decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra le due date che seguono:

1. Il primo giorno del mese successivo a quello:
   - in cui l'ente di appartenenza del lavoratore dipendente iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up;
   - in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per gli iscritti liberi professionisti, i pensionati, i non dipendenti o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito sullo stipendio del contributo sindacale (contributo associativo);
2. la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali, ricevuta la mail di conferma.

A prescindere dal momento di inclusione in copertura, il premio è dovuto sempre al 100%, per l'intero periodo di copertura.

12.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza annua utile.

In caso di cessazione o perdita dei requisiti di assicurabilità dell'iscritto, egli è mantenuto in copertura fino alla prima scadenza annuale successiva, senza restituzione del premio non goduto, salvo comunicazione formale da parte del Contraente al Broker con indicazione del nominativo dell'Assicurato che ha revocato l'iscrizione al sindacato e la relativa data.

12.3 Regolazione premio

...OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)...

12.4 Categorie assicurate

- Iscritti di NURSING UP - Associazione Nazionale Sindacato Professionisti Sanitari della Funzione Infermieristica, non rientranti tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili", in regola con il pagamento della quota associativa e che abbiano completato correttamente ed annualmente l'adesione on line ai servizi gratuiti forniti dal Nursing Up.

ART. 13. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto mondo.

ART. 14. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

ART. 15. OBBLIGHI DI CONSEGNA DEI DOCUMENTI DA PARTE DEL CONTRAENTE

...OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)...

ART. 16. TRASFERIMENTO DI AGENZIA E OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

...OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)...

ART. 17. ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato [9].

ART. 18. REGIME FISCALE

...OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)...

ART. 19. FORO COMPETENTE

Per le controversie

...OMISSIS (di esclusiva competenza del Contraente)...

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

9 Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

ART. 20. CONTROVERSIE: MEDIAZIONE

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente [10].

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

ART. 21. LEGGE APPLICABILE AL CONTRATTO - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

SEZIONE II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

ART. 22. DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o di infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Prestazioni odontoiatriche particolari

Sono pagate le spese per una seduta di ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo mediante utilizzo di ultrasuoni o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Nel caso in cui, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nello stesso anno assicurativo, la Compagnia, previa comunicazione da parte della struttura sanitaria convenzionata, liquida anche questa ulteriore prestazione, con le stesse modalità utilizzate per la prima prestazione.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi.

La prestazione, fruibile una volta l'anno, presso strutture sanitarie convenzionate del Network, indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione, può essere eseguita per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici in soggetti che hanno familiarità con gli stati patologici.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali: Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato.

Regimi di erogazione: Assistenza diretta.

Franchigie e scoperti: Assistenza diretta: franchigie e scoperti non previsti.

2. Cure odontoiatriche

Sono pagate le spese per una prestazione eseguibile, una volta all'anno da ogni Assicurato, presso strutture sanitarie convenzionate del Network, a scelta tra:

- otturazione;
- avulsione.

È inclusa anche una visita odontoiatrica specialistica preventiva.

3. Cure odontoiatriche e prestazioni di ortodonzia

Sono pagate le spese per le seguenti prestazioni eseguibili, una volta all'anno da ogni Assicurato, presso strutture sanitarie convenzionate del Network:

- cura canalare;

- prestazioni di ortodonzia per patologia.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali: Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate:

- otturazione	illimitato
- avulsione	illimitato
- cura canalare	€ 150,00
- prestazione di ortodonzia per patologia	€ 400,00

10 D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

Regimi di erogazione: Assistenza diretta.

Franchigie e scoperti: Assistenza diretta: franchigie e scoperti non previsti.

ART. 23. ESTENSIONI DI GARANZIA

Sono inclusi: malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della polizza.

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

ART. 24. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) infortuni sofferti in consequenza di proprie azioni delittuose commesse con dolo o colpa grave, conseguenze di tentato suicidio ed atti autolesivi;
2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad abuso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, 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, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
4) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti;
5) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
6) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti, guerre e insurrezioni;
7) protesi dentarie, cura delle parodontopatie, cure dentarie e accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto in polizza;
8) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze;
9) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
10) prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, cure a carattere sperimentale e medicinali biologici;
11) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
12) conseguenze dirette o indirette di pandemie;
13) tutto quanto non espressamente previsto dal presente contratto.

Per le prestazioni previste al punto "Cure odontoiatriche" l'assicurazione non opera per:

- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

ART. 25. PERSONE NON ASSICURABILI

Le persone che alla decorrenza dell'assicurazione abbiano già compiuto 80 anni. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

ART. 26. ONERI IN CASO DI SINISTRO E PROCEDURA DI ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

26.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono richiedere la preventiva autorizzazione di Intesa Sanpaolo RBM Salute all'esecuzione delle prestazioni incluse in garanzia.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo[11].

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista;
- patologia mancante o incongruente con la prestazione;
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile;
- copertura assente;
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati;

11 Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati;
- prescrizione medica scaduta;
- mancata indicazione della prestazione da effettuare;
- massimale esaurito;
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione;
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato.

Data del Sinistro

- cure odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro;
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli;
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

26.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

A) PRIMA DELLA PRESTAZIONE

Sono previste 2 fasi:

1) richiesta del voucher;
2) rilascio del voucher.

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa (attiva 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione che si rendesse eventualmente necessaria per la valutazione della prestazione richiesta**.

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica**.

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute ® per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Come chiedere il voucher:

- con l'app mobile;
- da portale web per telefono:
  - 800.99.17.59 da telefono fisso o da cellulare (numero verde dedicato agli iscritti Nursing Up);
  - + 39 0422.17.44.479 per chiamate dall'estero.

Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite da Intesa Sanpaolo RBM Salute;
- prestazione da effettuare;
- diagnosi o quesito diagnostico, se necessario ai fini della prestazione richiesta.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- prestazioni odontoiatriche: per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
  - **scheda anamnestica** relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

  Il dentista effettuerà la prima visita ed invierà ad Intesa Sanpaolo RBM Salute:
  - la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
  - l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato;
  - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan e/o Teleradiografie;**
  - **certificati di laboratorio.**

  come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/ evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5ª classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotesico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista.
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

- eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.

Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile;
- per mail: assistenza.intesasanpaolorbmsalute@previmedical.it.

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa.
- Se disponibili nel territorio, **l'Assicurato può individuare fino a 3 strutture convenzionate alternative** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher**
- L'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso la Centrale operativa non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute ®.

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

Esempio: se le prestazioni post ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute ® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti);

- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa;**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

Se è scaduto da massimo 7 giorni: l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

Se è scaduto da più di 7 giorni: l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute ® è emesso il 01/03/2026; a partire dal 20/03/2026 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute ® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute ®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute ® è stato emesso il 01/03/2026 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2026, per un totale 90 giorni dal 01/03/2026).

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato. Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute ®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalarla, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.

È sufficiente proporre la candidatura a:
ufficio.convenzioni@previmedical.it.

B) LA PRENOTAZIONE

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata;
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento;
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute ®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute ® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

C) CENTRALE OPERATIVA NON ATTIVATA

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Rimborso.

D) DOPO LA PRESTAZIONE

- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza;
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione.

- Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato;
- l'Assicurato deve:
  - restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici;
  - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

CAPITOLO 4 - DISPOSIZIONI VARIE

ART. 27 CLAUSOLA BROKER

La gestione di questa polizza è affidata a GBSAPRI S.p.A. quale broker di assicurazione. Il Contraente, gli Assicurati, gli Associati/Aziende Associate e Intesa Sanpaolo RBM Salute danno atto che tutti i rapporti inerenti all'esecuzione del contratto avvengono tramite il broker.

SEZIONE III

Capitolo 1 - ComfortSalute®

1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per malattia o l'infortunio, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica**.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) CARD ELETTRONICA (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE - PREVIMEDICAL)

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.

L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito www.previmedical.it o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa.

La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.

3) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

4) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet

- **Area riservata - CDA**. Visualizzare le CDA (Area riservata - Condizioni di assicurazione, sezione "Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi", inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).
- **Area riservata - Sinistri**. Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:
  - Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso ("Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi")
  - visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
  - ricercare le strutture convenzionate con il Network
  - consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

App mobile "Citrus"

Con l'app mobile "Citrus®", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

ASSISTENZA PERSONA ED ABITAZIONE

ESTRATTO CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE ASSISTENZA

GLOSSARIO

ABITAZIONE

Il domicilio abituale dell'Assicurato così come inserito in fase di attivazione dei servizi gratuiti annuali o come successivamente indicato in caso di modifica del domicilio.

ASSICURATO

L'iscritto al sindacato Nursing Up che possiede congiuntamente i seguenti due requisiti:

- essere in regola con il pagamento della quota associativa
- aver completato correttamente, anno per anno, la procedura on line di attivazione dei servizi gratuiti che Nursing Up mette a disposizione dei propri associati, annualmente, sul sito www.nursingup.it ed aver ricevuto la mail di conferma di avvenuta corretta attivazione dei servizi gratuiti alla propria casella di posta elettronica indicata nel form di adesione agli stessi.

L'iscritto che non completa correttamente la procedura annuale di attivazione dei servizi gratuiti e-o che non riceve la mail sopraindicata non è considerato assicurato per quell'anno specifico e questo a prescindere che lo stesso fosse o meno in regola con la quota associativa. La procedura di attivazione dei servizi gratuiti sopraindicata va ripetuta ogni anno.

Sono altresì assicurati gli iscritti Nursing Up che ricoprano la qualifica di dirigente in distacco od in aspettativa che, per espressa previsione statutaria, sono esentati dal versamento della quota associativa.

Fermo quanto sopra, in ogni caso, le garanzie di polizza previste annualmente per il singolo assicurato decorrono in base a quanto previsto dall'articolo 9 - DECORRENZA DELLA COPERTURA PER IL SINGOLO ASSICURATO, del presente contratto.

ASSISTENZA

L'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la **Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia**.

CENTRALE OPERATIVA

La struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 - Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DECADENZA DELL'ASSICURAZIONE

Qualora nel corso dell'assicurazione, in seguito alla comunicazione del Contraente, sulla perdita della qualifica di Assicurato, il soggetto interessato perde il diritto all'Assicurazione con decorrenza dalla data di comunicazione.

ESTERO

Tutti i Paesi del Mondo esclusa l'Italia.

INABILITÀ TEMPORANEA (IT)

La temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

INFORTUNIO

Il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalidità permanente o un'inabilità temporanea.

ISTITUTO DI CURA

L'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure.

Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

ITALIA

Il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

MALATTIA

Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio:

- **improvvisa**: la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato;
- **preesistente**: la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.

MASSIMALE

La somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.

NUCLEO FAMILIARE

Il coniuge o il convivente more uxorio e i figli minorenni dell'assicurato.

POLIZZA

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

PREMIO

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

RESIDENZA

Il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

RICOVERO/DEGENZA

La permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.

SINISTRO

Il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione

SOCIETÀ

INTER PARTNER ASSISTENZA S.A. Rappresentanza generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma.

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e 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 e 1898 C.C..

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art.1910 C.C. è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 C.C..

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

ART. 3. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE - FORMA DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

ART. 4. LIMITI DI ESPOSIZIONE E LORO SUPERAMENTO

I massimali previsti per le prestazioni assicurative qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'Assicurato, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall'Assicurato.

ART. 5. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi,

la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad una sua mancata o ritardata prestazione a causa dell'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'assistenza, di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile. La Società non si assume, altresì, alcuna responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dal fornitore o per i danni da questo provocati.

ART. 6. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

ART. 7. FORO COMPETENTE

Il foro competente per le controversie con gli Assicurati è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

ART. 8. ASSICURATI

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto.

ART. 9. DECORRENZA DELLA COPERTURA PER IL SINGOLO ASSICURATO

Fermo quanto previsto all'articolo 5 che precede e premesso che, ai fini dell'efficacia della garanzia, ogni iscritto deve sia essere in regola con il pagamento della quota associativa e sia deve aver completato correttamente ed annualmente l'attivazione on line dei servizi gratuiti forniti dal Nursing up (nel rispetto di quanto previsto nella definizione di assicuratole) le parti concordano che la garanzia per il singolo assicurato decorre annualmente, dalla data cronologicamente più recente tra le due date che seguono:

1. Il primo giorno del mese successivo a quello
   - in cui l'ente di appartenenza dell'iscritto al Nursing Up opera il prelievo del contributo sindacale (contributo associativo) in favore di Nursing Up, per coloro che lavorano in qualità di dipendenti
   - in cui viene accreditato il bonifico della quota associativa a favore del Nursing Up per i liberi professionisti, i pensionati i non dipendenti, o i dipendenti impossibilitati ad ottenere l'addebito del contributo sindacale (contributo associativo) dello stipendio.
2. la data di attivazione dei servizi gratuiti annuali e scade alle ore 24.00 del 31 dicembre di ciascun anno.

ART. 10. ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

ART. 11. OPERATIVITÀ DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore al giorno, 365 giorni l'anno;
- entro il limite del massimale previsto per ciascun tipo di prestazione di assistenza;
- i massimali si intendono IVA inclusa;
- limitatamente alle prestazioni incluse nella sezione "ASSISTENZA ALLA PERSONA" le garanzie operano in favore dell'Assicurato e del suo Nucleo Familiare.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l'Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

ART. 12. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce le garanzie specificate nelle seguenti sezioni:

PRESTAZIONI GARANTITE

ASSISTENZA ALL'ABITAZIONE

01 - INVIO DI UN FABBRO/FALEGNAME

Qualora l'Assicurato necessiti di un fabbro/falegname in caso di:

- furto, smarrimento, rottura delle chiavi o guasto della serratura, purché non elettronica;
- furto tentato o consumato, incendio, esplosione o scoppio che comprometta in modo grave la funzionalità della porta di accesso e pregiudichi la sicurezza dell'abitazione; la Centrale Operativa invierà un fabbro/falegname convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo di uscita, dei pezzi di ricambio e della manodopera fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro e per un massimo di 2 volte per Anno Assicurativo.

In caso di furto, tentato furto o smarrimento chiavi, l'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

02 - INVIO DI UN VETRAIO IN CASO DI URGENZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un vetraio in caso di rottura di un vetro della porta d'ingresso o delle finestre dell'abitazione a seguito di furto o tentato furto, la Centrale Operativa invierà un vetraio convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo di uscita, il costo del vetro e della manodopera fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro e per un massimo di 2 volte per Anno Assicurativo.

L'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

03 - INVIO DI UN IDRAULICO IN CASO DI URGENZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un idraulico in caso di:

- allagamento o infiltrazione nell'abitazione a seguito di rottura, otturazione o guasto delle tubature fisse dell'impianto idraulico ad essa pertinente;
- mancanza totale di acqua non dovuta a temporanea sospensione della distribuzione;
- mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico-sanitari a causa dell'otturazione delle tubature fisse di scarico dell'impianto idraulico; la Centrale Operativa invierà un idraulico convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo di uscita, pezzi di ricambio e manodopera fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro e per un massimo di 2 volte per Anno. Da tale prestazione sono esclusi:

- gli interventi su apparecchi mobili (lavatrici, lavastoviglie, etc.), su guasti provocati dal loro utilizzo, su tubature o rubinetterie a loro collegate;
- gli interventi sull'impianto idraulico generale dell'edificio in cui è situata l'abitazione dell'Assicurato;
- gli interventi richiesti a seguito di infiltrazioni, rigurgiti, straripamenti, causati da incuria o da lavori ai pozzi neri.

04 - INVIO DI UN ELETTRICISTA IN CASO DI URGENZA

Qualora l'Assicurato necessiti di un elettricista in caso di mancanza della corrente elettrica in tutti i locali dell'abitazione a causa di guasti agli interruttori di accensione, impianti di distribuzione interna o prese di corrente non causati da sua imperizia o negligenza, la Centrale Operativa invierà un elettricista convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo di uscita, pezzi di ricambio e manodopera fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro e per un massimo d 2 volte per Anno. Da tale prestazione sono esclusi:

- gli interventi sul cavo di alimentazione generale dell'edificio in cui è situata l'abitazione dell'Assicurato;
- gli interventi richiesti a seguito di interruzione della fornitura di energia elettrica da parte dell'Ente erogatore;
- gli interventi a timer, impianti di allarme o apparecchiature similari;
- gli interventi per corto circuito provocato da falsi contatti causati dall'Assicurato.

05 - INVIO DI UN TERMOIDRAULICO

Qualora l'Assicurato necessiti di un termoidraulico, in caso di mancato funzionamento di apparecchiature a gas per il riscaldamento (< 35 kw) o piano cottura, la Centrale Operativa invierà un termoidraulico o un tecnico gas convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo di uscita e manodopera fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro e per un massimo di 2 volte per Anno Assicurativo.

Da tale prestazione sono esclusi tutti gli interventi richiesti a fronte di:

- interruzione della fornitura gas da parte dell'ente erogatore;
- guasti delle tubature a monte del contatore.

06 - INVIO DI UN TECNICO DEL GAS IN CASO DI URGENZA

In caso di dispersione di gas relativa ad un guasto accidentale delle condutture facenti parte degli impianti di distribuzione di competenza dell'Assicurato, posti al servizio e comportante da parte dello stesso il blocco dell'erogazione, la Centrale Operativa, accertato lo stato di necessità dell'Assicurato, provvederà ad inviare un tecnico che consenta di ripristinare la somministrazione del gas e farne cessare la dispersione.

La Società terrà a proprio carico il costo di uscita e manodopera fino ad un massimo di € 250,00 per Sinistro e per un massimo di 2 volte per Anno Assicurativo. Dalla presente prestazione sono esclusi gli interventi:

- per manutenzioni ordinarie all'impianto;
- su parti di impianto di pertinenza del Distributore;
- dovuti alla mancata erogazione del gas da parte del Distributore;
- su impianti non conformi a quanto stabilito dalle leggi, regolamenti e ogni altra norma giuridica applicabile e vigente;
- per adattare gli impianti agli obblighi di leggi, regolamenti e ogni altra norma giuridica applicabile e vigente;
- dovuti a fuoriuscita di gas causati da usura di tubature mobili soggette a deterioramento e sostituzione periodica da parte del conduttore;
- su parti di impianto di pertinenza condominiale e/o comuni;
- su caldaie, boiler e/o scaldabagno.

Dalla presente prestazione sono inoltre esclusi tutti i costi relativi ai certificati di conformità previsti dalla legge o richiesti dal Distributore o dall'Esercente.

ASSISTENZA ALLA PERSONA

01 - CONSULTO MEDICO TELEFONICO

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia Improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
  - reperimento dei mezzi di soccorso;
  - reperimento di medici generici e specialisti;
  - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
  - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
  - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

02 - INVIO DI UN MEDICO O DI UN'AMBULANZA IN CASO DI URGENZA

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

03 - INVIO DI UN PEDIATRA AL DOMICILIO

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica pediatrica del figlio minore dell'Assicurato presso il domicilio di quest'ultimo, la Centrale Operativa invierà un medico pediatra convenzionato sul posto. La prestazione viene fornita con costi a carico della Società per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo domicilio e senza costi a suo carico.

Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118), né assumersi le eventuali spese.

04 - RIENTRO AL DOMICILIO A SEGUITO DIMISSIONE OSPEDALIERA

Qualora l'Assicurato convalescente, dopo un ricovero di almeno sette giorni presso una struttura sanitaria, come da foglio di dimissioni, sia impossibilitato a rientrare alla propria abitazione, la Centrale Operativa, tramite i propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare il trasporto in ambulanza. La Struttura Organizzativa terrà a suo carico i costi del percorso complessivo (andata/ritorno) per un massimo di 50 km. La presente prestazione viene fornita per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

05 - MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato rilasciato al reparto di degenza, in conformità alla normativa vigente sulla protezione dei dati.

06 - INVIO FISIOTERAPISTA

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 2 (due) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

07 - REPERIMENTO DI PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI

Qualora l'Assicurato, nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta allo stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico- chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;
- altri presidi medico chirurgici.

La Centrale Operativa provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro.

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Società provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di euro 250,00 per sinistro.

Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

08 - INVIO COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 2 (due) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 40,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

09 - INVIO BABY SITTER

Qualora l'Assicurato, nei 15 (quindici) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, non sia in grado di occuparsi autonomamente, sulla base di certificazione medica, dei propri figli minori di anni 14 e non vi sia nessun altro familiare in grado di provvedervi, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter.

La prestazione è fornita con un preavviso di 2 (due) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 40,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

10 - CUSTODIA ANIMALI

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di in-

fortunio che abbiano dato luogo a ricovero di almeno sette giorni in Istituto di Cura, come da foglio di dimissioni, e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Centrale Operativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro e per periodo di assicurazione. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

11 - INVIO SPESA A CASA

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per richiesta, massimo una volta a settimana e massimo due volte per sinistro.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive. La prestazione è fornita con un preavviso di 2 (due) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

12 - REPERIMENTO E CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato versi in condizioni di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per Assicurato e per anno assicurativo.

13 - TAXI TRANSFER "UNDER 14" PER ACCOMPAGNAMENTO A SCUOLA E PER LE ATTIVITÀ EXTRASCOLASTICHE

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di malattia o di infortunio che abbiano dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a sette giorni, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola o in altri luoghi per attività extrascolastiche i propri figli di età inferiore a 14 anni, la Centrale Operativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimo di € 200,00 complessivi per sinistro e per annualità assicurativa.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

14 - PAGAMENTO DELLE UTENZE DOMESTICHE IN SCADENZA

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, come valutato da referto medico, potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare per suo conto il pagamento di utenze domestiche in scadenza. La Centrale Operativa provvederà ad inviare un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessaria al pagamento, provvedendo poi alla consegna delle ricevute entro le 24 ore successive. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto pagato. La prestazione è fornita con un preavviso di tre giorni. Resta a carico della Società il costo relativo al solo servizio di presa e riconsegna ricevute presso il domicilio dell'Assicurato. Il servizio verrà erogato massimo 2 volte per anno assicurativo.

15 - INFORMAZIONI MEDICO-SANITARIE

Il servizio medico della Centrale Operativa, disponibile 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, potrà fornire, in caso di infortunio o malattia dell'Assicurato, informazioni relative a:

- reperimento di mezzi di soccorso d'urgenza;
- centri di cura pubblici e privati attrezzati per speciali patologie;
- segnalazione di laboratori e centri diagnostici;
- esistenza e reperibilità di farmaci in Italia ed all'Estero.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere le informazioni necessarie.

ART. 13. ESCLUSIONI

1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
   a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
   b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
   c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
   d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
   e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
   f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
   g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
   h) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
   i) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
4) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

ART. 14. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, in caso di richiesta di assistenza deve contattare immediatamente la Centrale Operativa attiva 24 ore su 24 al numero telefonico:

Numero Verde **800 467722** Dall'estero **06 42115256** e comunicare:

- dati anagrafici dell'Assicurato;
- numero di polizza;
- tipo di intervento richiesto;
- recapito telefonico.

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società declina ogni responsabilità per eventuali richieste di assistenza fatte alla Contraente e non inoltrate alla sua Centrale Operativa. Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa NON SARANNO RIMBORSATE.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica o giuridica, titolare dei diritti derivanti dal contratto, sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti potrà farlo non appena ne sarà in grado.

» REGOLAMENTO DI ADESIONE AI SERVIZI GRATUITI
» REGOLAMENTO SINISTRI E CONTATTI

PROVA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO

Per poter aderire ai servizi gratuiti Nursing Up è condizione imprescindibile essere iscritti al sindacato, quindi prima di iniziare la procedura on line è necessario verificare la presenza dell'addebito della quota sindacale a favore del Nursing Up nell'ultima busta paga, o essere in possesso della ricevuta di bonifico in corso di validità annuale per i soli casi in cui si sia libero professionista oppure pensionato oppure dipendente di ente/struttura privata che non opera addebito in busta paga, oppure in condizione di sospensione temporanea del rapporto di lavoro per qualsiasi ragione intervenuta. Salvo i casi di sospensione sopracitati, per il dipendente pubblico, l'unica modalità di iscrizione al sindacato, ai fini dell'adesione ai servizi gratuiti, è tramite l'addebito della quota sindacale in busta paga.

Ferme le norme assicurative incluse le decorrenze di copertura, la sola iscrizione al Sindacato non da diritto ad alcun servizio gratuito senza che sia stata conclusa correttamente la procedura di adesione ai servizi gratuiti anno per anno.

PROCEDURA DI ADESIONE AI SERVIZI GRATUITI ANNO 2026

Vai sul sito www.nursingup.it, clicca sulla scritta aderisci ai servizi gratuiti 2026 che trovi in alto nella home page.

Dopo aver letto, verificato e sfogliato le prime "maschere" illustrative e di avvertenze generali e dopo aver letto e "flaggato", per presa visione e comprensione, il presente regolamento ed il "manuale apertura sinistri servizi gratuiti Nursing Up, la procedura ti chiederà di digitare il tuo codice fiscale, digitalo e premi invio a questo punto la procedura riconoscerà se hai già aderito almeno una volta ai servizi gratuiti in precedenza e si potranno verificare le seguenti ipotesi:

CASO 1)

- se la procedura elettronica riconosce il tuo codice fiscale come di un soggetto che ha già aderito (almeno una volta) ai servizi gratuiti negli anni precedenti, questa ti chiederà di digitare matricola e password;
- la procedura ti riproporrà tutti i campi precedentemente inseriti che tu potrai, in questa sede, correggere o confermare;
- compila ogni campo richiesto e prosegui nelle maschere successive apponendo i flags obbligatori con i quali ne approverai il contenuto e la volontà ad aderire agli stessi;
- prosegui fino al termine della procedura e poi clicca il tasto rosso "**CONFERMO ADESIONE AI SERVIZI GRATUITI NURSING UP ANNO 2026**";
- controlla nella tua casella di posta elettronica di aver ricevuto la e-mail di conferma adesione servizi gratuiti Nursing Up anno 2026 e la relativa tessera. Se ricevi tale mail, la procedura è stata conclusa correttamente e dovrai soltanto conservare tale comunicazione a riprova dell'avvenuta adesione, se non ricevi nell'arco di sei ore tale comunicazione chiama il numero 06-5121699 in quanto la procedura potrebbe non essere andata a buon fine.

CASO 2)

Se la procedura elettronica riconosce che il codice fiscale appartiene ad un soggetto che non ha mai aderito ad alcun servizio gratuito, questa ti chiederà se sei regolarmente iscritto al sindacato. Si possono verificare due ipotesi:

Ipotesi A del caso 2):

- **se sei certo di avere l'addebito in busta paga a favore del Nursing Up o copia del bonifico (ove consentito) in corso di validità, o se hai consegnato il modulo di adesione alla tua amministrazione o ad un dirigente sindacale** (in questi ultimi due casi la data di godimento dei servizi sarà posticipata nel rispetto delle norme contrattuali assicurative e sarà tua premura e responsabilità verificare che avvenga il regolare addebito in busta paga) seleziona "**SI**", e poi invio;
- la procedura ti consentirà in tal modo di compilare ex novo tutti i campi richiesti;
- compila ogni campo e prosegui nelle maschere successive apponendo i flags obbligatori, con i quali ne approverai il contenuto e la volontà ad aderire agli stessi;
- prosegui fino al termine della procedura e poi digita il tasto rosso: "**CONFERMO ADESIONE AI SERVIZI GRATUITI NURSING UP ANNO 2026**";
- controlla nella tua casella di posta elettronica di aver ricevuto la e-mail di conferma adesione servizi

gratuiti Nursing Up anno 2026 e la relativa tessera. Se ricevi tale mail, la procedura è stata conclusa correttamente e dovrai soltanto conservare tale comunicazione a riprova dell'avvenuta adesione, se non ricevi nell'arco di sei ore tale comunicazione chiama il numero 06-5121699 in quanto la procedura potrebbe non essere andata a buon fine.

Ipotesi B del caso 2):

- **se non sei iscritto al sindacato o se non hai la ricevuta del protocollo di consegna del modulo di iscrizione alla tua amministrazione competente**, seleziona "**NO**" e poi invio, in questo modo verrai reindirizzato sulla piattaforma per iscriverti al sindacato.

  Attenzione: durante la compilazione di questa nuova procedura, dovrai stampare il modulo di iscrizione al sindacato che la stessa ti propone, completarlo, firmarlo (non con firma digitale) e salvarlo sul dispositivo che stai utilizzando. Lo stesso vale, in alternativa al modulo sopracitato, per la ricevuta del bonifico (quota annuale) ove consentito.

- a questo punto, puoi riprendere la procedura: compila i campi richiesti, carica i documenti richiesti e clicca invio;
- in seguito, la procedura di adesione ai servizi viene messa in sospeso fino a quando non verrai contattato (per e-mail o telefono) dagli uffici del Nursing Up che ti indicheranno come proseguire.

  Nota Bene: nelle more di tale comunicazione da parte del Nursing Up non potrai considerarti né iscritto al sindacato e nè aderente ai servizi gratuiti anno 2026 in quanto nessuna delle due attività è ancora giunta al termine. per qualsiasi problematica in merito puoi chiamare il numero 06-5121699.

NOTA BENE

Se sei dipendente ed hai già aderito ai servizi negli anni precedenti ma ti sei dimenticato la matricola e /o la password segui la seguente procedura: clicca sulla scritta "recupera matricola/password" che si trova, nella pagina di login, in prossimità della richiesta degli stessi dati dimenticati, digita il tuo codice fiscale e riceverai, all'indirizzo e-mail usato in fase di prima adesione, la tua matricola ed un link per reimpostare la password. se non ricevi la mail dopo aver "cliccato" su recupera matricola/password" controlla nello spam, nella posta indesiderata tra le promozioni; se invece non dovessi ricevere la mail perché hai cambiato l'indirizzo di posta elettronica rispetto a quello inserito in fase di prima adesione ai servizi Nursing Up, scrivi una mail a supportoinformatico@nursingup.it, o chiama il numero 800959529 oppure il numero 06-5121699.

AVVERTENZE

Se la procedura di adesione ai servizi gratuiti anno 2026 è stata completata correttamente, al termine della stessa, viene inviata, nell'arco di sei ore, una formale e-mail all'indirizzo di posta elettronica inserito in fase di adesione stessa.

La mail sopracitata contiene la tessera Nursing Up servizi gratuiti 2026 e va conservata perché è l'unica prova valida a dimostrazione di avere perfezionato correttamente l'adesione ai servizi gratuiti anno 2026.

Se al termine della procedura non ricevi tale e-mail, e si raccomanda di controllare anche nello spam, nella posta indesiderata o nelle promozioni, può significare che la stessa non è stata conclusa correttamente e che dovrai metterti in contatto con gli uffici amministrativi al numero 06-5121699 per risolvere la problematica.

Resta inteso che la tessera vale soltanto in costanza di iscrizione al sindacato e nel rispetto delle condizioni previste dai diversi contratti relativi ai singoli servizi gratuiti.

ATTENZIONE

Si specifica, come più volte sottolineato in questo regolamento, che **non è possibile aderire ai servizi gratuiti se non si è previamente iscritti al sindacato** e che **non aderendo correttamente ai servizi gratuiti anno 2026, non si potrà godere di alcun servizio gratuito per tale anno**, nemmeno in costanza di iscrizione e nemmeno in caso di avvenuta adesione negli anni precedenti.

REGOLAMENTO SINISTRI E CONTATTI

PREMESSA

Il presente manuale mira a facilitare l'apertura dei sinistri relativamente alle polizze riservate agli associati Nursing Up che hanno regolarmente aderito ai servizi gratuiti anno 2026 ma non integra, sostituisce, ne' rettifica in alcun modo le condizioni assicurative che sono solo ed esclusivamente quelle contenute nella documentazione contrattuale di polizza pubblicate sul sito www.nursingup.it, nonché nell'area riservata agli associati sul medesimo sito e delle quali ogni associato/aderente ha preso visione obbligatoriamente in fase di adesione ai servizi.

Si ricorda inoltre, come comunicato sul sito internet www.nursingup.it, come preso atto in fase di adesione ai servizi e come contenuto anche nel modulo di iscrizione al Sindacato che, per godere dei servizi gratuiti anno 2026 è necessario, oltre che essere regolarmente iscritti al Nursing Up, aver completato correttamente la procedura di adesione ai servizi gratuiti anno 2026. La semplice iscrizione al sindacato e/o l'aver aderito ai servizi negli anni precedenti, in mancanza di completamento di tale procedura per l'anno 2026, non dà diritto ad alcun servizio gratuito per lo stesso 2026, infatti l'adesione ai servizi gratuiti va rifatta tassativamente ogni anno.

Si ricorda infine che, oltre al pagamento dei premi assicurativi per ogni proprio iscritto che abbia regolarmente aderito ai servizi gratuiti anno 2026 attraverso la procedura on line messa a disposizione sul sito www.nursingup.it , nessun altro adempimento e/o obbligo resta a carico del contraente Nursing Up, con ciò significando che ogni rapporto attivo e/o passivo successivo all'avvenuta adesione alle polizze gratuite anno 2026 da parte del singolo associato/aderente/ assicurato attiene esclusivamente a quest'ultimo e alle Compagnie assicuratrici per quanto di propria competenza.

FASE PRELIMINARE ALL'APERTURA DI SINISTRI

Ferme le condizioni di polizza e fermo quanto sopra esposto, prima di poter aprire un qualsiasi sinistro con una delle Compagnie assicurative interessate, relativamente ai servizi gratuiti anno 2026, ogni associato deve appurare l'esistenza di entrambe le seguenti circostanze:

1) Avere l'addebito in busta paga della quota associativa Nursing Up almeno nel mese precedente al sinistro che si intende aprire se si è dipendenti pubblici (o dipendenti privati di aziende che operano il prelievo della quota Nursing Up in busta paga). Per i soli casi in cui si sia libero professionista o pensionati o dipendenti di ente/struttura privata che non opera addebito in busta paga, oppure in condizione di sospensione temporanea del rapporto di lavoro per qualsiasi ragione intervenuta, essere in possesso della ricevuta di bonifico ricevuto da Nursing Up almeno nel mese precedente al sinistro che si intende aprire.
2) Avere regolarmente aderito ai servizi gratuiti anno 2026 attraverso la procedura on line messa a disposizione sul sito internet www.nursingup.it in data antecedente al sinistro che si intende aprire ed aver ricevuto la mail di conferma di adesione ai servizi gratuiti con la tessera Nursing UP anno 2026.

In mancanza del realizzarsi di anche una sola delle suddette condizioni non sarà possibile aprire il sinistro, ciò significa che il realizzarsi di solo una delle condizioni sopracitate non da diritto alla richiesta di rimborso. Per qualsiasi informazione potete contattare Nursing Up al numero 06-5121699.

NORME PER L'APERTURA DEL SINISTRO SUDDIVISO PER POLIZZE

Fermo quanto sopra e fermo che qualsiasi informazione relativamente alle polizze è contenuta nella documentazione contrattuale pubblicata sul sito www.nursingup.it nonché nell'area riservata agli associati nel medesimo sito, nella pagina seguente sono riportate delle indicazioni pratiche per l'apertura dei sinistri e per i contatti con le compagnie assicurative relativamente ai servizi gratuiti Nursing Up anno 2026.

INDICAZIONI PRATICHE

per l'apertura dei sinistri e per i contatti con le compagnie assicurative, relativamente ai servizi gratuiti Nursing Up - anno 2026

	Compagnia Assicurativa	*Numero contratto*	*Contatto telefonico per richiedere qualsiasi informazione relativa alla polizza e orari di chiamata*
POLIZZA **RC PROFESSIONALE** INCLUSA **COLPA GRAVE**	Reale Mutua Assicurazione	2023-03-2544132	**06 4881941** - dal lunedi al giovedi dalle 9,00 alle 17.00 - venerdi dalle 9.00 alle 13.00
POLIZZA **TUTELA LEGALE**	ITAS Mutua	91 M15276229	**391 3608190** **Altri numeri**: 06 45761231 - 345 6828531 - dal lunedi al giovedi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30 - venerdi dalle 9.00 alle 13.00
POLIZZA **INFORTUNI**	ITAS Mutua	2G M15286825	**391 3608190** **Altri numeri**: 06 45761231 - 345 6828531 - dal lunedi al giovedi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30 - venerdi dalle 9.00 alle 13.00
POLIZZA **RC VITA PRIVATA** (MULTIRISCHI)	Europ Assistance	40066Q	**391 3608190** **Altri numeri**: 06 45761231 - 345 6828531 - dal lunedi al giovedi dalle 9.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 17.30 - venerdi dalle 9.00 alle 13.00
POLIZZA **SANITARIA ODONTOIATRICA**	RBM SALUTE	31013332	**800 991759** Sempre attivo (dall'estero +39 0422 1744479)
ASSISTENZA **PERSONA ED ABITAZIONE**	AXA	021019	**800 467722** Sempre attivo (dall'estero +39 06 42115256)

Tempi da rispettare per l'apertura del sinistro	*Modalità di apertura del sinistro*
L'assicurato deve aprire il sinistro entro 3 giorni da quando ne viene a conoscenza	Inviare raccomandata con ricevuta di ritorno a: Reale Mutua Assicurazioni Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino ed inviare anche una mail per conoscenza a **esedrasrlpec@legalmail.it**
L'assicurato deve aprire il sinistro entro 15 giorni da quando ne viene a conoscenza	Scaricare il **Modulo 1*** ed inviarlo, unitamente alla documentazione a supporto della richiesta, a **sinistrinursingup@gbsapri.it** Modulo 1
L'assicurato deve aprire il sinistro entro 15 giorni da quando ne viene a conoscenza	**ESCLUSA PREVENZIONE UOMO/DONNA** Scaricare il **Modulo 2*** ed inviarlo, unitamente alla documentazione a supporto della richiesta, a **sinistrinursingup@gbsapri.it** Modulo 2 **PARTE RELATIVA ALLA PREVENZIONE UOMO/DONNA** Scaricare il **Modulo 3*** ed inviarlo, unitamente alla documentazione a supporto della richiesta, a **sinistrinursingup@gbsapri.it** Modulo 3
L'assicurato deve aprire il sinistro entro 3 giorni da quando ne viene a conoscenza	Scaricare il **Modulo 4*** ed inviarlo, unitamente alla documentazione a supporto della richiesta, a **sinistrinursingup@gbsapri.it** Modulo 4
L'assicurato apre il sinistro quando ha bisogno della relativa prestazione	Le prestazioni previste dal piano sanitario devono essere obbligatoriamente e preventivamente autorizzate dalla centrale operativa della compagnia, è dunque necessario, prima di richiedere/effettuare qualsiasi prestazione presso centri convenzionati con la compagnia, contattare la centrale operativa al numero **800991759** per richiedere l'autorizzazione alla esecuzione della prestazione. In alternativa, l'autorizzazione può essere richiesta accedendo all'area riservata del sito RBM Salute (previmedical.it), inserendo le proprie credenziali (utente: Codice Fiscale maiuscolo, password: data di nascita, al primo accesso verrà richiesto di modificarla). **NB: la polizza non opera a rimborso.**
L'assicurato deve aprire il sinistro al verificarsi dell'evento	Sempre attivo numero verde centrale operativa della compagnia riservato agli iscritti/aderenti Nursing Up **800467722** (oppure dall'estero **06 42115256**). **NB: la polizza non opera a rimborso.**

***** Il modulo verrà messo a disposizione anche nella tua area riservata associato.

POLIZZA RC PROFESSIONALE
POLIZZA TUTELA LEGALE
POLIZZA INFORTUNI
POLIZZA RC VITA PRIVATA (MULTIRISCHI)
POLIZZA SANITARIA ODONTOIATRICA
ASSISTENZA PERSONA ED ABITAZIONE
VADEMECUM di ADESIONE a SERVIZI GRATUITI

POLIZZA RC PROFESSIONALE
POLIZZA TUTELA LEGALE
POLIZZA INFORTUNI
POLIZZA RC VITA PRIVATA (MULTIRISCHI)
POLIZZA SANITARIA ODONTOIATRICA
ASSISTENZA PERSONA ED ABITAZIONE
VADEMECUM di ADESIONE a SERVIZI GRATUITI

Via Carlo Conti Rossini, 26
000147 - Roma (RM)

06 5121699

331 8669679

info@nursingup.it

ATTENZIONE: Le informazioni contenute in questo opuscolo hanno unicamente lo scopo di rendere edotti gli iscritti al sindacato Nursing Up in merito all'ampio alveo di servizi e coperture assicurative ai quali gli stessi possono avere accesso a condizione del possesso del duplice e coincidente requisito della iscrizione regolare al Sindacato e dell'avvenuto perfezionamento della procedura di adesione ai servizi anno 2026 sul sito www.nursingup.it.

In ogni caso, tutte le informazioni oggetto del presente opuscolo, seppur dettagliate, non possono che considerarsi parziali. Inoltre potrebbero risultare eventuali errori involontari dovuti agli svariati passaggi e correzioni che si sono resi necessari in quanto funzionali alla stampa dell'opuscolo. Si da atto, peraltro, che talune informazioni e contenuti oggetto del presente opuscolo potrebbero essere soggette, nel tempo, a modifiche e/o integrazioni dipendenti da ragioni organizzative e/o che comunque attengono alla fisiologica dinamica dei rapporti contrattuali tra il Nursing Up ed i soggetti che garantiscono le diverse coperture e/o i servizi ivi riportati. Per le ragioni sino ad ora indicate, il contenuto del presente opuscolo non deve in alcun modo essere considerato come informativa pre contrattuale, nè sostituisce la medesima. Per ogni singola e dettagliata informazione relativa a polizze e/o servizi oggetto del presente opuscolo si invita a consultare, prima dell'adesione gratuita, la documentazione contrattuale pubblicata sul sito www.nursingup.it.

scopri tutti i

SERVIZI

Gratuiti 2026

riservati ai **nostri iscritti**
aderenti al programma

POLIZZA RC PROFESSIONALE	inclusa colpa grave, retroattività illimitata e ultrattività 10 anni
POLIZZA TUTELA LEGALE	estesa anche all'ambito della vita privata e della circolazione stradale
ASSISTENZA PERSONA ED ABITAZIONE	una Centrale Operativa h24 per risolvere i problemi quotidiani, personali e della tua casa
POLIZZA MULTIRISCHI CASA E FAMIGLIA	danni diretti all'abitazione e R.C.T. della vita privata (per te e il tuo nucleo famigliare)
POLIZZA INFORTUNI	infortuni, prevenzione e malattia
POLIZZA SANITARIA ODONTOIATRICA	

consiglia anche ai tuoi colleghi

di iscriversi al Nursing Up!

possono farlo andando sul sito
www.nursingup.it

Solo chi possiede il duplice requisito della iscrizione regolare al Sindacato e dell'avvenuto perfezionamento della procedura di adesione ai servizi anno 2026 sul sito www.nursingup.it ha diritto ai servizi gratuiti, fermi i limiti e le condizioni previsti dalle relative e specifiche regolamentazioni.

Per tutte le condizioni di polizza e per ogni altra specifica informazione consultare, prima dell'adesione gratuita, la documentazione contrattuale pubblicata sul sito www.nursingup.it.

scopri tutti i dettagli sul nostro sito www.nursingup.it

NURSING UP via Carlo Conti Rossini 26, 00147 Roma | e-mail: info@nursingup.it | n. verde: 800 95 95 29