

Sintesi della copertura bolletta protetta



INFORMAZIONI CONTRATTUALI

Il presente Contratto o Polizza di Assicurazione è stipulato tra l'Assicuratore e il Contraente (di seguito le Parti) a favore degli Assicurati ("nell'interesse degli aventi diritto") ai sensi dell'art. 1891 del codice civile italiano.



REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Solo le persone fisiche che soddisfano i criteri di seguito sono coperte dal presente contratto:

- Residenti in Italia;
- Età compresa tra 18 e 67 anni per invalidità permanente totale dovuta a infortunio, inabilità temporanea totale e perdita del lavoro;
- Età compresa tra i 18 e gli 80 anni per decesso da infortunio e ricovero ospedaliero
- Sottoscrittori dei servizi EneIX che includono in regalo la presente copertura.

Le condizioni di cui ai punti precedenti devono inoltre essere rispettate per tutta la durata del contratto di assicurazione.



TABELLA DEI CAPITALI, LIMITI, FRANCHIGIE ED ESCLUSIONI

Garanzia	Categorie	Somma ass.ta	Indennità mensile*	Franchigia relativa	Carenza	Periodo di riquilificazione
Morte da infortunio	Tutti gli assicurati	€500	-	Non applicabile	Non applicabile	Non applicabile
Invalità permanente totale da infortunio	Tutti gli assicurati	€500	-	65%	Non applicabile	Non applicabile
Inabilità temporanea totale da infortunio o malattia	Tutti gli assicurati	-	€37,50	30 gg	30 gg (solo malattia)	30 días
Ricovero ospedaliero da infortunio o malattia	Tutti gli assicurati	-	€37,50	7 gg	30 gg (solo malattia)	30 gg (solo malattia)
Perdita d'impiego	Dipendenti di Azienda privata	-	€37,50	30 gg	30 gg	30 gg

Protezione Luce 360

- massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (luce), per sinistro e per anno;
- massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (luce), per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).

Protezione Gas 360

- massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (gas), per sinistro e per anno;
- massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (gas), per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).

Protezione 360 plus

- massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (luce o gas), per sinistro e per anno;
- massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (luce o gas), per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).



FRANCHIGIA RELATIVA

E' il periodo di tempo che deve essere superato affinché il sinistro possa essere considerato coperto. La durata della franchigia relativa è specificata nella tabella sopra (es. Ricovero 7 giorni; Perdita del lavoro 30 giorni). L'inizio del periodo di franchigia relativa è il primo giorno in cui si verifica l'evento accertato dal punto di vista medico.



CARENZA

L'indennità non sarà corrisposta se il sinistro si verifica entro 30 giorni dalla data di effetto della copertura; Tale condizione non è applicabile agli assicurati con continuità di copertura e ai sinistri conseguenti ad infortunio.

**** Il periodo di carenza non è applicabile agli Assicurati che abbiano sottoscritto un rapporto continuativo ininterrotto al servizio ENEL X con annesse coperture assicurative.**



PERIODO DI RIQUALIFICAZIONE

Se è stata pagata una invalidità temporanea totale o un ricovero ospedaliero a seguito di una malattia oppure una richiesta conseguente a perdita del lavoro, non sarà corrisposto alcun risarcimento per richieste successive a meno che, nel periodo compreso tra la fine del primo periodo di copertura e l'inizio del secondo periodo di copertura, l'Assicurato abbia ripreso il lavoro o a svolgere e gestire i propri affari familiari, personali o domestici per un periodo di 30 giorni consecutivi.

** massimo 12 fatture mensili per tipologia di servizio erogato (luce e gas), per sinistro e per anno;*

massimo 1 bolletta per ogni tipologia di fornitura del servizio (luce e gas) per frequenza di addebito (mensile o bimestrale).

ATTENZIONE: La copertura assicurativa non si applica nel caso in cui il sinistro si verifichi durante o comunque a seguito dello svolgimento, anche occasionale, di attività lavorative e sportive di natura pericolosa, come elencato nella Sezione 3 del documento di polizza.



DEFINIZIONI

La definizione di "Infortunio" o "Accidentale" si riferisce all'evento dannoso dovuto a una causa violenta ed esterna fortuita che produce lesioni fisiche oggettivamente accertabili. Sono inoltre considerati infortuni:

- Asfissia non morbosa,
- Avvelenamento acuto da ingestione o assorbimento di sostanze;
- infezioni e avvelenamenti causati da punture di animali, punture di insetti e piante, ad eccezione della malaria e delle malattie tropicali;
- annegamento;
- congelamento;
- colpo di sole o colpo di calore;
- lesioni muscolari determinate da sforzi, con esclusione di qualsiasi tipo di infarto e lacerazioni sottocutanee dei tendini;
- ernie addominali, con l'esclusione di qualsiasi altro tipo di ernia;
- lesioni subite in stato di malattia o incoscienza.

"Risarcimento" o "Indennizzo" si riferisce all'importo dovuto dall'Assicuratore in caso di sinistro.

"Lesione" si riferisce a un danno causato al corpo di una persona.

"Malattia" si riferisce al deterioramento della salute fisica a causa di una condizione medica che:

- E' iniziata ed è stata contratta per la prima volta con segni e sintomi fisici che si manifestano durante il periodo del contratto;
- Non è conseguente ad infortunio; e
- Richiede Assistenza e/o trattamento medico.

"Inabilità totale temporanea" è una condizione derivante da un Infortunio o Malattia e che è confermata da un medico abilitato mediante l'emissione di un certificato di congedo per malattia e per la quale l'Assicurato non è in grado di svolgere le normali mansioni lavorative o svolgere qualsiasi altro lavoro. Le normali mansioni lavorative sono le attività svolte dall'Assicurato prima del verificarsi dell'evento assicurato o di qualsiasi altro lavoro che l'Assicurato era in grado di svolgere in base all'istruzione, alle abilità e alle capacità.

"Invalidità permanente totale" indica la perdita totale e definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato a causa di Infortunio, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato. Il beneficio è riconosciuto quando la percentuale di invalidità accertata è superiore al 65%. L'invalidità deve essere stata causata da lesioni fisiche, oggettivamente accertabili e indipendenti dalla volontà dell'Assicurato. Il grado di invalidità permanente totale da infortunio è valutato sulla base della tabella del DPR n. 1124 del 30/6/65 (Tabella INAIL) e successive modifiche.

"Ricovero ospedaliero" indica lo stato di ricovero ininterrotto che richiede una degenza stazionaria in una struttura sanitaria, a causa di Infortunio o Malattia, resa necessaria per lo svolgimento di indagini e / o terapie che non possono essere eseguite in strutture ambulatoriali o di day hospital.