

Contratto di assicurazione
infortuni e malattie

Blu Suite

Allianz 

Fascicolo Informativo

Modello : FI-0012-280-014-31102014

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- 1) Nota Informativa al Contraente comprensiva del Glossario;**
- 2) Condizioni di Assicurazione;**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Servizio Clienti



Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

a Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

1. Informazioni Generali

Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice

Allianz S.p.A., società controllata, tramite A.C.I.F. S.p.A., da Allianz SE - Monaco (Germania)

Sede legale

Largo Ugo Inneri, 1 - 34123 Trieste (Italia)

Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

800.68.68.68 - www.allianz.it - info@allianz.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con Provvedimento ISVAP del 21 dicembre 2005 n. 2398 ed iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00152 e all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 3.671 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 403 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 2.420 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 357,7% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2013.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.allianz.it.

b Informazioni sul contratto

Rinnovo del contratto

AVVERTENZA: ad eccezione delle ipotesi in cui sia stata inserita in polizza apposita clausola derogatoria, il contratto, in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente alla sua naturale scadenza. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la copertura assicurativa cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica dell'Articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Coperture assicurative

Il presente contratto offre una serie di prestazioni contro il rischio Infortuni, Invalidità permanente a seguito di malattia e indennità giornaliera in caso di ricovero a seguito di malattia, infortunio o parto. E' inoltre prevista la prestazione di una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.

Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

INFORTUNI: 2.1 "Oggetto dell'assicurazione", 2.4 "Invalidità permanente da infortunio", 2.7 "Altre prestazioni comprese nella garanzia base", 2.8 "Morte da infortunio", 2.9 "Inabilità temporanea", 2.10 "Indennità giornaliera per ricovero", 2.11 "Indennità giornaliera per convalescenza", 2.12 "Indennità giornaliera per ingessatura", 2.13 "Rimborso spese mediche" e 2.14 "Rendita vitalizia da infortunio" presenti nella SEZIONE INFORTUNI;

MALATTIA: 3.1 "Oggetto dell'assicurazione", 3.4 "Invalidità permanente da malattia" e 3.7 "Rendita vitalizia da malattia" presente nella SEZIONE MALATTIA;

RICOVERO: 4.1 "Indennità giornaliera per ricovero", 4.4 "Altre prestazioni comprese nella garanzia base", 4.5 "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero", 4.6 "Indennità giornaliera per ingessatura" e 4.7 "Accompagnatore" presenti nella SEZIONE RICOVERO;

ASSISTENZA: 5.1 "Garanzie prestate" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

Limitazioni ed Esclusioni

Nota Informativa

AVVERTENZA: il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni nonché ipotesi di sospensione della copertura assicurativa, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE: 1.1 "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" e 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" presenti nella Sezione CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE;

INFORTUNI: 2.2 "Esclusioni", 2.3 "Persone non assicurabili", 2.15 "Estensione territoriale" e 2.17 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presenti nella SEZIONE INFORTUNI;

MALATTIA: 3.2 "Esclusioni", 3.3 "Persone non assicurabili" e 3.8 "Continuità della garanzia" presenti nella SEZIONE MALATTIA;

RICOVERO: 4.2 "Esclusioni", 4.3 "Persone non assicurabili" e 4.10 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presenti nella SEZIONE RICOVERO;

ASSISTENZA: 5.3 "Esclusioni e delimitazioni" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

AVVERTENZA: nel contratto le garanzie vengono prestate entro il limite delle somme assicurate; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia agli Articoli di seguito indicati:

INFORTUNI: 2.6 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio", 2.7 "Altre prestazioni comprese nella garanzia base", 2.8 "Morte da infortunio", 2.9 "Inabilità temporanea", 2.10 "Indennità giornaliera per ricovero", 2.11 "Indennità giornaliera per convalescenza", 2.12 "Indennità giornaliera per ingessatura", 2.13 "Rimborso spese mediche" e 2.14 "Rendita vitalizia da infortunio" presenti nella SEZIONE INFORTUNI;

MALATTIA: 3.6 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" e 3.7 "Rendita vitalizia da malattia" presenti nella SEZIONE MALATTIA;

RICOVERO: 4.1 "Indennità giornaliera per ricovero", 4.4 "Altre prestazioni comprese nella garanzia base", 4.5 "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero", 4.6 "Indennità giornaliera per ingessatura" e 4.7 "Accompagnatore" presenti nella SEZIONE RICOVERO;

ASSISTENZA: 5.1 "Garanzie prestate" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA.

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

Franchigia presente in polizza 3% assorbibile

Capitale assicurato = 100.000 euro

Invalidità Permanente da Infortunio accertata = 7%

Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 3% assorbibile" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 7% si liquida il 4% del capitale assicurato)

Invalidità Permanente da Infortunio indennizzata = il 4% di 100.000 euro = 4.000 euro.

4. Periodi di carenza contrattuale

AVVERTENZA: nel contratto, per quanto riguarda la copertura malattia, sono previsti termini di aspettativa della decorrenza della copertura assicurativa. Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 4.9 "Termini di aspettativa" presente nella SEZIONE RICOVERO.

5. Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c..

Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

Questionario sanitario

AVVERTENZA: per quanto riguarda la copertura malattia si rammenta la necessità di verificare l'esattezza delle risposte alle domande poste dal Questionario sanitario e che le stesse rispondano al vero.

6. Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, nonché eventuali variazioni della professione svolta, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE: 1.3 "Modifiche dell'assicurazione", 1.4 "Dichiarazioni inesatte od omissioni", 1.6 "Aggravamento del rischio" e 1.7 "Diminuzione del rischio" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE;

INFORTUNI: 2.3 "Persone non assicurabile" e 2.17 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presenti nella SEZIONE INFORTUNI;

Nota Informativa

MALATTIA: 3.3 "Persone non assicurabili" presente nella SEZIONE MALATTIA;

RICOVERO: 4.3 "Persone non assicurabili" e 4.10 "Cambiamento delle attività professionali assicurate" presenti nella SEZIONE RICOVERO.

Esemplificazione

Aggravamento

STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

La sopravvenienza in corso di contratto di una malattia grave (ad esempio il diabete) o di una invalidità permanente comporta aggravamento di rischio.

Diminuzione

VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DICHIARATA

Un cambiamento dell'attività professionale svolta, che comporti il passaggio da una categoria di rischio più elevato ad una categoria di rischio inferiore (ad esempio da "Boscaiolo" a "Cameriere") costituisce diminuzione di rischio.

7. Premi

Il premio, consistente in una somma di denaro, è l'oggetto della prestazione del Contraente e costituisce il corrispettivo della prestazione dell'Impresa al verificarsi del sinistro.

Il premio, salvo il caso di contratti di durata inferiore a dodici mesi, è determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio può essere prevista l'applicazione di un'addizionale nella misura del:

3% per frazionamento semestrale;

4% per frazionamento quadrimestrale;

5% per frazionamento trimestrale;

5,6% per frazionamento mensile, esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit).

Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato esclusivamente mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Allianz S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi verranno comunicati ad Allianz S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

AVVERTENZA: l'intermediario può discrezionalmente applicare sconti commerciali rispetto al premio di tariffa, pur sempre entro limiti e vincoli predeterminati dall'Impresa.

8. Adeguamento del Premio

Ad ogni scadenza annuale il premio, le somme assicurate ed i limiti di indennizzo sono adeguati/rivalutati in base all'evoluzione dell'Indice ISTAT, come disciplinato nella Condizione Particolare I - "Indicizzazione".

Si precisa inoltre che il premio, ad esclusione di quello relativo alla garanzia ASSISTENZA, viene adeguato ad ogni scadenza annuale in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, come disciplinato nell'Articolo 1.10 "Ridefinizione del premio per età" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.

9. Diritto di Disdetta e di Recesso

AVVERTENZA: nel contratto la regolamentazione del diritto di disdetta e di recesso varia a seconda della scelta effettuata dal Contraente/Assicurato in ordine alla durata del contratto stesso. Qui di seguito si riportano le differenti ipotesi di durata annuale o poliennale del contratto e, in riferimento a quest'ultima, la differente applicazione del diritto di recesso.

CONTRATTO DI DURATA ANNUALE

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto, nei termini e con le modalità disciplinate all'Articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

CONTRATTO DI DURATA POLIENNALE

Le Parti possono esercitare il diritto di disdetta alla scadenza indicata nel contratto. **Al solo Assicurato** è riconosciuto il diritto di recedere dal contratto alla scadenza di ogni singola annualità.

I termini e le modalità di esercizio di tali diritti sono disciplinate all'Articolo 1.2 "Durata e proroga dell'assicurazione" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

Nota Informativa

Diritto di recesso per sinistro

AVVERTENZA: con riguardo alla **sola** copertura infortuni le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto in caso di sinistro, come di seguito precisato. Qualora il Contraente rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell' Art. 3 del Dlgs 6 Settembre 2005, n. 206, ha la facoltà di recedere dal contratto dopo ogni sinistro regolarmente denunciato. La medesima facoltà è prevista per l'Impresa. I termini e le modalità di esercizio di tale facoltà sono disciplinati all'Articolo 1.11 "Recesso in caso di sinistro" delle CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE, cui si rinvia per maggior dettaglio.

10. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'Art. 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

11. Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà, prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

L'Impresa propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di **norme imperative** del diritto italiano.

12. Regime Fiscale

Secondo le vigenti disposizioni di legge, l'aliquota fiscale applicata è il 2,5% sul premio imponibile di tutte le prestazioni, ad eccezione della prestazione ASSISTENZA, per la quale è il 10%.

Si precisa inoltre che è ammessa l'eventuale **detraibilità fiscale** del premio (comprensivo di imposte) **ai sensi della normativa vigente**, con le modalità e per le **seguenti prestazioni**:

Garanzia Morte da infortunio, si detrae il 100% del premio Totale annuo;

Garanzia Invalidità permanente da infortunio, si detrae il 94% del premio Totale annuo;

Garanzia Rendita vitalizia da infortunio, si detrae il 100% del premio Totale annuo;

Garanzia Invalidità permanente da malattia, si detrae il 100% del premio Totale annuo;

Garanzia Rendita vitalizia da malattia, si detrae il 100% del premio Totale annuo.

Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. Sinistri – pagamento dell'indennizzo

AVVERTENZA: il presente contratto prevede obblighi relativi a individuazione del momento di insorgenza del sinistro, modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché le ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

INFORTUNI: 2.4 "Invalidità permanente da infortunio", 2.5 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" e 2.6 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" presenti nella SEZIONE INFORTUNI, 6.1 "Obblighi", 6.3 "Pagamento dell'indennizzo" e 6.4 "Anticipo sull'indennità per Invalidità permanente da infortunio" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO;

MALATTIA: 3.4 "Invalidità permanente da malattia", 3.5 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" e 3.6 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" presenti nella SEZIONE MALATTIA, 6.5 "Obblighi", 6.6 "Malattie progressivamente invalidanti" e 6.8 "Pagamento dell'indennizzo" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO;

RICOVERO: 6.9 "Obblighi" e 6.10 "Pagamento dell'indennizzo" presenti nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

AVVERTENZA: relativamente alla Garanzia Assistenza, la denuncia del sinistro deve essere effettuata direttamente presso la Centrale Operativa di AGA Service Italia S.c.a.r.l., con le modalità e nei termini di cui all'Articolo 6.12 "Obblighi" presente nella Sezione IN CASO DI SINISTRO.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) a **Allianz S.p.A. – Pronto Allianz – Servizio Clienti - Corso Italia n. 23, 20122 Milano – Numero Verde 800686868 - Fax 02 72169145 – Indirizzo e-mail: info@allianz.it**.

Qualora il Contraente/Assicurato non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'**IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma Fax 06.42133.745 – 06.42133.353**, corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa ed il relativo riscontro.

Nota Informativa

Resta salva comunque per il Contraente/Assicurato che ha presentato reclamo la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Nel caso di lite transfrontaliera, tra un Contraente/Assicurato avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede legale in un altro stato membro, il Contraente/Assicurato può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando il reclamo direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (individuabile accedendo al sito internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), oppure, se il Contraente/Assicurato ha domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS che provvede all'inoltro al sistema estero competente, dandone notizia al Contraente/Assicurato stesso.

15. Arbitrato

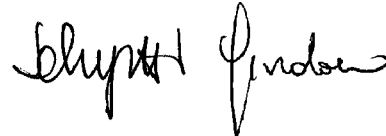
In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Allianz S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

Allianz S.p.A.

Lorella Sdrigotti Roberto Giordano



GLOSSARIO

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

Attività professionale: attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

Centrale Operativa: struttura di AGA Service Italia S.c.a.r.l. tramite la quale l'Impresa presta i Servizi di Assistenza.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di Assicurazione.

Day Hospital: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

Franchigia: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

Inabilità temporanea: temporanea incapacità, totale o parziale, ad attendere alle attività professionali dichiarate nella Scheda di Polizza per un periodo di tempo limitato.

Indennizzo / Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Invalità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Lesione capsulo-legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Remunerazione diretta: compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione indiretta: compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito – sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Scoperto: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

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

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: Si precisa che le Condizioni di assicurazione di seguito riportate indicano la disciplina generale applicabile al contratto di assicurazione che verrà sottoscritto dal Contraente/Assicurato, si precisa però che il contenuto del contratto di assicurazione potrà subire delle variazioni, ovvero contenere una personalizzazione delle disciplina ivi prevista, in base alle coperture assicurative effettivamente acquistate dal Contraente/Assicurato e concordate con l'intermediario di riferimento.

AVVERTENZA: Le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

AVVERTENZA: Il Glossario è contenuto nella Nota Informativa e costituisce parte integrante delle presenti Condizioni di assicurazione.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

2. SEZIONE INFORTUNI

GARANZIA BASE

GARANZIE AGGIUNTIVE

OPERATIVITA'

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

3. SEZIONE MALATTIA

GARANZIA BASE

GARANZIA AGGIUNTIVA

OPERATIVITA'

4. SEZIONE RICOVERO

GARANZIA BASE

GARANZIE AGGIUNTIVE

OPERATIVITA'

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

5. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

4. IN CASO DI SINISTRO

INFORTUNI

MALATTIA

RICOVERO

ASSISTENZA

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

(presente in polizza in caso di frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

(presente in polizza solo in caso di frazionamento mensile con SDD – Sepa Direct Debit)

Art. 1.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati mediante addebito periodico - procedura SDD (Sepa Direct Debit) - sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca e sono dovuti per l'intera annualità.

Nel caso di modifica nel corso dell'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa, fornendo gli estremi identificativi del nuovo rapporto di conto corrente e sottoscrivendo una nuova delega SDD.

Se il Contraente non paga una singola rata di Premio, l'importo di tale rata verrà riaddebitato con la rata immediatamente successiva e l'Assicurazione non viene sospesa.

In caso di mancato pagamento di due rate consecutive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda rata.

L'Assicurazione produce nuovamente i suoi effetti dalle ore 24 del giorno del pagamento in una unica soluzione di tutte le rate di Premio scadute e non pagate, nonché del pagamento del Premio residuo a completamento dell'annualità. Tale pagamento dovrà essere effettuato direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza.

Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

In caso di chiusura durante l'annualità assicurativa del rapporto di conto corrente mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, il Contraente è tenuto a darne immediata comunicazione all'Impresa.

In caso di mancato rispetto di tale obbligo di comunicazione, la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva.

In questa ipotesi il Contraente è tenuto - direttamente presso l'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza - al pagamento in un'unica soluzione di tutte le rate residue di Premio, a completamento dell'annualità. Dalla scadenza dell'annualità assicurativa il contratto dovrà intendersi comunque risolto.

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

(presente in polizza in caso di durata annuale con frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(presente in polizza in caso di durata annuale e con frazionamento mensile con SDD – Sepa Direct Debit)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

In caso di invio di lettera di disdetta da una delle parti, l'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito periodico sul rapporto di conto corrente intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

(presente in polizza in caso di durata pari o superiore a 2 anni)

Art. 1.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza

Condizioni di assicurazione

indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Assicurato è riconosciuta, ai sensi di legge, la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

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

Art. 1.5 – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 1.6 – Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.7 – Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.8 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 1.9 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.10 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio della garanzia Rendita vitalizia da Infortunio, il Premio della Sezione Malattia e il Premio della Sezione Ricovero, se richiamate nella Scheda di Polizza per l'Assicurato, viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, come riportato nella Scheda di Polizza alla "Tabella premi imponibili annui".

Qualora sia prevista nella Scheda di Polizza la Condizione particolare I - Indicizzazione, i premi riportati nella tabella sopra indicata si adegueranno in base all' "indice" ISTAT.

(Presente solo se selezionata la Sezione Infortuni e con pagamento annuale o altro frazionamento diverso da mensile)

Art. 1.11 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro, che interessi una delle garanzie previste alla Sezione Infortuni, regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.

In tutti i casi verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non trascorso sulle somme assicurate in essere al momento del recesso.

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

Condizioni di assicurazione

presente articolo.

(Presente solo se selezionata la Sezione Infortuni e con frazionamento mensile con SDD – Sepa Direct Debit)

Art. 1.11 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro, che interessi una delle garanzie previste alla Sezione Infortuni, regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 206/2005.

Il recesso avrà effetto alla scadenza della prima rata di Premio successiva al termine dei 30 giorni di preavviso di cui alla suddetta comunicazione di recesso.

L'Impresa provvederà alla revoca della delega di addebito di tale rata e di quelle successive sul rapporto di conto corrente, mediante il quale i premi sono pagati tramite procedura SDD, intrattenuto dal Contraente con la propria Banca.

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

(presente in polizza in caso di applicazione di uno sconto commerciale a cura dell'intermediario con opzione recupero sconto)

Art. 1.12 – Recupero sconto commerciale

Il Premio del presente contratto ha beneficiato dello sconto commerciale, indicato nella Scheda di Polizza, per iniziativa dell'intermediario col quale è stato stipulato il contratto stesso.

Detto sconto verrà ridotto nella misura indicata nella Scheda di Polizza alla scadenza di ogni annualità, sino al suo eventuale azzeramento.

2. SEZIONE INFORTUNI

(Presente solo se selezionata la Sezione Infortuni)

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni", subito dall'Assicurato nello svolgimento sia delle attività professionali principali e secondarie indicate nella Scheda di Polizza sia di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

Sono compresi gli infortuni subiti:

1. in qualità di passeggero di viaggio aereo, salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettere c) e d), della presente Sezione;
2. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
3. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
4. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
5. in conseguenza di insurrezioni o di stato di guerra internazionale o civile, dichiarata o non, mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario. E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera j), della presente Sezione;
6. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

7. asfissia non di origine morbosa;
8. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
9. avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;
10. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, escluse le infezioni malariche;
11. annegamento;
12. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato, salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera o), della presente Sezione;
13. emia addominale da sforzo esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio;

Condizioni di assicurazione

14. folgorazione, colpo di sole o di calore;
15. assideramento o congelamento.

Art. 2.2 – Esclusioni

L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se non abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
- c) guida o uso, come passeggero di:
 - c1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - c2) aeromobili di aeroclubs;
 - c3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- d) pratica di sport aerei in genere;
- e) pratica dei seguenti sport:
 - e1) arti marziali nelle sue varie forme, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, hydrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
 - e2) immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello);
- f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;
- g) ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque per alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati;
- i) partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- j) insurrezioni o stato di guerra internazionale o civile, dichiarata o non, salvo quanto stabilito all'articolo "Oggetto dell'assicurazione", punto 5. della presente Sezione. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- k) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
- l) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi:

- m) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- n) infarto da qualsiasi causa determinato;
- o) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine senza che vi sia stata lesione del tessuto cutaneo e sottocutaneo).

Art. 2.3 – Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

GARANZIA BASE

Art. 2.4 – Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio purché si manifesti - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado

Condizioni di assicurazione

di Invalidità permanente da infortunio” e in base a quanto stabilito nell’articolo “Modalità di corresponsione dell’indennità per Invalidità permanente da infortunio” della presente Sezione.

Art. 2.5 – Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella “Tabella per la liquidazione dell’Indennità di Invalidità permanente” e secondo i seguenti criteri:

- si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell’Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l’Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;
- in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;
- in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell’eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;
- in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l’arto superiore destro si applicano all’arto superiore Sinistro e viceversa;
- la perdita totale e irrimediabile dell’uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;
- in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell’arto stesso;
- in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;
- nei casi di Invalidità permanente non specificati nella “Tabella per la liquidazione dell’Indennità di Invalidità permanente”, l’Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica attività professionale esercitata dall’Assicurato.

In caso di ernia addominale da sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, viene corrisposta una Indennità, a titolo di Invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Nel predetto caso la garanzia ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza; nel caso la Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e la stessa garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni opera dalle ore 24:

del giorno di decorrenza della precedente Polizza, per le somme assicurate dalla stessa;

del giorno di decorrenza della presente Polizza limitatamente alle maggiori somme eventualmente assicurate.

Art. 2.6 - Modalità di corresponsione dell’indennità per Invalidità permanente da infortunio

L’Impresa corrisponde l’Indennità per Invalidità permanente da Infortunio in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

Franchigia del 3% assorbibile dopo il 10%

L’Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l’Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 3% e inferiore all’11% della totale, l’Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 3%.

Per l’Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore all’11% della totale, l’Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
% I.P. da liquidare	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40

% I.P. accertata	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	≥49
% I.P. da liquidare	42	44	46	48	50	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	100

Franchigia del 3% assorbibile dopo il 10% e supervalutazione dopo il 65%

L’Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l’Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 3% e inferiore all’11% della totale, l’Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 3%.

Condizioni di assicurazione

Per l'Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore all'11% e inferiore al 49% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
% I.P. da liquidare	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40

% I.P. accertata	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
% I.P. da liquidare	42	44	46	48	50	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	100

Per l'Invalidità permanente accertata di grado compreso tra il 49% e il 65% della totale, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% della somma assicurata.

Per l'Invalidità permanente accertata di grado superiore al 65% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83
% I.P. da liquidare	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118

% I.P. accertata	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
% I.P. da liquidare	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	132	134	136	138	140

Art. 2.7 - Altre prestazioni comprese nella garanzia base

Art. 2.7.1 - Indennità aggiuntiva quale contributo per il danno alla vita di relazione

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che comporti una Invalidità permanente accertata, secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente" e secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio", di grado pari o superiore al 15% della totale, l'Impresa riconosce all'Assicurato, in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio, un importo pari al 10% della somma indennizzata a termini di Polizza per il caso di Invalidità permanente da Infortunio, fino a un massimo di euro 10.000,00.

Art. 2.7.2 - Danni estetici

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, l'Impresa rimborsa all'Assicurato esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili, sostenute per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio, vengono riconosciute con il massimo di euro 10.000,00.

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.8 - Morte da infortunio

Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati la somma assicurata per il caso Morte indicata nella Scheda di Polizza.

Qualora invece l'Infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.

L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 codice civile.

Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 2.8.1 - Commorienza genitori

Condizioni di assicurazione

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte da infortunio)

Se in seguito ad Infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori, purché assicurati con la presente Polizza, l'Indennità per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se Beneficiari in base al presente contratto, viene aumentata del 50%, con il limite, per ogni persona deceduta, di euro 130.000,00.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli portatori di handicap, ancorché maggiorenni (intendendosi per tali le persone invalide nella misura pari o superiore al 75%).

Art. 2.8.2 - Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte da infortunio)

A seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Morte da Infortunio maggiorata del 20%.

Art. 2.9 - Inabilità temporanea

Se l'Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, ha come conseguenza un'Inabilità temporanea, l'Impresa corrisponde, per un massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo, la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza:

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

Art. 2.9.1 – Modalità di corresponsione dell'indennità per Inabilità temporanea

L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta con applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda di Polizza a partire dal giorno dell'Infortunio (o della denuncia di Sinistro in caso di ritardo della stessa nei termini di cui all'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro - Infortuni).

Art. 2.10 - Indennità giornaliera per ricovero

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 2.10.1 - Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Tale maggiorazione non verrà riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al Ricovero che, se spettante, viene liquidata come disciplinato all'articolo "Indennità giornaliera per convalescenza".

Art. 2.11 - Indennità giornaliera per convalescenza

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, superiore a 3 giorni completi, l'Impresa corrisponde, a titolo di convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari a quello dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per lo stesso numero di giorni della degenza ospedaliera con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato per la presente garanzia al momento della liquidazione dell'Indennità per Ricovero.

Art. 2.12 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato un'Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera d'importo pari al 50%

Condizioni di assicurazione

dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Se l'Infortunio ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 2.13 - Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborsa all'Assicurato per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, le spese mediche sostenute per:

accertamenti diagnostici

prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere)

trattamenti fisioterapici e rieducativi

a) fino a concorrenza del 20% del massimale indicato nella Scheda di Polizza, se effettuati in assenza di Ricovero

b) con il massimo di euro 15.000,00, se effettuati a seguito di Ricovero

in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro).

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

Il rimborso è riconosciuto fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato nella Scheda di Polizza e con uno Scoperto per Sinistro del 5%.

Art. 2.14 - Rendita vitalizia da infortunio

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 66% della totale – valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio"– l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio, riconosce all'Assicurato una Rendita vitalizia immediata rivalutabile, pari all'importo iniziale indicato nella Scheda di Polizza, erogabile in rate posticipate mensili.

La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante stipulazione con l'Impresa di specifica polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

OPERATIVITA'

Art. 2.15 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo, fatta eccezione per la garanzia Inabilità temporanea, la cui copertura è limitata agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

Tuttavia per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione relativa al caso di Inabilità temporanea vale limitatamente ai giorni di eventuale Ricovero ospedaliero documentato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno del rientro dagli stati suddetti.

Art. 2.16 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 2.17 - Cambiamento delle attività professionali assicurate

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza che si verifichi nel corso del contratto.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:

Condizioni di assicurazione

non implica aggravamento di rischio, l'Assicurazione per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;

implica aggravamento di rischio, l'Impresa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dal contratto, ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa del cambiamento nel corso del contratto delle attività professionali dichiarate, in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;

l'Indennizzo viene corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di Indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio

Attività dichiarate

Attività svolte	Classe	1	2	3	4
Al momento	1	100%	100%	100%	100%
del Sinistro	2	70%	100%	100%	100%
	3	50%	75%	100%	100%
	4	30%	60%	80%	100%

nessun Indennizzo viene corrisposto se la diversa attività rientra tra le seguenti:

Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose

Attività circense

Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili

Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva

Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)

Fantino / Driver (trotto)

Guardia del corpo / Buttafuori

Guida alpina

Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo

Istruttore di corsi di sopravvivenza

Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista

Speleologo

Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

Per determinare il livello di rischio dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si fa riferimento alla "Classificazione delle attività professionali". In caso di Attività professionale eventualmente non specificata in tale classificazione, si utilizzano criteri di equivalenza e/o analogia a una delle attività elencate.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

EXP - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra-professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

Si intende compreso in garanzia il "Rischio in itinere", intendendosi per tale il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

Resta inteso che sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nello svolgimento di qualsiasi Attività professionale.

PRO - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali principali e secondarie indicate nella Scheda di Polizza compreso il "Rischio in itinere", intendendosi per tale il rischio

Condizioni di assicurazione

collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

BEN – Liquidazione della somma assicurata ai beneficiari in caso di Morte da infortunio

L'Assicurato con la sottoscrizione della presente Condizione particolare, manifesta il suo esplicito consenso affinché la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza e prevista per il caso della propria morte da Infortunio venga liquidata ai Beneficiari indicati nella Scheda di Polizza.

SVA - Supervalutazione delle invalidità permanenti delle dita degli arti superiori

A parziale deroga di quanto previsto dagli articoli "Invalidità permanente da infortunio", "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" e "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" della Sezione Infortuni delle Condizioni di assicurazione, si conviene tra le parti che, in caso di Infortunio che dovesse comportare la perdita anatomica o funzionale, purché totale, delle parti degli arti superiori qui di seguito elencate, l'Impresa liquida l'Invalidità permanente secondo le seguenti percentuali:

- per la perdita del pollice	80%
- per la perdita della falange ungueale del pollice	40%
- per la perdita dell'indice	80%
- per la perdita della falange ungueale dell'indice	30%
- per la perdita del mignolo	40%
- per la perdita della falange ungueale del mignolo	15%
- per la perdita del medio o dell'anulare	20%
- per la perdita della falange del medio o dell'anulare	5%

In caso di Infortunio che comporti anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non contemplati dalla tabella sopra riportata, l'Indennizzo, solo per questi ultimi, viene stabilito in base a quanto previsto dagli articoli "Invalidità permanente da infortunio", "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio" e "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" della Sezione Infortuni delle Condizioni di assicurazione.

In ogni caso la somma degli indennizzi non potrà mai superare il capitale assicurato per Invalidità permanente.

SSP - Sovrarischi sportivi

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni" della Sezione Infortuni delle Condizioni di assicurazione, si prende atto che, nei limiti delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza - **con esclusione delle garanzie di Inabilità temporanea e Rimborso spese mediche** - l'Assicurazione si intende estesa agli infortuni che si verificano in occasione della pratica delle seguenti attività sportive, **sempreché non esercitate professionalmente o che comunque non comportino Remunerazione sia diretta che indiretta:**

- atletica pesante;
- lotta nelle sue varie forme;
- arti marziali;
- sollevamento pesi;
- scalate oltre il 3° grado della scala UIAA;
- speleologia;
- rugby;
- football americano;
- hockey;
- immersioni con autorespiratore, comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua;
- sci alpinismo.

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, in deroga alle franchigie pattuite, qualora l'Infortunio derivi dallo svolgimento di una delle attività sportive sopra indicate, sulla somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza fino a euro 260.000,00 l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 5%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale.

Sull'eventuale parte di somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza superiore a euro 260.000,00 l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece essa risulta di grado superiore al 10%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta

Condizioni di assicurazione

percentuale.

FUO – Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio

Si prende atto fra le parti che dalle garanzie prestate sono esclusi gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque esplicito, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni subite dall'Assicurato a motivo dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza.

TER - Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dell' articolo "Esclusioni" della Sezione Infortuni delle Condizioni di assicurazione, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte da Infortunio e di Invalidità permanente da Infortunio, semprechè operanti per l'Assicurato, è estesa agli infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non può superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato sono ridotti in proporzione.

3. SEZIONE MALATTIA

(Presente solo se selezionata la Sezione Malattia)

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Invalidità permanente derivante esclusivamente da Malattia, fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni", che si manifesti a carico dell'Assicurato nel corso del contratto.

Art. 3.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le invalidità permanenti:

- a) preesistenti alla data di decorrenza della presente Polizza;
- b) da malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla data di decorrenza del contratto e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate - anche se comunicate dallo stesso in qualsiasi forma all'atto dell'assunzione del rischio o venute a conoscenza dell'Impresa anche successivamente (attraverso questionario anamnestico, cartelle cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato prima della stipulazione del contratto) – salvo quanto previsto dall'articolo "Continuità della garanzia" della presente Sezione;
- c) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d) derivanti da patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) da disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- f) derivanti da trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- g) derivanti da insurrezioni o da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non;
- h) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.

Art. 3.3 – Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

GARANZIA BASE

Art. 3.4 – Invalidità permanente da malattia

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente derivante da Malattia che si manifesti a carico dell'Assicurato successivamente alla data di decorrenza della Polizza, ma non oltre la sua scadenza.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente applicando alla somma assicurata, indicata nella Scheda di

Condizioni di assicurazione

Polizza, il grado percentuale di Invalidità permanente da Malattia accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" e in base a quanto stabilito nell'articolo "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" della presente Sezione.

Art. 3.5 – Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo i seguenti criteri:

- si considerano le sole 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, ossia da malattie o invalidità presenti nel soggetto che riguardino sistemi organo- funzionali diversi da quelli interessati dalla Malattia denunciata;
- nel corso dell'Assicurazione, le invalidità permanenti da Malattia già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Si intendono malattie concorrenti le malattie o le invalidità presenti nel soggetto che determinino un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e della invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo- funzionale. Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa;
- la percentuale di Invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia e il grado di Invalidità permanente viene valutato tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dell'Assicurato;
- la somma assicurata per Invalidità permanente da Malattia, indicata nella Scheda di Polizza, rappresenta l'importo massimo che l'Impresa indennizza complessivamente nell'intera durata contrattuale. Pertanto la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non può essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Art. 3.6 - Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Malattia in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

Franchigia assorbibile del 25%

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25% della totale; se invece essa risulta di grado pari o superiore al 25% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
% I.P. da liquidare	5	6	7	8	9	10	12	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42
% I.P. accertata	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	≥66		
% I.P. da liquidare	44	46	48	50	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	96	100		

GARANZIA AGGIUNTIVA

(Valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza)

Art. 3.7 - Rendita vitalizia da malattia

Nel caso in cui, a seguito di Malattia indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Malattia di grado pari o superiore al 66% della totale – valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" – l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Malattia, riconosce all'Assicurato una Rendita vitalizia immediata rivalutabile, pari all'importo iniziale indicato nella Scheda di Polizza, erogabile in rate posticipate mensili.

La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante stipulazione con l'Impresa di specifica polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante.

OPERATIVITA'

Condizioni di assicurazione

Art. 3.8 - Continuità della garanzia

In deroga a quanto disposto dagli articoli "Esclusioni" e "Invalidità permanente da malattia" della presente Sezione, qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra precedente riguardante gli stessi Assicurati e la stessa prestazione, la garanzia è estesa all'invalidità derivante da Malattia insorta nella vigenza della precedente Polizza e manifestatasi nel corso del presente contratto restando inteso che, in tal caso, l'Indennità è valutata, sulla base delle disposizioni contenute nella presente Polizza, sulla minore delle somme assicurate previste dai diversi contratti.

Art. 3.9 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 3.10 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili della Malattia.

4. SEZIONE RICOVERO

(Presente solo se selezionata la Sezione Ricovero)

GARANZIA BASE

Art. 4.1 - Indennità giornaliera per ricovero

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, a seguito di Malattia, Infortunio o parto, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, con il limite massimo di 360 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Art. 4.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per le degenze dovute a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, nonché di malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici in genere che abbiano dato origine a cure e/o ad accertamenti diagnostici anteriormente alla decorrenza del contratto e sottaciuti all'Impresa con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione;
- b) cure dei disturbi mentali, intendendosi per tali le psicosi in genere e le nevrosi;
- c) conseguenze di abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti e/o psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- d) patologie correlate alla infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- e) cure e interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, fatta eccezione per quelli previsti alla specifica voce nel successivo articolo "Altre prestazioni comprese nella garanzia base" della presente Sezione;
- f) prestazioni dietologiche e prestazioni di medicina e chirurgia estetica, salvo per intervento di chirurgia plastica ricostruttiva, correlabile ad Infortunio o a neoplasia maligna, effettuato una sola volta dopo l'intervento chirurgico demolitivo;
- g) terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza, della sterilità e della fecondazione assistita;
- h) interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica;
- i) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del periodonto, salvo che non si tratti di cure rese necessarie da malattia neoplastica o da Infortunio;
- j) interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- k) conseguenze dirette o indirette di reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche;
- l) necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere l'assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lunga degenza, quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) necessità dell'Assicurato di essere assistito in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o per terapie termali, ancorché nell'ambito di una Struttura sanitaria;
- n) conseguenze di infortuni causati da ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda

Condizioni di assicurazione

- tecnica del farmaco;
- o) infortuni causati da partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
 - p) infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
 - q) infortuni causati da insurrezioni o stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non; la copertura assicurativa vale tuttavia per gli infortuni subiti mentre l'Assicurato si trova al di fuori della propria nazione di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione, e semprechè l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purchè non vi abbia partecipato in modo volontario. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
 - r) conseguenze di partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
 - s) infortuni causati da pratica di sport aerei in genere o da uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
 - t) infortuni causati da pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta che indiretta;
 - u) necessità di praticare check-up clinici.

Art. 4.3 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Art. 4.4 - Altre prestazioni comprese nella garanzia base

Art. 4.4.1 - Day Hospital

L'Assicurazione vale anche per i ricoveri avvenuti in regime di degenza diurna senza pernottamento (Day Hospital) conseguenti a Malattia o Infortunio.

Art. 4.4.2 - Contemporaneo ricovero di entrambi i coniugi

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza, ambedue i coniugi (o conviventi more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in Struttura sanitaria, l'Impresa riconosce all'Assicurato per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

Tale maggiorazione non viene riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al Ricovero che, se spettante, viene liquidata come disciplinato all'articolo "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero" della presente Sezione.

Art. 4.4.3 - Imprudenza o negligenza

Le garanzie di cui agli articoli "Indennità giornaliera per ricovero", "Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero" e "Indennità giornaliera per ingessatura" della presente Sezione, se operanti per l'Assicurato, sono prestate anche in caso di Infortunio sofferto in conseguenza di imprudenza o negligenza, anche grave, dell'Assicurato.

Art. 4.4.4 - Difetti o malformazioni

L'Assicurazione vale anche per i ricoveri resi necessari da interventi chirurgici effettuati per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, purché non noti in quel momento all'Assicurato o al Contraente.

GARANZIE AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 4.5 - Indennità giornaliera per convalescenza post ricovero

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa corrisponde, per la successiva convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, fino a concorrenza dei giorni indicati nella Scheda di Polizza, per Sinistro e per anno assicurativo.

La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.

In caso di Ricovero in Day Hospital, l'Indennità giornaliera per convalescenza viene corrisposta per una durata massima di 5

Condizioni di assicurazione

giorni.

Dalla garanzia si intende escluso il parto naturale.

Art. 4.6 - Indennità giornaliera per ingessatura

In caso di Infortunio o Malattia indennizzabile a termini di Polizza che renda necessaria l'applicazione di Ingessatura, con o senza Ricovero ospedaliero, l'Impresa corrisponde all'Assicurato un'Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura e fino al giorno di rimozione della stessa, rimozione che deve essere certificata da un medico, con il limite massimo di 120 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Nei soli casi di frattura ossea o di Lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata in ambiente clinico/ospedaliero o da medico specialista ortopedico/traumatologo secondo il quale non è ritenuta necessaria, fin dalla prima diagnosi, l'Ingessatura, come da definizione di Polizza, all'Assicurato viene riconosciuta l'Indennità giornaliera d'importo pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo, ma comunque con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

Se l'Infortunio o la Malattia ha determinato anche il Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, la relativa Indennità giornaliera non è cumulabile con quella per Ingessatura, che viene riconosciuta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera. L'eventuale Indennità giornaliera per convalescenza post Ricovero, finché coesistente con il periodo di Ingessatura, non è cumulabile con l'Indennità per Ingessatura, che viene riconosciuta, se di durata maggiore, a partire dalla cessazione dell'Indennità per convalescenza riconosciuta.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Art. 4.7 - Accompagnatore

In caso di Ricovero con pernottamento, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato, contestualmente e in aggiunta a quanto dovuto allo stesso, un importo giornaliero pari al 50% dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di pernottamento dell'eventuale accompagnatore, nella stessa Struttura sanitaria presso la quale si trova ricoverato l'Assicurato, con il limite massimo di 30 giorni per anno assicurativo.

OPERATIVITA'

Art. 4.8 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 4.9 - Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

del giorno di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Infortunio;

del 30° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di Malattia;

del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici insorti anteriormente alla decorrenza della Polizza, purché non conosciuti al momento della stipulazione o, se conosciuti, purché dichiarati all'Impresa e non esplicitamente esclusi;

dal 300° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa in caso di parto.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e le stesse garanzie, gli anzidetti termini operano dalle ore 24:

del giorno di decorrenza della precedente Polizza per le prestazioni e le somme assicurate dalla stessa;

del giorno di decorrenza della presente Polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme eventualmente assicurate.

Art. 4.10 - Cambiamento delle attività professionali assicurate

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza che si verifichi nel corso del contratto.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:

non implica aggravamento di rischio, l'Assicurazione per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;

implica aggravamento di rischio tale che l'Impresa avrebbe consentito l'Assicurazione limitando la garanzia prestata, essa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dal contratto, ai

Condizioni di assicurazione

sensi dell'art. 1898 codice civile.

Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa del cambiamento nel corso del contratto dell'Attività professionale dichiarata, in caso di Ricovero che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;

nessun Indennizzo viene corrisposto se il Ricovero è determinato da Infortunio e la diversa attività rientra tra le seguenti:

- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
- Attività circense
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- Fantino / Driver (trotto)
- Guardia del corpo / Buttafuori
- Guida alpina
- Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo
- Istruttore di corsi di sopravvivenza
- Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista
- Speleologo
- Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

Art. 4.11 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio o della Malattia.

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

FUO – Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio

Si prende atto fra le parti che dalle garanzie prestate sono esclusi gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque esplicito, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni subite dall'Assicurato a motivo dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda di Polizza.

L - Limitazione dei ricoveri da infortunio

Si conviene fra le parti che la garanzia non è operante per i ricoveri da infortuni derivanti dall'Attività professionale esercitata.

N - Esclusione dei ricoveri da infortunio

Si conviene fra le parti che la garanzia non è operante per i ricoveri determinati da infortuni derivanti da qualsiasi causa.

5. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

Art. 5.1 – Garanzie prestate

L'Impresa presta i servizi di Assistenza di seguito riportati tramite la Centrale Operativa di AGA Service Italia S.c.a.r.l. con sede operativa in via Ampère n. 30, 20131 Milano e sede legale in Piazzale Lodi n. 3, 20137 Milano, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione stipulata con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste nella presente Polizza.

Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

Condizioni di assicurazione

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante. In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente paragrafo, emergesse la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale.

Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione' prevista al precedente paragrafo, risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (Inglese, Francese, Tedesco, Spagnolo) richiesta dai medici del Centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, **non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle eventuali diagnosi del medico curante, la Centrale Operativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione oviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio di consulenza **non fornisce diagnosi e/o prescrizioni**.

La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

Consulenza telefonica su viaggi e medicina

Condizioni di assicurazione

In caso di necessità, la Centrale Operativa metterà a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico- sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostico-instrumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richiama un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati. Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza, il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di Malattia o Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessita di una visita medica, la Centrale Operativa provvede a inviargli un proprio medico convenzionato.

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunicherà ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa si assumerà i relativi costi fino ad un massimo di otto ore lavorative per evento.

Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessita di medicinali regolarmente prescritti e commercializzati in Italia irripetibili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il

Condizioni di assicurazione

trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa, mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi.

Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, fino ad un massimo di euro 1.000,00 per evento, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.

Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o Malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria per un periodo superiore a 4 giorni, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.

Nel caso in cui il Ricovero sia per un periodo superiore a 7 giorni, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- ambulanza
- treno (se necessario in vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Rientro / Rimpatrio figli minori

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un parente o di altra persona designata dall'Assicurato, residente in Italia, un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto tenendone a carico i relativi costi. In alternativa, la Centrale Operativa provvederà a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

Temporary Inability Care

Validità territoriale: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino.

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o grave Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital od ospedale qualora l'Assicurato riceva una prognosi di Inabilità

Condizioni di assicurazione

temporanea superiore a 7 giorni.

La Centrale Operativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno esser richieste più di una volta per anno assicurativo.

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza.

Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare l'Assicurato delle relative spese sino a un massimo di euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Controllo a distanza delle condizioni di salute

La Centrale Operativa telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

Controllo a distanza di parametri medici

La Centrale Operativa, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendessero necessario, metterà temporaneamente a sua disposizione in comodato d'uso delle apparecchiature elettromedicali idonee al monitoraggio telefonico a distanza dei seguenti parametri vitali: battito e frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione ossigeno e peso corporeo. La Centrale Operativa sorveglierà l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al caso attraverso la ricezione telefonica ed il controllo medico dei parametri vitali oggetto del monitoraggio stesso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di monitoraggio, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.

Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.

Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il

Condizioni di assicurazione

costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa.
I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

Consegna medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.**

Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di Inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui **costo rimarrà a carico dell'Assicurato.**

Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino a **un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione.

Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

La Centrale Operativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, al reperimento ed al suo Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio, dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. La Centrale Operativa terrà a proprio carico la relativa spesa per la retta di degenza **fino ad un massimo giornaliero pari a euro 150,00.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile fornire direttamente il servizio, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato con il limite di **euro 160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

In concomitanza con il periodo di Ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, saranno a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni che verranno organizzate ed erogate dalla Centrale Operativa in accordo con l'Assicurato stesso, in base alle effettive difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza dell'Assicurato da casa:

Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre **resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

Condizioni di assicurazione

Disbrigo faccende domestiche

La Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di Ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale. Su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà, inoltre, ad organizzare il Ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.

Protezione abitazione

La Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato – ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di euro 250,00 oppure di euro 280,00 qualora non fosse in grado di erogare direttamente il servizio. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione, il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.

Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati della Centrale Operativa potrà avvenire solo in presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Art. 5.2 - Raddoppio massimali

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta.

Art. 5.3 - Esclusioni e delimitazioni

L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

Sono escluse le prestazioni in dipendenza:

- dall'esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- di guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- di terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- di dolo dell'Assicurato;
- di abuso di alcolici e psicofarmaci e di uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- di fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- da malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato;
- di gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di Assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- di patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- di suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- le prestazioni in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza e nei casi in cui le autorità locali impongano un divieto o rendano impossibile l'intervento di Assistenza.

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Centrale Operativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

Condizioni di assicurazione

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente servizio si prescrive al compimento di un anno dalla data di scadenza del servizio stesso.

Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

6. IN CASO DI SINISTRO

INFORTUNI

(Presente solo se selezionata la Sezione Infortuni)

Art. 6.1 – Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

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

L'Assicurato deve altresì:

fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;

inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa. Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici nel termine prescritto, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore;

sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;

fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente - se diverso dall'Assicurato -, i suoi eredi legittimi o i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza devono dare immediato avviso all'Impresa.

Art. 6.2 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 6.3 - Pagamento dell'indennizzo

Condizioni di assicurazione

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea.

Art. 6.4 - Anticipo sull'indennità per Invalidità permanente da infortunio

L'Impresa, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo sull'Indennità per Invalidità permanente nel caso di Infortunio i cui postumi invalidanti siano stimati dall'Impresa in misura prevedibilmente non inferiore al 20%.

L'anticipo corrisposto è pari al 50% del presumibile Indennizzo e viene conguagliato in sede di definitiva liquidazione del Sinistro.

Quanto sopra non costituisce impegno dell'Impresa circa il grado percentuale definitivo di Invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Impresa sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio.

MALATTIA

(Presente solo se selezionata la Sezione Malattia)

Art. 6.5 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, deve presentare denuncia scritta all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, quando il medico che ha in cura l'Assicurato o il medico di famiglia ritenga che la Malattia oggetto di denuncia abbia concluso la sua fase acuta e che possa comportare una Invalidità permanente.

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

L'Assicurato deve altresì:

- inviare all'Impresa attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copie delle cartelle cliniche e ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Qualora l'Assicurazione pervenga alla scadenza prima che la Malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno sempreché la Malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'Assicurazione stessa.

Art. 6.6 - Malattie progressivamente invalidanti

In deroga a quanto previsto nel punto c) dell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da malattia" della Sezione Malattia si precisa che, nel caso l'Invalidità permanente da Malattia già accertata sia stata determinata da una delle patologie qui di seguito indicate:

- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Morbo di Alzheimer
- Mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici
- Mielopatia lombo-sacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici,

le medesime possono essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Tale seconda valutazione deve comunque essere esperita non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di Invalidità permanente indennizzabile ai sensi dell'articolo "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da malattia" della Sezione Malattia e la percentuale precedentemente indennizzata.

Condizioni di assicurazione

Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Art. 6.7 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

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

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

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

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

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

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

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

Art. 6.8 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia in euro.

RICOVERO

(Presente solo se selezionata la Sezione Ricovero)

Art. 6.9 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto degli stessi, deve presentare denuncia scritta entro 15 giorni da quello in cui è avvenuto il Ricovero, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo.

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

L'Assicurato deve altresì:

- fornire copia della cartella clinica e di ogni altra documentazione sanitaria relativa alle degenze conseguenti alla Malattia e/o all'Infortunio denunciati;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, il Contraente – se diverso dall'Assicurato – o i suoi eredi legittimi devono dare immediato avviso all'Impresa.

Art. 6.10 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

Condizioni di assicurazione

Il diritto all'Indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato muore dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

Anche per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia in euro.

Art. 6.11 – Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa – o da un consulente medico da questa incaricato – con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

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

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

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

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

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

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

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

ASSISTENZA

Art. 6.12 – Obblighi

Qualora il Contraente o l'Assicurato debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza dovrà **contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

numero verde 800 68 68 68 dall'Italia

numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero)

telex +39 02 70 630 091

indicando con precisione:

il tipo di assistenza di cui necessita;

cognome e nome;

indirizzo e luogo da cui chiama;

eventuale recapito telefonico;

il numero di Polizza.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza

AGA Service Italia S.c.a.r.l.

Piazzale Lodi, 3

20137 Milano (MI)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;

Condizioni di assicurazione

comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

B1 – Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

B2 – Clausola Broker con riparto di coassicurazione

Premesso che l'Assicurazione è ripartita per quote tra le Compagnie indicate nella Scheda di Polizza, il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio, la quale tratterà con la Società Delegataria informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di Polizza il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite della sopracitata società di brokeraggio direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo emesso dalla Società Delegataria.

I – Indicizzazione

Premesso che con l'espressione:

“indice” si intende l'indice mensile nazionale dei “prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati” pubblicato dall'ISTAT;

“indice di riferimento annuale” si intende l'indice relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio;

alla scadenza di ogni annualità di Premio, il Premio stesso, le somme assicurate ed i limiti di Indennizzo (non espressi in percentuale) previsti nella Scheda di Polizza vengono adeguati in conformità al rapporto tra l'indice di riferimento annuale e quello immediatamente precedente.

Sono esclusi da tale indicizzazione gli scoperti/franchigie eventualmente previsti indicati nella Scheda di Polizza.

In ogni caso non è soggetta ad adeguamento la garanzia Assistenza.

Qualora l'indice ISTAT non fosse più disponibile, l'Impresa si riserva di adottare un indice equipollente, che provvederà a comunicare tempestivamente, ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

M - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente

A parziale deroga di quanto indicato in Polizza, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza per:

Morte da Infortunio

Invalità permanente da Infortunio

Inabilità temporanea

Invalità permanente da Malattia

Indennità giornaliera per Ricovero

deve intendersi la Ditta Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;

che le Indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva

Condizioni di assicurazione

responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o la Polizza a margine indicati;
l'/gli Assicurato/i, con la sottoscrizione della presente condizione particolare, manifesta/no il suo/loro esplicito consenso a quanto sopra convenutosi.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua naturale scadenza.

Condizioni di assicurazione

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Tabella INAIL

Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda di Polizza, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Descrizione	Percentuale	
	destro	sinistro
Sordità completa di un orecchio		15%
Sordità completa bilaterale		60%
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere relativa tabella)		
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8%
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18%
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11%
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30%
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25%
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15%
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		=
Esiti della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita:		
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio		12%
- totale dell'anulare		8%
- totale del mignolo		12%
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	7%	6%
- della falange ungueale del medio		5%
- della falange ungueale dell'anulare		3%
- della falange ungueale del mignolo		5%
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio		8%
- delle due ultime falangi dell'anulare		6%
- delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%

Condizioni di assicurazione

b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45%
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto		70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso		16%
Perdita totale del solo alluce		7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3%
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio		35%
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto		20%
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11%

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

Visus perduto	1/10	2/10	3/10	4/10	5/10	6/10	7/10	8/10	9/10	10/10
Visus residuo	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	0
Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	1%	3%	6%	10%	14%	18%	23%	27%	31%	35%
Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)	2%	6%	12%	19%	26%	34%	42%	50%	58%	65%

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	di 7/10	di 6/10	di 5/10	di 4/10	di 3/10	inferiore a 3/10
15%	18%	21%	24%	28%	32%	35%

- In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Condizioni di assicurazione

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Rischi di categoria 1

Affittacamere – Agente/promotore/operatore turistico – Architetto solo in studio
Botanico
Casalinga - Cassiere – Commercialista/perito commerciale
Dirigente senza lavoro manuale (esclusa azienda agricola)
Enologo - Estetista
Farmacista (titolare/addetto all'esercizio)
Geometra solo in studio – Giornalista occupato solo in ufficio
Impiegato amministrativo/tecnico con mansioni solo all'interno e senza lavoro manuale – Ingegnere solo in studio -
Insegnante senza uso di laboratorio (esclusa educazione fisica)
Logopedista
Magistrato
Notaio
Parrucchiere - Perito elettronico - Perito ottico
Studente

Rischi di categoria 2

Accompagnatore turistico – Agricoltore proprietario o affittuario senza lavoro manuale – Allevatore proprietario senza lavoro manuale – Architetto che accede anche ad ambienti di lavoro - Avvocato
Benestante senza occupazione
Cameriere - Chimico escluso il trattamento di sostanze radioattive ed esplosive – Commerciante che si dedica anche alla vendita senza carico e scarico merci e senza uso di macchine - Corniciaio
Dirigente con lavoro manuale (esclusa azienda agricola)
Elettricista senza accesso a ponti o impalcature
Fisico escluso il trattamento di sostanze radioattive ed esplosive - Fisioterapista – Fotografo
Gelataio - Geologo - Geometra che accede anche ad ambienti di lavoro - Giornalista occupato anche all'esterno
Idraulico senza accesso a ponti o impalcature - Impiegato amministrativo/tecnico con mansioni anche all'esterno o lavoro manuale – Infermiere - Ingegnere che accede anche ad ambienti di lavoro – Insegnante con uso di laboratorio – Insegnante di educazione fisica - Istruttore di scuola guida
Laccatore/verniciatore senza accesso a ponti e impalcature
Massaggiatore - Mediatore di bestiame - Medico generico – Medico specialista
Odontotecnico - Orologiaio – Ostetrica - Ottico
Pensionato - Perito Agrario – Perito danni di assicurazione - Perito elettromeccanico - Perito industriale - Perito tessile
Radiotecnico senza collocamento di antenne su tetti
Sarto
Tappezziere senza uso di scale, ponti e impalcature - Tipografo
Veterinario - Vetrinista

Rischi di categoria 3

Addobbatore di scena senza accesso a ponti o impalcature - Agricoltore proprietario o affittuario con lavoro manuale - Archeologo - Autista (trasporto pubblico o noleggio) – Autotrasportatore / autista di autocarro / autotreno / motocarro senza carico e scarico escluso trasporto di esplosivi e merci pericolose

Condizioni di assicurazione

Bracciante/salariato agricolo
Carpentiere - Carrozziere - Commerciante che si dedica anche alla vendita con carico e scarico merci o uso di macchine
Dirigente di azienda agricola con lavoro manuale
Elettrauto – Elettricista con accesso a ponti o impalcature - Esattore
Fornaio
Gommista
Idraulico con accesso a ponti o impalcature - Imbianchino senza accesso a ponti o impalcature
Laccatore/verniciatore con accesso a ponti o impalcature - Lattoniere senza uso di macchine utensili e senza accesso a ponti e impalcature
Magazziniere escluso trattamento di esplosivi e merci pericolose - Magliaino – Marmista senza uso di macchine utensili - Meccanico – Mugnaio – Muratore senza accesso a ponti o impalcature
Nettezza urbana (addetto)
Orticolto
Pasticciere - Pellicciaio - Pizzaiolo – Portavalori - Pozzi neri e spurgo (addetto)
Raccogliatore di frutta o ortaggi
Tappezziere con uso di scale, ponti o impalcature - Trattorista
Vetraio

Rischi di categoria 4

Addobbatore di scena con accesso a ponti o impalcature - Allevatore addetto o proprietario con lavoro manuale - Antennista - Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro con carico e scarico escluso trasporto di esplosivi e merci pericolose
Boscaiolo
Falegname - Fuochista su navi non militari
Giardino zoologico (addetto)
Imbianchino con accesso a ponti o impalcature - Istruttore/allenatore di equitazione
Lattoniere con uso di macchine utensili o accesso a ponti o impalcature
Marmista con uso di macchine utensili - Muratore con accesso a ponti o impalcature
Scaricatore/caricatore di merci non pericolose – Stalliere/artiere
Tornitore
Vigile del fuoco anche con mansioni operative (non sommozzatore)