

AMISSIMA 3 PER TE

Contratto di Assicurazione contro gli infortuni e le malattie.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Glossario**
- **Informativa privacy**
- **Condizione di assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.
Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DANNI “RAMI ELEMENTARI” - POLIZZA AMISSIMA 3 PER TE

(predisposta ai sensi dell'Art.185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

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 del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

Amissima Assicurazioni S.p.A.

Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia Tel. +39 02 30761 - Fax +39 02 3086125 - sito: www.amissimagruppo.it – indirizzo di Posta Elettronica Certificata: amissima@pec.amissima.it. Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: 1.00031 - Impresa autorizzata con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31 dicembre 2014, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad € 193,2 milioni, di cui Capitale Sociale € 165,1 milioni e Riserve Patrimoniali € 0,1 milioni. L'indice di solvibilità è pari a 1,64 e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale (sessanta giorni nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio), il contratto si intende tacitamente rinnovato, secondo quanto previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'Assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Le coperture malattia stipulate con durata poliennale non prevedono invece il tacito rinnovo.

Per la sola Sezione C la copertura cesserà automaticamente in quanto senza tacito rinnovo e quindi senza obbligo di disdetta alla scadenza contrattuale pattuita.

Il tutto secondo quanto previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto sono:

- **Sezione A - Assicurazione Infortuni**

La Società indennizza i danni derivanti dal caso di Infortunio che abbiano come conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente, una Inabilità Temporanea o la necessità di Rimborso di Spese Mediche, secondo quanto previsto dagli Artt. 25, 26, 28 e 29 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

La società garantisce inoltre servizi di assistenza e prestazioni descritti nelle Norme che regolano la garanzia Assistenza Infortuni (Artt. compresi tra il 32 e il 35).

- **Sezione B - Assicurazione Indennità da Ricovero**

La Società indennizza i danni derivanti dal caso di Infortunio o Malattia che comportino un Ricovero presso un Istituto di cura, secondo quanto previsto dagli Artt. 36 e seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione Indennità da ricovero.

La garanzia Indennità da ricovero può essere limitata al solo caso di infortunio, secondo quanto previsto dalla Condizione Aggiuntiva E – Limitazione alla sola copertura Infortuni, delle Condizioni Aggiuntive.

La Società garantisce inoltre servizi di assistenza e prestazioni descritti nelle Norme che regolano la garanzia Assistenza Infortuni e Malattia (Artt. compresi tra il 47 e il 50).

- **Sezione C - Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia**

La Società indennizza i danni derivanti dal caso di Malattia che comporti un'Invalidità Permanente, secondo quanto previsto dagli Artt. 51 e seguenti delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da malattia.

La Società garantisce inoltre servizi di assistenza e prestazioni descritti nelle Norme che regolano la garanzia Assistenza Malattia (Artt. compresi tra il 62 e il 64).

Esclusioni di copertura

È data facoltà di estendere le coperture assicurative prestate ai casi previsti dalle Condizioni Aggiuntive di polizza, presenti nelle relative Sezioni ed operanti solo se espressamente richiamate.

Avvertenza - Esclusioni di copertura

Le "Esclusioni" di polizza espressamente indicate nelle Norme che regolano l'Assicurazione per ogni sezione di riferimento (Artt. 18, 34, 38, 49, 53, 63), determinano i casi di inoperatività della copertura.

Avvertenza - Limitazioni di copertura – Franchigie e scoperti di polizza

Le coperture di polizza possono prevedere limitazioni derivanti dall'applicazione di scoperti, franchigie, minimi non indennizzabili e sottolimiti di risarcimento come previsto dagli Artt. 27, 28, 29, 32, 33, 36, 37, 47, 48, 52, 59, 62 e dalle Condizioni Speciali e Condizioni Aggiuntive presenti in ogni sezione, nonché nella Sezione Rischi Speciali.

Esempi di applicazione di franchigie, scoperti e sottolimiti di risarcimento.

Per il caso di Invalidità Permanente, su somme assicurate sino ad € 150.000,00, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 3% (salvo il caso in cui venga richiamata la Condizione Aggiuntiva n. 9). Per somme assicurate superiori ad € 150.000,00, il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle franchigie assolute indicate alla lettera B – Franchigia assoluta per Invalidità Permanente, delle Condizioni Speciali sempre valide ed operanti.

- a) Somma assicurata I.P. pari ad € 150.000,00. Invalidità Permanente accertata 5% - Invalidità Permanente liquidata, pari a 2 punti percentuali: € 3.000,00.
- b) Somma assicurata per garanzia I.P.M. € 100.000,00 - I.P. accertata 35% - I.P. liquidata, pari al 6% della somma assicurata: € 6.000,00.

Avvertenza - Limiti di età

Il limite massimo di età assicurabile è sancito in anni 80 per la copertura Infortuni, in anni 70 per la copertura Indennità da Ricovero ed in anni 65 per la copertura Invalidità Permanente da Malattia, come indicato agli Artt. 19, 39 e 54 delle Norme che regolano le varie Sezioni di riferimento.

4. PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Per la copertura malattia sono previsti periodi di carenza contrattuali indicati in maniera specifica dall'Art. 37 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa, delle Norme che regolano l'Assicurazione Indennità da ricovero e dall'Art. 52 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa, delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia.

5. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO – NULLITÀ

Avvertenza - Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze relative alla valutazione del rischio, rese in sede di conclusione del contratto, possono comportare effetti sulla prestazione, secondo quanto previsto dall'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Avvertenza - Limitatamente alle coperture Malattia, per evitare pregiudizi in fase di erogazione della prestazione è necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario sanitario.

Avvertenza - Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

1. se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
2. se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
3. nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

come indicato all'Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

- **Assicurazione Infortuni**

Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio secondo quanto previsto dall'Art. 5 – Aggravamento del rischio e dall'Art. 6 - Diminuzione del rischio, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Esempio: Attività dichiarata: Studente – Attività svolta Fabbro. Conseguente riduzione di indennizzo: 60% (in base alla Tabella delle percentuali di indennizzo indicata dall'Art. 21 – Attività diverse da quella dichiarata).

- **Assicurazione Malattia**
Il Contraente/Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni variazione di rischio.

7. PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 3 – Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%, il frazionamento quadrimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 4%, mentre il frazionamento trimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 5%.

Il contratto può essere stipulato con durata poliennale; in tal caso sono previsti specifici sconti predisposti a fronte di tale poliennalità, con le seguenti modalità:

- **3 anni – sconto 3%;**
- **5 anni – sconto 5%.**

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di anticiclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore a € 750,00 (settecentocinquanta).

Avvertenza – Nel caso di polizza poliennale a fronte della suddetta riduzione di premio il Contraente non può esercitare la facoltà di disdetta fino alla scadenza pattuita nei primi 5 anni.

Avvertenza - è facoltà della Società o dell'intermediario prevedere sconti di premio con le seguenti modalità:

- concordando con il Contraente limitazioni di garanzia;
- sulla base di specifiche valutazioni o iniziative di carattere commerciale.

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate ed il premio possono essere soggetti ad adeguamento, secondo quanto previsto dalla clausola di indicizzazione indicata all'Art. 15 – Adeguamento automatico, della Clausola di indicizzazione, valida ed operante se espressamente richiamata sul frontespizio di polizza.

9. DIRITTO DI RECESSO

Avvertenza - Le Parti hanno la possibilità di recedere entro i termini previsti dall'Art. 8 - Facoltà di recesso, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

In caso di **polizza annuale**, emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso di **polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio**, le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, come previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione.

Avvertenza – Nel caso di polizza poliennale a fronte della suddetta riduzione di premio il Contraente non può esercitare la facoltà di disdetta fino alla scadenza pattuita nei primi 5 anni.

Avvertenza - In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Per sinistro:

- a) nel caso in cui Il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato “non è un consumatore”:

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C. del Contraente. Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

Avvertenza in caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso. Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

10. TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c..

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c., può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

11. LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art.180 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

12. REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali a carico del Contraente sono:

- per le garanzie Infortuni e malattia, pari al 2,50% del premio imponibile;
- per la garanzia Assistenza, pari al 10% del premio imponibile.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

Avvertenza - In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato devono darne avviso per iscritto, anche via P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 c.c., secondo quanto riportato dall'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da certificati medici secondo quanto previsto dall'Art. 23 – Denuncia dell'Infortunio ed oneri relativi, delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, secondo quanto previsto dall'Art. 57 – Obblighi in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione Invalidità Permanente da malattia.

Avvertenza - ai sensi dell'Art. 7 – Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, per quanto riguarda le garanzie relative ad Infortuni e Malattie si applica quanto segue:

- **Momento di insorgenza del sinistro.** L'insorgenza del sinistro è il momento in cui si determina l'evento previsto dalle coperture assicurative (verificarsi dell'infortunio o manifestarsi della malattia);
- **Modalità e termini per la denuncia del sinistro.** La denuncia deve essere presentata, per iscritto, anche via P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o da quando l'Assicurato o i suoi aventi causa ne hanno avuto conoscenza (Art. 7). La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato e deve essere corredata dalla documentazione di cui agli Artt. 23, 42 e 57;
- **Spese per l'accertamento del danno.** Non sono previste spese salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all'indennizzo nonché quelle previste dalla procedura arbitrale (Artt. 30, 44 e 60);
- **Richiesta visita medica.** La visita medica può essere richiesta dalla Società, a sue spese, per la verifica del diritto all'indennizzo.

Avvertenza - in merito alla garanzia Assistenza, la gestione dei sinistri viene affidata all'impresa **EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)** (Artt. 35, 50 e 64).

14. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Secondo quanto previsto dal Regolamento Ivass n. 24/2008 e successive integrazioni:

In tutti i casi in cui l'utente, ad esempio contraente, assicurato, beneficiario o danneggiato, associazione dei consumatori, si ritenga insoddisfatto relativamente ad un contratto o a un servizio assicurativo, potrà, in prima battuta, sporgere formale reclamo **per iscritto**, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano
- a mezzo fax 02/45402417

- a mezzo mail: reclami@amissima.it.

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo semplificativo e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, sarà sua **facoltà** ricorrere:

1. all'**Ivass** (www.ivass.it) inoltrando l'apposito modulo:
 - via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
 - via fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353,
 - via PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it.

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto.

Secondo quanto previsto dall'art. 4 del Regolamento IVASS 24.2008 potranno essere inviati all'IVASS:

a) i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;

b) i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'articolo 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;

c) i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'articolo 7.

L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

In relazione alle **controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.**

2. all'**arbitrato**, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.

Qualora intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo **obbligo** ricorrere in via preliminare alla **Mediazione**.

Il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti).

In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata alla Compagnia all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2216.

In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia, potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante

15. ARBITRATO

Per l'accertamento relativo alle lesioni fisiche, le controversie di natura medica, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Avvertenza - è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Mediazione civile

Si rammenta che il D. Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltreché al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con riferimento alla mediazione civile ex D. Lgs. 28/2010, Vi informiamo che le istanze potranno essere rivolte alla presente Compagnia Assicurativa all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Per ogni controversia relativa al contratto assicurativo, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria innanzi l'organo giudiziario competente, è obbligatorio esperire il procedimento di mediazione.

L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, con l'assistenza del proprio avvocato.

La mediazione è facoltativa, invece, per quanto concerne la risoluzione di controversie relative al risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli a motore e natanti.

La normativa esclude inoltre l'obbligo di esperire la mediazione in caso di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis c.p.c. e nelle ulteriori esenzioni previste dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dalla Legge del 9 agosto 2013, n. 98.

RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

Avvertenza - la Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n.179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n.221, ha predisposto nella home page del sito internet www.amissimagruppo.it l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale Lei potrà accedere alla Sua posizione assicurativa.

Consultando il sito internet, potrà conoscere le modalità di accesso all'area riservata.

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Amissima Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

L' Amministratore Delegato

Il Direttore Generale

(Dott. Roberto Laganà)



Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

ATTIVITÀ RICREATIVA:

l'attività svolta nel tempo libero, a scopo ludico, senza finalità di lucro.

ATTIVITÀ AGONISTICA:

forma di attività sportiva praticata sistematicamente e/o continuativamente soprattutto in forma organizzata dalle federazioni sportive nazionali, dagli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e dal Ministero della Pubblica Istruzione relativamente ai giochi della Gioventù a livello nazionale per il conseguimento di prestazioni sportive di un certo livello.

ATTIVITÀ SPORTIVA E DILETTANTISTICA:

ogni pratica sportiva che comporta remunerazione anche solo sotto forma di rimborso spese.

ATTIVITÀ SPORTIVA PROFESSIONISTICA:

ogni pratica sportiva che comporta qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisce fonte di reddito nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI, svolta in maniera continuativa.

BENEFICIARIO:

il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

CLASSE DI RISCHIO:

l'insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

CONVALESCENZA:

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

DAY HOSPITAL:

la degenza diurna, senza pernottamento, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

DIFETTO FISICO:

perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).

FRANCHIGIA:

l'importo espresso in cifra fissa, percentuale o giorni che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

INABILITÀ TEMPORANEA:

l'impedimento temporaneo dell'Assicurato, totale o parziale, ad attendere alle sue occupazioni.

INDENNIZO/RIMBORSO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

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

INGESSATURA:

il mezzo di contenzione costituito da fasce gessate o altri apparecchi comunque immobilizzanti ed applicati in Istituto di cura.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA:

la perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.

ISTITUTO DI CURA:

l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché gli Istituti di lunga degenza e gli Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

MALATTIA:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

POLIZZA CUMULATIVA:

la polizza in cui Assicurato e Contraente non si identificano in un unico soggetto, indipendentemente dal numero delle persone assicurate.

POST-RICOVERO:

il periodo di convalescenza successivo al ricovero.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO:

il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 c.c. e che forma parte integrante della polizza.

RICOVERO:

la degenza in Istituto di Cura anche in regime di Day Hospital.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

SINISTRO:

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

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A..

SCOPERTO:

la percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA ASSISTENZA:**CENTRALE OPERATIVA:**

la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

PRESTAZIONI:

sono le assistenze prestate dalla Centrale Operativa all'Assicurato.

Informativa Privacy

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d’ora innanzi “il Decreto Legislativo”), AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipule di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all’adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell’ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all’adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normative comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);
- B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all’esercizio dell’attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c). Tali comunicazioni verranno effettuate con strumenti tradizionali (telefono e posta) o automatizzati (posta elettronica, sms, MMS, fax, social media) fermo restando che l’interessato può esprimere il suo consenso limitatamente al solo canale tradizionale o automatizzato di profilazione ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l’adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

- a) Comunicazioni obbligatorie: sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell’ordine (P.S., C.C., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CARD; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.
- b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l’esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi

per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione al le finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

- c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società: é ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo Assicurativo AMISSIMA, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società. Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

Condizioni di assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

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

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c..

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 c.c..

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in 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, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 4 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 5 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi dell'Art. 1898 c.c..

Art. 6 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 7 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'Art. 1913 c.c.. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'Art. 1915 c.c..

Art. 8 – FACOLTÀ DI RECESSO

Per contratti di durata annuale (con tacito rinnovo)

Le Parti possono recedere alla scadenza annuale indicata in polizza mediante disdetta inviata con lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) come previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione.

Per contratti di durata poliennale con riduzione del premio (sconto per poliennalità di durata massima 5 anni)

Le Parti, nel caso di polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio, possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata, come previsto dall'Art. 9 – Proroga dell'assicurazione.

Per sinistro

a) nel caso in cui il Contraente/Assicurato "è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

nel caso in cui il Contraente/Assicurato "non è un consumatore":

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C..

Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia dell'infortunio o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Con riferimento alla **garanzia malattia**, il recesso a seguito di sinistro può essere esercitato dalla Società entro i primi due anni dalla stipulazione del contratto solamente nel caso di polizze aventi durata poliennale, come da normativa attualmente vigente.

Art. 9 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Se la polizza è stata emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. della Società (disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Nel caso di **polizza poliennale di durata non superiore a cinque anni con riduzione del premio**, le Parti possono recedere alla scadenza indicata in polizza, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni

Le coperture malattia stipulate con durata poliennale non prevedono invece il tacito rinnovo.

Per la sola Sezione C, la copertura cesserà automaticamente senza tacito rinnovo e senza obbligo di disdetta alla scadenza contrattuale pattuita.

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art. 11 – FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

Art. 12 – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive, stati paranoidi o sindromi da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

Art. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge. Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Tutte le controversie ad esso relative sono soggette alla giurisdizione italiana.

Art. 14 – PRECISAZIONI

Gli Artt. 5 - Aggravamento del rischio e 6 - Diminuzione del rischio, non si applicano alle Sezioni B e C.

CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE

(Valida ed operante se espressamente richiamata sulla scheda di polizza).

Art. 15 – ADEGUAMENTO AUTOMATICO

I capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di massimali e di premio.

Qualora la variazione sia inferiore al **2%**, la variazione stessa viene arrotondata al **2%**.

Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con rimborso del rateo di premio pagato e non goduto. Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza espressi in moneta, esclusi scoperti e franchigie e relativi minimi.

SEZIONE A - ASSICURAZIONE INFORTUNI

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

Art. 16 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- a) delle attività professionali principali e secondarie;
- b) di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- le affezioni conseguenti a morsi di animali od a punture di insetti, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie;
- le rotture sottocutanee dei tendini.

Art. 17 – INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c., si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Art 18 – RISCHI ESCLUSI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti a motore per uso non privato;
 - di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dalla Condizione Speciale A - Rischio Volo;
- d) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- e) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- f) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;
- g) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- h) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- i) da guerra, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica;
- j) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

I rischi di cui alle lettere b), d), e), sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

Sono altresì escluse:

- k) le ernie, salvo le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:
 - la copertura assicurativa decorra dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
 - qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
 - qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 30 - Controversie - Arbitrato irrituale – delle presenti Norme.

Qualora, per sostituzione od altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra uguale copertura, il termine di 180 giorni sopra stabilito decorre:

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

Sono inoltre escluse le infezioni del virus H.I.V. anche se derivanti da infortunio.

Art. 19 - LIMITI DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 80, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 20 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'Inabilità Temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 21 – ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo quanto disposto dagli Artt. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 5 - Aggravamento del rischio, 6 - Diminuzione del rischio, 18 - Rischi esclusi, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà ridotto in percentuale secondo quanto riportato nella seguente Tabella, se la diversa attività aggrava il rischio:

	Attività dichiarata				
	Classe	A	B	C	D
Attività svolta al momento del sinistro	A	100	100	100	100
	B	80	100	100	100
	C	60	70	100	100
	D	40	50	70	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla " Tabella dei codici di professione e delle attività", allegata alle presenti Norme. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o di analogia ad una attività elencata nella suddetta tabella, delle presenti Norme.

Art. 22 – ALTRE ASSICURAZIONI – SEZIONE A

Fermo quanto previsto dall'Art. 2 - Altre assicurazioni, qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato o dal Contraente, superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 15 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 23 – DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni, deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 24 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 26 - Invalidità Permanente delle presenti Norme, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 25 - MORTE

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi dell'Assicurato, secondo le quote previste dalla legge. L'indennizzo per il caso di Morte, non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 26 – INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale, è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Art. 27 – ESTRATTO DELLA TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
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	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
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 o amputazione di essa 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 fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del **100%**. In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra, si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 28 – INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle sue occupazioni. L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quelli dovuti per Invalidità Permanente, per Morte e per indennità da ricovero.

Art. 29 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- b) diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- c) terapie fisiche e medicinali (entro il limite del **20%** della somma assicurata);
- d) rette di degenza in Istituto di cura a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- e) trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza.

La richiesta di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per quanto sopraindicato, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine delle cure mediche.

L'indennizzo verrà corrisposto previa detrazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **Euro 100,00**.

Art. 30 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 24 - Criteri di indennizzabilità delle presenti Norme, possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico, risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

È Facoltà delle Parti adire l'Autorità Giudiziaria.

Art. 31 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI SPECIALI (Sempre valide ed operanti)

A – RISCHIO VOLO

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

- da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;
- da aeroclub.

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza, ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo, in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società, non potrà superare il limite di:

- a) per persona:
 - **Euro 1.100.000,00** per il caso di Morte;
 - **Euro 1.100.000,00** per il caso di Invalidità Permanente;
 - **Euro 260,00** al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.
- b) Complessivamente per aeromobile:
 - **Euro 5.500.000,00** per il caso di Morte;
 - **Euro 5.500.000,00** per il caso di Invalidità Permanente;
 - **Euro 5.500,00** al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile, rientrano anche le somme assicurate che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, individuali e/o cumulative, stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che le somme assicurate complessivamente eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

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

B – FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- a) **3%** sulla somma assicurata fino a **Euro 150.000,00**;
- b) **5%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**;
- c) **10%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00** e fino a **Euro 500.000,00**;

d) **15%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 500.000,00**.

Pertanto sulla somma assicurata:

- **fino a Euro 150.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari o inferiore al **3%**, non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al **3%**, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il **3%**;
- **eccedente Euro 150.000,00 e fino a Euro 250.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al **5%**, non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al **5%**, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il **5%**;
- **eccedente Euro 250.000,00 e fino a Euro 500.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al **10%** non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al **10%**, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il **10%**;
- **eccedente Euro 500.000,00:**
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al **15%** non è dovuto alcun indennizzo; per Invalidità Permanente superiore al **15%**, l'indennizzo viene riconosciuto solo per l'aliquota eccedente il **15%**.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza deduzione di alcuna franchigia.

C – FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà corrisposto a partire:

- dal sesto giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata pari o inferiore a **Euro 31,00**;
- dal nono giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata superiore a **Euro 31,00**;
- dall'undicesimo giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata superiore a **Euro 52,00**.

Le franchigie di cui sopra non verranno applicate nel caso in cui l'Inabilità Temporanea accertata sia relativa ad un periodo pari o superiore a 30 giorni.

D – RADDOPPIO DELLA SOMMA ASSICURATA IN CASO DI MORTE A FAVORE DI FIGLI MINORI

La Società liquida ai figli minorenni dell'Assicurato, purché con lo stesso conviventi, che risultino beneficiari dell'assicurazione, l'indennizzo previsto in polizza per il caso di Morte aumentato del **100%**, e fino ad un massimo d'aumento di **Euro 110.000,00**, qualora il medesimo infortunio indennizzabile a termini di polizza provochi la morte dell'Assicurato e del Coniuge o del Convivente, entrambi assicurati con polizza infortuni con la sottoscritta Società, **fermi i limiti previsti dalle Condizioni Speciali "A" - Rischio Volo - e "I" - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofali.**

E – SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 50%

A parziale deroga delle Norme che regolano l'assicurazione infortuni e ferme le eventuali franchigie previste in polizza, qualora lo stesso sinistro determini una Invalidità Permanente a termini di polizza superiore al 50%, l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare
51	51,5	62	68
52	53	63	69,5
53	54,5	64	71
54	56	65	72,5
55	57,5	66	74
56	59	67	75,5
57	60,5	68	77
58	62	69	78,5
59	63,5	70	80
60	65	dal 71 al 100	100
61	66,5		

Nel caso in cui vengano richiamate le Condizioni Aggiuntive 10 - Franchigia assoluta del 5% per il caso di Invalidità Permanente e 11 - Franchigia assoluta del 10% per il caso di Invalidità Permanente, l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare
51	51,5	62	68
52	53	63	69,5
53	54,5	64	71
54	56	65	72,5
55	57,5	66	74
56	59	67	75,5
57	60,5	68	77
58	62	69	78,5
59	63,5	70	80
60	65	dal 71 al 100	120
61	66,5		

F – SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza superiore al **5%**, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato infortunato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di **Euro 1.100,00**, su presentazione di regolare documentazione.

G – RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero. La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

H – MORTE PRESUNTA

In caso di naufragio di nave o di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, se entro un anno dalla data dell'incidente il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

I – LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento catastrofale, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **Euro 2.600.000,00**.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

L – BRICOLAGE

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da attività inerenti ai piccoli lavori manuali di bricolage, esercitati non a scopo di lucro o di commercio, espletati con l'uso di utensili domestici, anche azionati da motore.

M – DANNO ESTETICO

In caso di infortunio che comporti, oltre che un indennizzo a titolo di Invalidità Permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Società rimborserà un ulteriore importo massimo di **Euro 1.100,00** per le spese documentate e sostenute dall'Assicurato, per interventi di chirurgia plastica ed estetica, allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

N – INDENNITÀ PER PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo studente Assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e, in conseguenza dell'infortunio stesso, si trovi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà l'**1%** del capitale per lui assicurato per il caso di Invalidità Permanente. Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità Scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

O – ESCLUSIONE CONFLITTI A FUOCO PER LE CAUSE DI SERVIZIO (VALIDA PER CARABINIERI, POLIZIOTTI, POLIZIA LOCALE E GUARDIA DI FINANZA)

Si prende atto tra le Parti che dalle garanzie prestate sono esclusi gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e dovunque esplicato, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco ed aggressioni subite dall'Assicurato, a motivo della attività professionale dichiarata in polizza.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(Valide solo se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza).

1 – SOVRARISCHIO DI LOCOMOZIONE

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni causati dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della polizza, una patente di categoria superiore alla "B", nonché dalla guida di macchine agricole.

2 – PRATICA DI CALCIO

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di calcio anche federali, e relative prove e allenamenti. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7.

La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

3 – PRATICA DI CICLISMO

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di ciclismo anche federali, e relative prove e allenamenti.

Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7.

La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

4 – PRATICA DI IPPICA

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione dilettantistica a gare di ippica anche federali, e relative prove e allenamenti, escluse corse ad ostacoli e salti.

Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7.

La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

5 – PRATICA DI SCALATA DI ROCCIA O GHIACCIO

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalla scalata di roccia o ghiaccio fino al 4° grado della scala di difficoltà di Monaco. Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7.

La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

6 – PRATICA DI IMMERSIONE CON AUTORESPIRATORE

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti dalle immersioni con autorespiratore (comprese le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua).

Vale quanto disposto dalla Condizione Aggiuntiva n. 7.

La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte ed Invalidità Permanente.

7 – PRECISAZIONI

Relativamente alle Condizioni Aggiuntive 2, 3, 4, 5 e 6 si conviene che:

- l'indennizzo per Invalidità Permanente non verrà corrisposto qualora detta Invalidità sia di grado pari o inferiore al **5%** della totale; se essa invece risulterà superiore alla predetta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B per quanto riguarda le somme eccedenti **Euro 250.000,00** mentre si intende abrogato l'ultimo comma della Condizione Speciale B;
- la presente Condizione Aggiuntiva 7 è automaticamente valida e operante in caso di richiamo delle Condizioni Aggiuntive 2, 3, 4, 5 e 6.

8 – LIMITAZIONE DELL’ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

A parziale deroga dell’Art. 16 – Oggetto dell’assicurazione, delle Norme che regolano l’assicurazione Infortuni, la copertura vale esclusivamente per gli infortuni che l’Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione o sospensione dell’attività di lavoro dichiarata, la garanzia rimarrà operante sino al 60° giorno per le stesse somme indicate in polizza.

Trascorso tale termine e fin tanto che l’Assicurato non abbia ripreso la propria attività, la garanzia si intende prestata per somme pari al **75%** di quelle indicate in polizza.

9 – ABOLIZIONE FRANCHIGIA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SULLA SOMMA ASSICURATA FINO A EURO 150.000,00

A parziale deroga della Condizione Speciale B - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità Permanente, la somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- Nessuna franchigia sulla somma assicurata fino a **Euro 150.000,00**;
- **5%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**;
- **10%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00** e fino a **Euro 500.000,00**;
- **15%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 500.000,00**.

Pertanto sulla somma assicurata:

a) fino a **Euro 150.000,00**:

l’indennizzo viene riconosciuto integralmente senza applicazione di alcuna franchigia;

- eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**:
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al **5%**, non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al **5%**, l’indennizzo viene riconosciuto solo per l’aliquota eccedente il **5%**;
- eccedente **Euro 250.000,00** e fino a **Euro 500.000,00**:
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al **10%** non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al **10%**, l’indennizzo viene riconosciuto solo per l’aliquota eccedente il **10%**;
- eccedente **Euro 500.000,00**:
 - per Invalidità Permanente pari od inferiore al **15%** non è dovuto alcun indennizzo;
 - per Invalidità Permanente superiore al **15%**, l’indennizzo viene riconosciuto solo per l’aliquota eccedente il **15%**.

10 – FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 5% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente, quando questa sia di grado non superiore al **5%**. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l’indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B – Franchigia assoluta per il caso di Invalidità Permanente - per quanto riguarda le somme eccedenti **Euro 250.000,00**, mentre si intende abrogato l’ultimo comma della Condizione Speciale B.

11 – FRANCHIGIA ASSOLUTA DEL 10% PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al **10%**. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l’indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato dalla Condizione Speciale B per quanto riguarda le somme eccedenti **Euro 500.000,00** mentre si intende abrogato l’ultimo comma della Condizione Speciale B.

12 – RISCHIO “IN ITINERE” (NON VALIDA PER LE COPERTURA SOLO EXTRAPROFESSIONALE)

L’assicurazione vale anche durante il percorso dell’Assicurato dall’abitazione al luogo di lavoro e viceversa a condizione che il percorso venga effettuato per la strada più breve e nei limiti di un’ora prima e di un’ora dopo l’inizio e la fine dell’orario di lavoro.

13 – LIMITAZIONE DELL’ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

A parziale deroga dell’Art. 16 – Oggetto dell’assicurazione, delle Norme che regolano l’assicurazione Infortuni, la copertura vale esclusivamente per le attività professionali principali e secondarie dell’Assicurato.

14 – FRANCHIGIA ASSORBIBILE PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun indennizzo, quando l’Invalidità Permanente sia di grado pari o inferiore al **3%** della totale; se invece essa risulterà superiore al **3%** ma non al **10%** della totale, l’indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il **3%**.

Nel caso in cui l’Invalidità Permanente sia di grado superiore al **10%** della totale, l’indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato, in base alle percentuali che seguono:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare
11	9	31	42
12	11	32	44

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare
13	13	33	46
14	14	34	48
15	15	35	50
16	16	36	63
17	17	37	66
18	18	38	69
19	19	39	72
20	20	40	75
21	22	41	78
22	24	42	81
23	26	43	84
24	28	44	86
25	30	45	90
26	32	46	93
27	34	47	96
28	36	48	99
29	38	49 e oltre	100
30	40		

15 – RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE (forma A) – VALIDO PER POLIZZE CUMULATIVE

Poiché la presente assicurazione è stata stipulata dal Contraente, anche nel proprio interesse quale possibile responsabile del sinistro, si conviene che qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 25 – Morte, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni - (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione per l'infortunio, l'indennizzo dovuto ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detto indennizzo, nella sua totalità, viene accantonato per essere commutato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennizzo viene agli stessi pagato sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

16 – RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE (forma B) – VALIDO PER POLIZZE CUMULATIVE

La Società si obbliga a tenere indenne il Contraente di quanto egli sia tenuto a pagare agli Assicurati o agli aventi diritto a sensi di polizza, per danni corporali o di morte (capitali, interessi e spese), quale responsabile civile a norma di legge per gli infortuni avvenuti in dipendenza dei rischi assicurati e indennizzabili a sensi della presente polizza.

Tale garanzia è prestata per ciascun infortunato fino a concorrenza di un ulteriore importo, equivalente a quello assicurato per la garanzia di Invalidità Permanente, fino ad un limite massimo di **Euro 55.000,00**; nel caso di un evento che colpisca più persone, l'importo complessivo a carico della Società non potrà superare il limite massimo di **Euro 300.000,00**.

L'assicurazione vale nel caso in cui l'infortunato od i beneficiari di polizza non si accontentino dell'indennità prevista dalla presente polizza e avanzino maggiori pretese di risarcimento per responsabilità civile del Contraente.

In tal caso, l'importo dell'indennità viene accantonato per essere computato nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Ove l'infortunato od i beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile o in essa rimangano soccombenti, l'importo accantonato è pagato sotto deduzione delle spese sostenute per resistere all'azione di danno.

Se con i beneficiari designati in polizza o, indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'Assicurazione vale anche nei riguardi delle richieste di quest'ultimi, in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al comma secondo della presente condizione aggiuntiva.

L'assicurazione non è prestata quando gli infortunati siano amministratori di una società a responsabilità limitata, soci di una società a responsabilità limitata che siano contraenti della polizza, ovvero parenti od affini del Contraente, dell'Amministratore o del socio anzidetto, stabilmente con loro conviventi.

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, a nome del Contraente, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti. Il Contraente deve al più presto informare la Società (trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza) delle pretese avanzate dagli infortunati o dai beneficiari.

Deve altresì informare la Società dell'inizio di ogni causa civile e penale e deve inoltre nominare gli avvocati designati dalla Società per la difesa, restandogli in facoltà l'eventuale aggiunta di altri avvocati a proprie spese.

17 – ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI ALTRE ASSICURAZIONI

In deroga all'Art. 2 – Altre assicurazioni, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

18 – MALATTIE PROFESSIONALI PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

Per i casi di morte e di invalidità permanente, ovvero per quel solo caso dei due che sia incluso nell'assicurazione, la garanzia viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste per l'industria esercitata dal Contraente nella "Tabella all. n. 4" al DPR 30 Giugno 1965, n. 1124 e con la franchigia relativa del 20% ivi prevista. È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi e per le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.

Questa assicurazione ha termine contemporaneamente alla cessazione della garanzia relativa al rischio infortuni e viene prestata per le somme assicurate per la garanzia base infortuni, con il massimo di Euro 110.000,00 per il caso di Morte e di Euro 110.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

19 – ESONERO DALL'OBBLIGO DI DENUNCIA DI INFERMITÀ, MUTILAZIONI O DI DIFETTI FISICI

Fermo il disposto dell'Art. 12 – Cessazione dell'assicurazione, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli assicurati fossero affetti al momento della stipula o che dovessero in seguito sopravvenire. In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'Art. 25 – Morte, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

20 – INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA PER DIRIGENTI DI AZIENDE INDUSTRIALI

In deroga a quanto stabilito dalle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, si conviene che in caso di Invalidità Permanente conseguente ad infortunio professionale che riduca a meno del 50% la capacità lavorativa del Dirigente assicurato, valutata in base alla Tabella di cui all'allegato 1 del DPR 30 Giugno 1965, n. 1124 - e sempreché non sia obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di impiego né la costituzione di altro rapporto con altre aziende confacenti alla qualifica ed alle attitudini del Dirigente - l'indennizzo sarà liquidato sul 100% della somma di Invalidità Permanente assicurata in polizza.

21 – INFEZIONI DEL VIRUS H.I.V.

A parziale deroga dell'Art. 18 - Rischi esclusi, l'assicurazione vale per i rischi derivanti da evento fortuito e accidentale che abbia causato contagio da virus H.I.V. avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza.

Si sottolinea che:

- il contagio deve essere fortuito e accidentale;
- l'evento deve verificarsi durante l'attività professionale lavorativa.

Modalità di accertamento del contagio - pagamento dell'indennizzo:

- entro tre giorni dal verificarsi dell'evento accidentale l'Assicurato deve effettuare la denuncia;
- la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente-Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'Assicurato stava prestando la sua opera nel momento del (presunto) contagio;
- entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'Assicurato deve sottoporsi a test H.I.V. presso un centro specializzato indicatogli dalla Società;
- se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio sia imputabile a causa diversa dal fatto denunciato e precedente lo stesso.

Se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un secondo test H.I.V.: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'Assicurato ha diritto alla prestazione garantita; la Società corrisponde pertanto la somma assicurata prevista nel frontespizio di polizza. Tale somma non potrà essere comunque superiore alle somme assicurate previste per il caso Morte o il caso Invalidità Permanente contrattualizzate in polizza.

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSISTENZA INFORTUNI

(Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza per le garanzie previste dalla sola Sezione A).

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestate dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Art. 32 – PRESTAZIONI

1) Guardia Medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di infortunio, la Guardia Medica della Struttura Organizzativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. 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 Struttura Organizzativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia 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 avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Struttura Organizzativa 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 la Guardia Medica di Struttura Organizzativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

La consulenza è gratuita e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) Invio di un medico o di un'ambulanza a domicilio

Quando, in caso di necessità, l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Struttura Organizzativa provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza al pronto soccorso.

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

3) Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

4) 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 Struttura Organizzativa 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.

5) 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 Struttura Organizzativa 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 di Struttura Organizzativa.

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

6) Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in un istituto di cura a seguito di infortunio, la Struttura Organizzativa, 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 di Struttura Organizzativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

7) Familiare accanto

Quando, in caso di infortunio avvenuto in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 4 giorni, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1° classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa.

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 Struttura Organizzativa 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.

8) Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di infortunio dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dalla Guardia Medica della Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Guardia Medica di Struttura Organizzativa 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.

9) Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, a seguito di ricovero ospedaliero o di decesso dell'Assicurato avvenuto in viaggio per infortunio, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Struttura Organizzativa provvederà a proprie spese al loro rimpatrio, mettendo a loro disposizione un accompagnatore.

10) Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio verificatisi in viaggio, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa vi provvede a proprie spese.

11) Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in un istituto di cura a seguito di infortunio e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Struttura Organizzativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Struttura Organizzativa si assumerà i relativi costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento.

12) Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, a seguito di infortunio necessita di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irripetibili sul posto, e a giudizio dei medici di Struttura Organizzativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Struttura Organizzativa, 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 trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Struttura Organizzativa, mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi.

13) 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, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Struttura Organizzativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.

Art. 33 – TEMPORARY INABILITY CARE

Le seguenti garanzie operano in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino in seguito all'avvenuto ricovero dell'Assicurato, causato da infortunio, presso un pronto soccorso, day hospital od ospedale, qualora l'Assicurato riceva una prognosi di inabilità temporanea superiore a 7 giorni.

La Struttura Organizzativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 30 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 della Guardia Medica della Struttura Organizzativa 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 della Guardia Medica della Struttura Organizzativa 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 essere 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.

a) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica della Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa 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.

b) Invio di un infermiere a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **Euro 170,00** ogni 7 giorni di prognosi.

c) Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Struttura Organizzativa 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. Struttura Organizzativa, 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 Struttura Organizzativa, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.

d) Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi delle prestazioni.

e) Consegna medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Struttura Organizzativa, 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 Struttura Organizzativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.

f) Ascolto e supporto psicologico

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

g) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

h) Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, la Struttura Organizzativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa 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.

i) Ricovero auto

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Art. 34 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

A - 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.

B - Sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza di:

- 1) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- 2) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- 3) terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- 4) dolo dell'Assicurato;
- 5) abuso di alcolici e psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 6) fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 7) 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;
- 8) gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- 9) patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- 10) suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- 11) le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- 12) 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.

C - Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

D - 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.

E - Ogni prestazione viene fornita fino a tre volte per ciascun tipo, entro il periodo di durata annuale della garanzia, salvo diversa indicazione all'interno della singola prestazione.

Art. 35 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterle l'intervento immediato, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- Linea Verde **800370166**

- Telefono (anche per chiamate dall'estero) **+39 02 / 58286723**
- Fax **+39 02 / 58477201**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico.

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

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

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

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- 1) farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- 2) comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

SEZIONE RISCHI SPECIALI

(Condizioni operanti qualora venga emesso l'allegato di polizza).

1 – SOCIETÀ SPORTIVE (A LIVELLO DILETTANTISTICO/AMATORIALE)

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia è limitata agli infortuni dai quali gli Assicurati, indicati nell'elenco fornito preventivamente dal Contraente, fossero colpiti durante la partecipazione a regolari competizioni agonistiche ed agli allenamenti relativi; l'assicurazione riguarda anche gli eventuali infortuni occorsi durante l'uso degli ordinari mezzi di locomozione terrestre (non guidati dagli Assicurati) per trasferirsi seguendo il tragitto più breve sui campi di gioco, nei limiti di un'ora prima e un'ora dopo l'inizio della competizione/allenamento.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del **10%**) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento).

La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del **10%** delle spese effettivamente sostenute con il minimo di **Euro 50,00** per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- b) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

2 – TORNEI DI CALCIO/CALCETTO (A LIVELLO DILETTANTISTICO/AMATORIALE)

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, l'assicurazione è limitata agli infortuni che dovessero occorrere agli Assicurati indicati nell'elenco fornito preventivamente dal Contraente, durante la partecipazione alle partite dei tornei di calcio/calcetto che si svolgono fra le squadre secondo il calendario fornito alla Società contestualmente alla stipula del contratto di assicurazione.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del **10%**) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento). La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del **10%** delle spese effettivamente sostenute con il minimo di **Euro 50,00** per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- b) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

3 – COLONIE ESTIVE (MARINE, MONTANE, ELIOTERAPICHE, ECC.)

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, l'assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che dovessero occorrere ai partecipanti alla Colonia organizzata dal Contraente in località indicata.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del 10%) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento).

La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di Euro 50,00 per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) La garanzia è prestata per gli infortuni dai quali gli Assicurati fossero colpiti durante il viaggio (esclusi quelli aerei) che gli stessi compiono in gruppo per recarsi alla colonia e ritornare dalla stessa con uso dei normali mezzi di locomozione pubblici e privati, come pure durante la permanenza presso la colonia, comprese le gite e gli esercizi ricreativi.
- b) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- c) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

4 – ORATORI

A parziale modifica ed integrazione delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, l'assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni dai quali gli Assicurati fossero colpiti durante la loro permanenza negli ambienti dell'Oratorio.

L'assicurazione è prestata a favore di tutto il personale assicurato, in numero non superiore al numero indicato in polizza, iscritti tramite un registro all'Oratorio Contraente.

Ciascuna persona è assicurata per il caso Morte, per il caso Invalidità Permanente (con una franchigia assoluta del 10%) nei limiti dei capitali indicati nell'allegato di polizza e, per spese di cura rese necessarie dall'infortunio ed effettivamente sostenute per: medici, chirurghi, ospedali, case di cura, fisioterapie ed altre cure mediche indispensabili, con esclusione delle protesi (salvo le spese per l'acquisto di apparecchi protesici applicati durante l'intervento).

La garanzia rimborso spese di cura è prestata con applicazione di uno scoperto a carico dell'Assicurato nella misura del 10% delle spese effettivamente sostenute con il minimo di Euro 50,00 per ogni evento.

La somma assicurata indicata rappresenta il massimo esborso per uno o più sinistri verificatisi nel corso del medesimo periodo assicurativo.

- a) Il Contraente è obbligato a denunciare le generalità delle persone assicurate.
- b) Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti con l'intesa che, in caso di sinistro, la Società terrà conto nella liquidazione delle preesistenti infermità, mutilazioni o difetti fisici, calcolando e riconoscendo soltanto il danno direttamente causato dall'infortunio.

SEZIONE B - ASSICURAZIONE INDENNITÀ DA RICOVERO

Norme che regolano l'assicurazione Indennità da ricovero.

Art. 36 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di 360 giorni per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura, sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche in caso di:

- a) ricovero dell'Assicurato per donazione di organi;
- b) "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

L'indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 37 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

per gli infortuni:

- dal momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione;

per le malattie:

- dal 30° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione;

per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, per il parto e per la donazione di organi:

- dal 300° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione.

Per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 38 – PRECISAZIONI

1. L'assicurazione vale anche durante il servizio militare in tempo di pace in seguito al richiamo per ordinarie esercitazioni; non vale invece durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.
2. Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri determinati da:
 - a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipula del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
 - b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula dell'assicurazione;
 - c) infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
 - d) infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
 - e) infortuni e intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - f) aborto volontario non terapeutico;
 - g) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
 - h) cure dentarie, paradontopatie e applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
 - i) conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - j) guerra, insurrezione, movimento tellurico o eruzione vulcanica.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

Art. 39 – LIMITI DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 70, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 40 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 41 – ALTRE ASSICURAZIONI – SEZIONE B

Fermo quanto disposto dall'Art. 2 - Altre assicurazioni, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, la Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'esistenza o successiva stipula di altre assicurazioni riguardanti prestazioni analoghe, può recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 42 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO – SEZIONE B

La denuncia di cui all'Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, deve essere corredata di certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 43 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento viene effettuato su presentazione, in originale, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura, debitamente sottoscritto.

L'originale presentato dall'Assicurato rimane acquisito alla Società.

Art. 44 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma e nei limiti delle Norme del Fascicolo Informativo, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 45 – FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La facoltà di recesso prevista dall'Art. 8 - Facoltà di recesso, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, non può essere esercitata dalla Società decorsi due anni dalla data di stipula della presente assicurazione.

Art. 46 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione che possa competere ai sensi dell'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI SPECIALI

(Sempre valide ed operanti).

A – RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di **14 giorni** dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero. La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

B – FRANCHIGIA

Il capitale assicurato per indennità da ricovero verrà corrisposto a partire dal:

- primo giorno computabile ai termini di polizza per capitale assicurato pari o inferiore a **Euro 26,00**;
- quarto giorno successivo a quello computabile ai termini di polizza per capitale assicurato superiore a **Euro 26,00**.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(Valide se espressamente richiamate nella scheda di polizza).

C – INDENNITÀ DA POST – RICOVERO

In caso di ricovero in Istituto di cura indennizzabile a termine di polizza, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera di post-ricovero pari all'indennità da ricovero assicurata.

Detta indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari a quello del ricovero, con il massimo di **60 giorni**, fermo restando che la somma dei giorni per le due garanzie non può superare **360 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo.

Il post-ricovero dovrà essere comprovato da idonea certificazione dell'Istituto di cura che l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società al momento della dimissione. Limitatamente al parto, e fermo restando il disposto del 2° capoverso della presente Condizione Aggiuntiva, l'indennità sarà liquidata per un periodo massimo di **5 giorni**.

D – INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga applicato apparecchio gessato, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per indennità da ricovero, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento.

L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica.

La presente indennità verrà corrisposta per un massimo di **45 giorni** per gli arti superiori e di **90 giorni** per gli arti inferiori, vertebre e bacino.

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- Bendaggi amicati;
- Docce/valve gessate;
- Bendaggio Desault;
- Minerve (in cuoio);
- Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);
- Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

- Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- Apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;
- Bendaggi elastici adesivi;
- Protesi in genere (app. di posizione – es. Plantari);

- Collari Shantz, Camp, simili;
- Ginocchiere DonJoy;
- Stecche di Zimmer.

E – LIMITAZIONE ALLA SOLA COPERTURA INFORTUNI

A parziale deroga dell'Art. 36 – Oggetto dell'assicurazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Indennità da ricovero, la copertura vale esclusivamente per i casi di infortunio, restando pertanto esclusa la copertura per i casi derivanti da malattia.

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSISTENZA INFORTUNI E MALATTIA

(Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di sinistro indennizzabile ai termini di polizza per le garanzie prestate dalla Sezione B).

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestate dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Art. 47 – PRESTAZIONI

1) Guardia 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, la Guardia Medica di Struttura Organizzativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. 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 Struttura Organizzativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia 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 avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Struttura Organizzativa 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 la Guardia Medica di Struttura Organizzativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

La consulenza è gratuita e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) Invio di un medico o di un'ambulanza a domicilio

Quando, in caso di necessità, l'Assicurato richiama un medico presso la propria abitazione, la Struttura Organizzativa provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza al pronto soccorso. Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

3) 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 Struttura Organizzativa 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 referente. In particolare la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa 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 di Struttura Organizzativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

4) 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 Struttura Organizzativa 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.

5) 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa.

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

6) Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in un istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa, 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 di Struttura Organizzativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

7) Familiare accanto

Quando, in caso di infortunio o malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato venga ricoverato in ospedale o casa di cura per un periodo superiore a 4 giorni, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa. 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 Struttura Organizzativa 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.

8) 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 dalla Guardia Medica di Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dalla Guardia Medica di Struttura Organizzativa 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.

9) Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, a seguito di ricovero ospedaliero o di decesso dell'Assicurato avvenuto in viaggio per infortunio o malattia improvvisa, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Struttura Organizzativa provvederà a proprie spese al loro rimpatrio, mettendo a loro disposizione un accompagnatore.

10) Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa vi provvede a proprie spese.

11) Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in un istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Struttura Organizzativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto. Nel caso di invio sul posto la Struttura Organizzativa si assumerà i relativi costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento.

12) Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessiti di medicinali regolarmente prescritti e commercializzati in Italia irrimediabili sul posto, e a giudizio dei medici di Struttura Organizzativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Struttura Organizzativa, 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 trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Struttura Organizzativa, mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi.

13) Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessiti di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad infortunio o malattia improvvisa, la Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Struttura Organizzativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.

Art. 48 – TEMPORARY INABILITY CARE

Le seguenti garanzie operano in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino 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 temporanea superiore a 7 giorni.

La Struttura Organizzativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 30 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 della Guardia Medica di Struttura Organizzativa 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 della Guardia Medica di Struttura Organizzativa 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 essere 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.

a) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica di Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa 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.

b) Invio di un infermiere a domicilio

Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.

c) Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, 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 Struttura Organizzativa, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.

d) Consegna esiti a domicilio

Quando l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi delle prestazioni.

e) Consegna medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Struttura Organizzativa, 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 Struttura Organizzativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.

f) Ascolto e supporto psicologico

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

g) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

h) Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, la Struttura Organizzativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa 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.

i) Ricovero auto

La Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Art. 49 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

A - 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.

B - Sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza di:

- 1) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- 2) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- 3) terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- 4) dolo dell'Assicurato;
- 5) abuso di alcolici e psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 6) fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 7) 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;
- 8) gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- 9) patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- 10) suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- 11) le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- 12) 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.

- C - Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.
- D - 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.
- E - Ogni prestazione viene fornita fino a tre volte per ciascun tipo, entro il periodo di durata annuale della garanzia, salvo diversa indicazione all'interno della singola prestazione.

Art. 50 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1) Linea Verde | 800370166 |
| 2) Telefono (anche per chiamate dall'estero) | +39 02 / 58286723 |
| 3) Fax | +39 02 / 58477201 |

indicando con precisione:

- 4) tipo di Assistenza di cui necessita;
- 5) nome e cognome;
- 6) indirizzo e luogo da cui chiama;
- 7) eventuale recapito telefonico.

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

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

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

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

SEZIONE C - ASSICURAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia.

(La presente Sezione cessa alla sua naturale scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta - Art. 14 - Precisazioni, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale).

Art. 51 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia insorta e denunciata durante la validità del contratto e manifestatasi entro un anno dalla data di cessazione del contratto stesso.

Art. 52 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 53 – RISCHI ESCLUSI

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) abuso di alcolici o uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- b) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);

- c) guerra, insurrezione;
- d) reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- e) malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto e/o di eventuali variazioni allo stesso, già note al Contraente o all'Assicurato e da questi sottaciute con dolo o colpa grave.

Art. 54 – LIMITI DI ETÀ

Le parti possono chiedere, con preavviso di 30 giorni, la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 65, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 55 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 56 – ALTRE ASSICURAZIONI – SEZIONE C

Fermo quanto disposto dall'Art. 2 - Altre assicurazioni, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, la Società, entro 15 giorni dal ricevimento della comunicazione dell'esistenza o successiva stipula di altre assicurazioni riguardanti prestazioni analoghe, può recedere dalla assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Art. 57 – OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO – SEZIONE C

La denuncia di cui all'Art. 7 - Obblighi dell'Assicurato o del Contraente in caso di sinistro, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale, deve essere corredata di certificazione medica. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 58 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se, antecedentemente all'insorgere della malattia, l'Assicurato non era fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di Invalidità Permanente accertata è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 59 – CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata - con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'Industria allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della polizza - non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia. Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopracitata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella Tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del **100%**. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado inferiore al **34%** dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente è di grado pari o superiore al **34%**, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata
34	3	51	55
35	6	52	58
36	9	53	61
37	12	54	64
38	15	55	67
39	18	56	70
40	21	57	73
41	24	58	76
42	27	59	79

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata
43	30	60	82
44	33	61	85
45	36	62	88
46	39	63	91
47	42	64	94
48	45	65	97
49	48	dal 66 al 100	100
50	52		

Art. 60 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sul grado di Invalidità Permanente, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Art. 58 - Criteri di indennizzabilità, delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia, possono essere demandate per iscritto ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio Medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da esso designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 61 – RECESSO IN CASO DI SINISTRO

La facoltà di recesso prevista dall'Art. 8 - Facoltà di recesso, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, non può essere esercitata dalla Società decorsi due anni dalla data di stipula della presente assicurazione.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(Valida solo se espressamente richiamata nella scheda di polizza).

A – TABELLA ALTERNATIVA DELLE PERCENTUALI DI VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

A parziale deroga dell'Art. 59 - Criteri e termini di liquidazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia, nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente da malattia è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente da malattia è di grado pari o superiore al 25%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata
25	5
26	8
27	11
28	14

Percentuale di Invaldit� Permanente accertata	Percentuale dell'importo da liquidare da calcolare sulla somma assicurata
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
dal 66 al 100	100

CONDIZIONI SPECIALI - SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE AZIENDE

(Sempre valide ed operanti per tutte le Sezioni).

A1 – VARIAZIONI DELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula il contratto per s  e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto stesso fino alla divisione dell'eredit . Dopo la divisione, il contratto, continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attivit  alle quali sono addette le persone assicurate.

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attivit  alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione dell'Impresa Contraente con una o pi  Imprese, il contratto continua con l'impresa incorporante o con la nuova Impresa costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento dell'Impresa Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione. Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, alla Societ , entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi.

La Societ , nei trenta giorni successivi, ha facolt  di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

A2 – VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione.

Delle variazioni del personale assicurato deve essere preso atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione del premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

A3 – ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'Art. 1891 c.c..

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSISTENZA MALATTIA

(Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di sinistro indennizzabile ai termini di polizza per le garanzie prestate dalla Sezione C).

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestate dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza Trento, 8 - 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Art. 62 – PRESTAZIONI**1) Guardia Medica in collegamento telefonico 24 ore su 24**

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di malattia, la Guardia Medica di Struttura Organizzativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. 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 Struttura Organizzativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia 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 avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Struttura Organizzativa 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 la Guardia Medica di Struttura Organizzativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

La consulenza è gratuita e non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad una 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa 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 Struttura Organizzativa 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 di Struttura Organizzativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

3) 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 Struttura Organizzativa 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.

Art. 63 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI RELATIVE A TUTTE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

A - 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.

B - Sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza di:

- 1) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- 2) guerre, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- 3) terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- 4) dolo dell'Assicurato;
- 5) abuso di alcolici e psicofarmaci ed uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- 6) fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 7) 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;
- 8) gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- 9) patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- 10) suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- 11) le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- 12) 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.

C - Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Struttura Organizzativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

D - 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.

E - Ogni prestazione viene fornita fino a tre volte per ciascun tipo, entro il periodo di durata annuale della garanzia, salvo diversa indicazione all'interno della singola prestazione.

Art. 64 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa tramite:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1) Linea Verde | 800370166 |
| 2) Telefono (anche per chiamate dall'estero) | +39 02 / 58286723 |
| 3) Fax | +39 02 / 58477201 |

indicando con precisione:

- 4) tipo di Assistenza di cui necessita;
- 5) nome e cognome;
- 6) indirizzo e luogo da cui chiama;
- 7) eventuale recapito telefonico.

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

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate. Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

TABELLA DEI CODICI DI PROFESSIONE E DELLE ATTIVITÀ

CLASSE A	
<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
1	Accompagnatore/accompagnatrice
2	Accompagnatore turistico
3	Agente di borsa e di cambio
4	Agente di commercio che non provvede alla consegna di prodotti
5	Amministratore in genere
6	Analista finanziario
7	Annunciatrice
8	Antiquario senza attività di restauro, solo vendita
9	Antropologo
10	Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
11	Assistente geriatrico
12	Ausiliario socio-sanitario
13	Autoscuola: istruttore di teoria
14	Avvocato/Procuratore legale
15	Baby sitters
16	Badante
17	Bambino in età prescolare
18	Battitore d'asta
19	Benestante senza particolari occupazioni
20	Bibliotecario
21	Bigliettaio
22	Biologo
23	Botanico
24	Broker assicurativo
25	Burattinaio
26	Call center addetto
27	Cancelliere

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
28	Capostazione
29	Cartolaio
30	Casellante (autostradale, ferroviario)
31	Cassiere di cinema o teatro
32	Centralinista
33	Certificatore di bilancio
34	Certificatore di qualità
35	Chimico senza attività di analisi e sperimentazione in laboratori
	Clero (v. Ministro del culto)
36	Commercialista
37	Commerciante all'ingrosso: prevalentemente in ufficio
38	Commesso in servizio prevalentemente interno (no trasporto e consegna)
39	Concessionario auto e moto: solo vendita
40	Consulente del lavoro e simili
41	Controllore
42	Coreografo
43	Corista
44	Corriere con mansioni amministrative
45	Costumista
46	Critico d'arte
47	Cronista
48	Croupier
49	Custode: non notturno, non armato
50	Direttore d'orchestra
51	Dirigente, escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
52	Disegnatore: solo in ufficio
53	Disk jockey
54	Doganiera
55	Doppiatore
56	Editore

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
57	Elettrodomestici, radio e TV: solo vendita
58	Erborista
59	Esattore: prevalentemente in ufficio
60	Farmacista
61	Fattorino solo all'interno di uffici
62	Ferroviero addetto alla biglietteria o altra attività senza lavoro manuale
63	Figurista
64	Fisioterapista
65	Fotografo: solo in studio
66	Fotomodella
67	Gallerista
68	Geologo: solo in ufficio
69	Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
70	Gestore di cinema e teatri
71	Giornalaio/edicola
72	Giornalista: Direttore/Redattore
73	Governante
74	Grafico
75	Guida turistica
76	Hostess di terra
	Imbianchino: v. Decoratore
77	Impiegato: amministrativo in genere
78	Imprenditore in genere che non lavora manualmente
79	Indossatore
80	Ingegnere senza accesso a cantieri
81	Insegnante di materie professionali senza prove in laboratorio
82	Interprete
83	Libraio
84	Logopedista

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
85	Logoterapista
86	Lustrascarpe
87	Magazziniere: capo con compiti direttivi
88	Mediatore, esclusi legname e bestiame
89	Medico che non pratica attività chirurgica
90	Merciaia
91	Messo comunale
92	Metereologo
93	Ministro del culto - escluse missioni all'estero
94	Modella
	Motocicli: v. Concessionario
95	Musicista: orchestrale sinfonico/lirico
96	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : abiti, confezioni, filati, tessuti, pizzi ecc.
97	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : animali vivi
98	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : articoli ortopedici
99	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : articoli religiosi
100	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : articoli igienico-sanitari senza installazione
101	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : borse, pelletterie, calzature, guanti
102	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : cartoleria, libreria
103	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : casalinghi, ceramiche, cristallerie
104	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : colori, vernici, ferramenta, gomma
105	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : drogheria, vini, liquori
106	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : erboristerie
107	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : fotografia, ottica, strumenti musicali, dischi
108	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : giocattoli, articoli sportivi
109	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : gioielleria, orologeria, bigiotteria
110	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : panetteria, gelateria senza produzione
111	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : profumerie
112	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : sali, tabacchi
113	Notaio

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
114	Operatore di medicina alternativa
115	Operatore informatico
116	Operatore turistico
117	Orefice - sola vendita
118	Orologiaio - sola vendita
119	Ostetrica
120	Parceggiatore
	Parroco (v. Ministro del culto)
121	Parrucchiere per signora
122	Pensionato
123	Phone center addetto
124	Pittore: solo in studio
125	Podologo
126	Politico
127	Pompe Funebri: solo in ufficio
128	Portaborse
129	Portiere di stabili
130	Pranoterapista
131	Preside
132	Procacciatore di affari
133	Professore universitario
134	Programmatore
135	Promoter
136	Promotore finanziario
137	Provveditore agli studi
138	Psicanalista
139	Psichiatra
140	Psicologo
141	Pubblicista
142	Pubblicitario

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
143	Quadro con sola attività amministrativa
144	Questore
145	Revisore dei conti
146	Ricamatrice
147	Ricercatore scientifico
148	Ristorante/Pizzeria/Trattoria: senza lavoro manuale
	Sacerdote (v. Ministro del culto)
149	Sagrestano
150	Sceneggiatore
151	Scrittore
152	Segretario di pubblica amministrazione
153	Sindaco
154	Specchi - sola vendita
155	Spedizioniere che accede agli ambienti di lavoro senza partecipazione manuale
156	Stilista
157	Stiratrice
158	Strillone (giornali)
159	Studente
160	Suora
161	Tirocinante presso le ASL
162	Topografo: solo in studio
163	Traduttore
164	Truccatore
165	Ufficiale giudiziario
166	Usciere
167	Vetrinista, senza preparazione mostre
168	Xilografo
169	Zincografo
170	Zoologo

	CLASSE B
<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
171	Accalappiacani
172	Agente di commercio che provvede anche alla consegna di prodotti
173	Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie senza manutenzione
174	Addetto a servizi vari anche su pista, anche con lavoro manuale nell'aviazione civile
175	Addobbatore
176	Agente di assicurazione
177	Agente di commercio che provvede anche alla consegna di prodotti
178	Agente immobiliare
179	Agente marittimo
180	Agente di pubblicità
181	Agente di viaggio
182	Agente: teatrale, collocamento, cinematografico
183	Agricoltore, senza uso di macchine agricole
184	Agrimensore/Agronomo
185	Albergatore con mansioni promiscue/manuali
186	Albergatore senza lavoro manuale
187	Allenatore sportivo dilettantistico
188	Allestitore
189	Allevatore di animali diversi da bovini, equini, suini
190	Allibratore
191	Ambasciatore
	Ambulante: v. Venditore ambulante
192	Animatore di villaggi turistici
193	Antennista: senza accesso ai tetti
194	Antiquario con attività di restauro
195	Archeologo
196	Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
197	Argentiere: solo vendita

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
198	Argentiere: con lavorazione
199	Arredatore
200	Artista di strada, esclusi spettacoli acrobatici
201	Assistente alla poltrona (studio dentistico)
202	Assistente sociale
203	Attacchino
204	Attore/Direttore Artistico
205	Autista, esclusi autocarri, motocarri, pullman ed autobus
206	Autolavaggio
207	Autorimessa: senza lavoro manuale/solo lavoro amministrativo
208	Autoscuola: istruttore di pratica/guida
209	Autotrasportatore: senza guida e senza operazioni di carico e scarico
210	Avorio/pietre dure : lavorazione
211	Bagnino
212	Bar ed esercizi simili
213	Barbiere
214	Barcaiolo addetto al trasporto di persone
215	Barelliere
216	Barista
217	Benzinaio, senza riparazione
218	Biciclette: riparazione
219	Biciclette: solo vendita
220	Bidello
221	Bigiotteria: lavorazione oggetti
222	Brunitore
223	Callista
224	Calzolaio
225	Cameraman

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
226	Cameriere
227	Camiciata/bustaia
228	Cantante
229	Cantiniere
230	Cantoniere
231	Cappellaio
232	Cardatore
233	Casalinga
234	Casaro: senza allevamento di bestiame
235	Cassiere di banca o supermercato
236	Cavaiole: senza lavoro manuale
237	Ceramiche: lavorazione, con modellatura e cottura
	Ceramiche: sola vendita (v. Negozi di Vendita)
238	Cesellatore
239	Cestaio
240	Chimico di laboratorio senza trattamento di materiali esplosivi o esplosivi
241	Cineoperatore
242	Clown
243	Cocchiere
	Collaboratore familiare: v. Domestica/o
244	Commerciante all'ingrosso: che viaggia spesso o con sovrintendenza a lavori manuali.
245	Commesso in servizio prevalentemente esterno, addetto a trasporto e consegna
246	Commesso viaggiatore: senza trasporto e senza consegna merce
247	Commissario di avaria/di bordo
248	Coniatore
249	Console
250	Corallo: lavorazione
251	Cordami: lavorazione

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
252	Cornici: sola vendita
253	Cuoco
254	Custode cimiteriale
255	Dentista
256	Diplomatico
257	Dirigente esterno e/o con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
258	Disegnatore: che frequenta ambienti di lavoro
259	Disinfestatore: solo a terra, non a bordo di navi
260	Disoccupato
261	Dog sitters
262	Domestica/o
263	Doratore
264	Droghiere
265	Ebanista
266	Elettrodomestici, radio e TV: installazione e/o riparazione (escluso antennista)
267	Enologo/Enotecnico
268	Esattore: prevalentemente esterno
269	Estetista
	Fattore di campagna: v. Agricoltore
270	Fattorino anche all'esterno di uffici
	Ferrista: v. Assistente alla poltrona
271	Filatore
272	Fiorista
273	Floricoltore : senza uso di trattori
274	Fotografo : anche esterno - fotoreporter
275	Fruttivendolo
	Fuochista: v. Riscaldamento
276	Gelataio (anche ambulante) - confezione e vendita

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
277	Geologo: attività esterna
278	Giardiniere senza potatura di alberi ad alto fusto
279	Gioielliere
280	Giornalista: cronista
281	Gommista: montaggio, riparazione e vendita
282	Gondoliere
283	Guantaio
284	Guardia campestre
	Illusionista: v. Prestigiatore
285	Imbalsamatore di animali
286	Impagliatore (di sedie, recipienti)
287	Impiegato con partecipazione a lavori di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.
288	Imprenditore con lavori di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.
289	Incisore
290	Infermiere
291	Insegnante di educazione fisica
292	Insegnante di sostegno
293	Insegne - installazione: non più di 4 mt. da terra
294	installatore di telefoni, elettrodomestici, radio, TV (escluso antennista)
295	Installatore di tende, veneziane, serramenti senza uso di ponteggi e impalcature
296	Intagliatore
297	Intarsiatore
298	Ispettore di assicurazione/bancario
299	Lattaio
300	Lattoniere solo a terra
301	Lavandaio
302	Liutaio
	Lotto: v. Ricevitoria

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
303	Macellaio senza macellazione
304	Magazziniere: in esercizio con stivaggio piccoli colli
305	Magistrato/Giudice
306	Magliaia/o
307	Manicure
308	Massaggiatore
309	Mediatore di legname o bestiame
459	Medico che pratica attività chirurgica
310	Merchandiser/Visual merchandiser
311	Missionario all'estero
312	Mobiliere: addetto alla sola vendita, senza fabbricazione
313	Modellista
314	Modista
315	Musicista: escluso orchestrale sinfonico/lirico
316	Necroforo
317	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli caccia pesca escluso armi
318	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): cinghie, prodotti chimici, articoli industriali
319	Negozi di Vendita (proprietari e addetti) : materiale per l'edilizia
320	Negoziante di supermarket, minimarket, bazar
321	Odontoiatra/odontotecnico
322	Operaio - senza uso di macchine e senza accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature
323	Operatore ecologico
	Organista: v. Liutaio
324	Orologiaio - con riparazione
325	Orticolto
326	Oste
327	Ottico: riparazione, montaggio, costruzione di materiali
328	Panettiere

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
329	Paramedico
330	Pastaio/Pasticcere
331	Pastore
332	Pavimentatore
333	Pedicure
334	Pellettiere
335	Pellicciaio
336	Perito
337	Pescivendolo
	Piastrellista: v. Pavimentatore
338	Piazzista
339	Pizzaio
340	Pompe Funebri: fuori ufficio
	Portantino: v. Barelliere
341	Portavalori
342	Posatore di parquet
343	Postino
344	Presentatore
345	Prestigiatore
346	Quadro con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.
347	Radiotecnico: senza posa o riparazione antenne
348	Rammendatrice/Ricamatrice
349	Rappresentante senza consegna di prodotti
350	Regista (cinema, teatro, TV)
351	Restauratore di opere d'arte: solo a terra o in laboratorio
352	Ricevitoria (attività presso)
353	Riflessuologo
354	Rigattiere

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
355	Rilegatore
356	Riparatore di elettrodomestici, macchine per ufficio e di calcolo, computer
357	Ristorante/Pizzeria/Trattoria: con mansioni promiscue
358	Rosticciere
359	Salumiere
360	Sarto
361	Scenografo
362	Scultore - solo a terra
363	Sindacalista
364	Smaltatore di oggetti
365	Smerigliatore di vetri e cristalli
366	Sommelier
367	Stagnino - solo a terra
368	Stiratore
370	Tabaccaio
371	Tagliatore di pietre preziose
372	Tatuatore
373	Taxista
374	Tessitore
375	Tintore
376	Toelettatore di animali
377	Topografo: anche all'esterno
378	Tranviere
379	Valigiaio
380	Vasaio con fabbricazione
381	Veterinario in cliniche per animali (aree metropolitane)
382	Vetraio solo a terra
383	Vetrinista con preparazione mostre

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
384	Polizia locale (Vigile urbano) - non motociclista
	Vivaista: v. Giardiniere senza potatura di alberi ad alto fusto

CLASSE C	
<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
385	Acqueforti (riproduttore di)
386	Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie anche con manutenzione e riparazione
387	Agente di custodia
388	Apicoltore
389	Armaio
390	Arrotino
391	Ascensorista: addetto a riparazione e/o manutenzione
392	Asfaltatore
393	Ausiliario del traffico
394	Autista di pullman ed autobus
395	Autista di autocarri e motocarri senza operazioni di carico e scarico
396	Autorimessa: con attività di manutenzione, lavaggio, riparazione
397	Ballerina/o
398	Barcaiolo addetto al trasporto di cose, compreso carico e scarico
399	Borse - lavorazione
400	Bronzo - lavorazione
401	Candele - lavorazione
402	Cantoniere
403	Carpentiere: solo a terra (lavorazioni in legno o ferro)
404	Carrozziere
405	Cartaio
406	Casaro: con allevamento di bestiame
407	Cavaiolo: con lavoro manuale senza uso di mine
408	Collaudatore di veicoli a motore (esclusi modelli da competizione)

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
409	Commerciante all'ingrosso: con lavorazione manuale (carico e scarico-guida di auto)
410	Commesso viaggiatore: con trasporto e consegna merce
411	Concessionario auto e moto: con riparazione - manutenzione
412	Conciatore
413	Cornici: fabbricazione
414	Corriere con recapito
415	Cromatore/Nichelatore
416	Cuoio e pellame - lavorazione
417	Custode: notturno o armato o di cantieri, impianti industriali
418	Decoratore/imbianchino senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
419	Disinfestatore: anche a bordo di navi
420	Distributore di carburanti liquidi: con riparazioni/lavaggio e simili
421	Elettrauto
422	Elettricista : in laboratorio, all'interno di fabbricati
423	Elettrotecnico
424	Escavatorista
425	Fabbro: solo a terra
426	Facchino
427	Falegname: solo a terra
428	Ferroviere addetto allo smistamento merci e alla manutenzione, macchinista
429	Floricoltore: con uso di trattori
430	Fonditori di metalli
431	Fornaio
432	Fresatore
433	Galvanoplastica - lavorazione
434	Geometra all'esterno e/o con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
435	Guardia Caccia
436	Guardia forestale
437	Guardia Pesca
438	Hostess di volo

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
439	Idraulico: senza accesso impalcature, tetti, pozzi
440	Imprenditore con lavoro di pesante manualità con uso di macchine operatrici
441	Ingegnere: anche esterno e/o con accesso a cantieri o processi lavorativi
442	Insegnante di ballo
443	Insegnante di materie professionali con prove in laboratorio
444	Installatore di distributori automatici (compresa manutenzione)
445	Installatore di tende, veneziane, serramenti con uso di ponteggi e impalcature
446	Investigatore
447	Investigatore
448	Lavoratore forestale
449	Levigatore di pavimenti
450	Linotipista/Litografo
451	Lucidatore (pelli, mobili, metalli)
452	Macellaio con macellazione
453	Magazziniere: con impiego di mezzi di sollevamento
454	Maniscalco
455	Marinaio
456	Marmista: solo a terra ed all'esterno di cave
457	Materassaio
458	Meccanico
460	Mobiliere: fabbricazione mobili in ferro e/o legno
461	Montatore (meccanico)
462	Mosaicista: solo all'interno di fabbricati
463	Motorista
464	Mugnaio
465	Negozi di Vendita (proprietari e addetti) : articoli igienico-sanitari con installazione
466	Nichelatore/Cromatore
467	Operaio - con uso di macchine ed accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature
468	Orafo - lavorazione metalli preziosi
469	Orefice - riparazione metalli preziosi

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
470	Ortopedico (fabbricazione di apparecchi)
471	Pavimentatore/Piastrellista: all'interno di fabbricati
472	Pelletteria
	Personal trainer: v. Preparatore atletico
473	Pescatore di laghi e fiumi
474	Pittore: su impalcature
475	Plastica (stampaggio)
476	Pony express
477	Potatore di alberi
478	Portuale (dipendente, esclusi facchini)
479	Preparatore atletico
480	Pulizia: all'interno di fabbricati
481	Radiologo
482	Rame - lavorazione
483	Rappresentante con consegna di prodotti
484	Restauratore di opere d'arte: di mobili
485	Restauratore di opere d'arte: su ponteggi
486	Riscaldamento: (installazione e/o riparazione di impianti) senza accesso ad impalcature
487	Saldatore (saldatura autogena elettrica)
488	Scalpellino (marmi/pietre) non in cava
489	Scultore - anche su impalcature e ponti
490	Soffiatore di vetro
491	Specchi - fabbricazione e/o lavorazione
492	Spedizioniere che effettua anche carico e scarico
493	Stagnino - anche su impalcature
494	Stalliere
495	Stampatore
496	Tagliapietre senza accesso a cave
497	Tappezziere
498	Tipografo

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
499	Tornitore
500	Venditore ambulante
501	Verniciatore, senza accesso ad impalcature o tetti, escluso navi
502	Veterinario, in zone agricole
503	Vetraio con accesso a ponteggi ed impalcature
504	Vigilantes senza trasporto di valori
505	Polizia locale (Vigile urbano) - motociclista
506	Vulcanizzatore
507	Zincografo

CLASSE D	
<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
508	Abbattitore di piante (boscaiolo)
509	Acrobata
510	Addestratore di animali
511	Addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di esplosivi e contaminanti
512	Addetto di giardini zoologici
513	Agricoltore, con uso di macchine agricole
514	Allenatore sportivo professionista
515	Allevatore di animali equini, bovini, suini
516	Antennista: con accesso a tetti
517	Ascensorista: con installazione impianti
518	Autista di autocarri e motocarri con operazioni di carico e scarico
519	Autista di autoambulanza
520	Autotrasportatore: con guida e con operazioni di carico e scarico
	Boscaiolo: v. Abbattitore di piante
521	Carpentiere: con accesso a impalcature, tetti, ponti e pozzi
522	Carpentiere navale
523	Cavaiolo: con lavoro manuale ed uso di mine

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
524	Chimico di laboratorio con trattamento di materiali esplosivi o esplosivi
525	Collaudatore di veicoli a motore (compresi modelli da competizione)
	Controfigura: v. Stuntman
526	Decoratore/imbianchino con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature
527	Demolitore
	Domatore: v. Addestratore di animali
528	Elettricista: all'esterno di fabbricati su impalcature e/o a contatto con correnti ad alta tensione
529	Fabbro: su impalcature, tetti, ponti, pozzi
530	Falegname: su impalcature, tetti, ponti, pozzi
531	Fantino
532	Fuochi d'artificio - lavorazione
533	Giardiniere con potatura di alberi ad alto fusto
534	Giostraio
535	Gruista (compreso montaggio)
536	Guardia del corpo
537	Guardia giurata con trasporto di valori
538	Guida Alpina/Portatore
539	Idraulico: con accesso impalcature, tetti, pozzi
540	Imprenditore edile che prende parte ai lavori
541	Insegne - installazione: oltre 4 mt. da terra/su tetti
542	Marmista: su impalcature/ponti o in cave
543	Minatore
544	Mosaicista: con accesso a impalcature o ponti
545	Muratore
546	Pavimentatore/Piastrellista: su impalcature e tetti
547	Pescatore di mare
548	Pirotecnico
549	Pulizia: anche all'esterno di fabbricati
550	Pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere
551	Radiotecnico: con installazione e/o riparazione di antenne

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
552	Riscaldamento: con accesso ad impalcature
553	Skipper
554	Sommozzatore
555	Spazzacamino
556	Speleologo
557	Spurgatore di pozzi neri e manutentore di reti fognarie
558	Tagliapietre con accesso a cave
559	Tecnico di laboratorio
560	Trattorista
561	Trivellatore
562	Verniciatore, con accesso ad impalcature e tetti e/o all'esterno di navi
563	Vigilantes con trasporto di valori

Attività assicurabili con patto speciale	
<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
564	Aeronautica
565	Agente di pubblica sicurezza - poliziotto
566	Alpino
567	Carabiniere
568	Cosmonauta
569	Elicotterista
570	Fachiro
571	Forze armate in genere
572	Guardia di Finanza
573	Guardia Giurata notturna
574	Incantatore di serpenti
575	Insegnante di alpinismo
576	Insegnante di equitazione
577	Insegnante di judo, karate e simili
578	Insegnante di sci, basket, tennis

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>
579	Marinaio militare - addetto alla Marina militare
580	Militare
581	Palombaro
582	Pilota
583	Scalatore
584	Sentinella
585	Stagista
586	Sportivo professionista
587	Stuntman
588	Vigile del fuoco
998	Generico Riservato Direzione