

INFORTUNI

Contratto di Assicurazione Multirischi Infortuni e Assistenza

■ Il presente Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto ■

■ Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa ■



NOTA INFORMATIVA**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE MULTIRISCHI
INFORTUNI E ASSISTENZA**

Documento aggiornato a Giugno 2016

**“La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall’IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell’IVASS.
Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.”**

Eventuali variazioni delle informazioni non derivanti da innovazioni normative contenute nel “Fascicolo informativo”, successive alla conclusione del contratto, potranno essere consultate sul sito internet della Società (www.hdiassicurazioni.it).

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**1. Informazioni generali**

Il contratto è concluso con HDI Assicurazioni S.p.A. (di seguito Società), Società con unico azionista, capogruppo del Gruppo Assicurativo “HDI Assicurazioni”. Sede Legale e Direzione Generale in Italia in Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma, - Tel. +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500 – C.F. e P. IVA 04349061004 – Sito Web: www.hdiassicurazioni.it – E-Mail: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con Decreto del Ministero dell’Industria, del Commercio e dell’Artigianato dell’8/6/1993, n. 19570 (G.U. 14/6/1993) ed iscritta al Registro delle Imprese di Roma al n. 7122/92, alla Sezione I dell’Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022, e all’Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale della Società

L’ammontare del patrimonio netto (così come risultante a seguito dell’approvazione del bilancio 2015) è di € 217,71 milioni, di cui Capitale Sociale € 96,00 milioni interamente versato e riserve patrimoniali € 121,71 milioni. L’indice di solvibilità riferito alla gestione danni al 31 dicembre 2015 è pari a 144,0% (l’indice 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

Il contratto può essere stipulato con o senza tacito rinnovo.

Avvertenza

Il contratto di durata non inferiore ad un anno, se stipulato con tacito rinnovo, in assenza di disdetta inviata dalle Parti mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, si rinnova tacitamente per un ulteriore anno, e così di seguito.

In caso di disdetta regolarmente inviata, o in caso di contratto stipulato senza tacito rinnovo, la garanzia cessa a tutti gli effetti alla scadenza pattuita senza applicazione del periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall’art. 1901, secondo comma, del codice civile.

Si rinvia all’Art. 1.9 delle Norme che regolano l’assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto prevede coperture assicurative in caso di infortuni, nonché la prestazione di servizi di assistenza. Sono effettivamente operanti solo le coperture assicurative per le quali sono richiamate nella scheda di polizza le relative somme e i relativi premi.

Garanzie Infortuni

Il contratto prevede, in caso di infortunio occorso all’assicurato, le seguenti coperture assicurative, se e in quanto scelte dal Contraente:

- corresponsione di un capitale in caso di morte;
- corresponsione di un capitale in caso di invalidità permanente; il capitale sarà commisurato alla percentuale di invalidità accertata, previa detrazione di una franchigia ove prevista;
- corresponsione di una indennità giornaliera in caso di inabilità temporanea; l’indennità sarà corrisposta integralmente o parzialmente, per un periodo massimo di 365 giorni, previa detrazione di una franchigia;
- corresponsione di una indennità giornaliera in caso di ricovero o gessatura; l’indennità sarà corrisposta:



- integralmente, per un periodo massimo di 365 giorni, in caso di ricovero;
- al 50%, per un periodo massimo di 365 giorni, in caso di Day hospital o Day Surgery;
- integralmente, per un periodo massimo di 40 giorni, in caso di gessatura;
- integralmente, per un periodo massimo di 30 giorni, in caso di frattura ossea non ingessata;
- rimborso delle spese mediche sostenute, quali ad esempio quelle per il trasporto all'istituto di cura, le rette di degenza, gli onorari medici, la sala operatoria, i materiali di intervento, ecc..

Si rinvia rispettivamente agli Artt. 2.9, 2.10, 2.12, 2.13 e 2.14 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Garanzia Assistenza

Il contratto prevede, in caso di infortunio o malattia improvvisa occorsi all'assicurato, le seguenti prestazioni di Assistenza:

- consulenza medica telefonica;
- invio di un medico generico a domicilio in Italia, nel caso che l'Assicurato necessiti di un medico nelle ore serali e notturne o nei giorni festivi e non riesca a trovarlo;
- invio di un infermiere o di un fisioterapista a domicilio;
- consegna a domicilio (escluso il costo degli articoli) di: medicinali e articoli sanitari urgenti; generi alimentari di prima necessità;
- segnalazione di una collaboratrice familiare;
- trasporto in autoambulanza successivamente al ricovero di primo soccorso;
- trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato, nel caso che l'Assicurato non possa essere curato nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza; il trasferimento avverrà tramite aereo sanitario (solo in Paesi europei o facenti parte del bacino del Mediterraneo), aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato, treno in prima classe e, occorrendo, in vagone letto, autoambulanza senza limiti di percorso;
- rientro dal centro ospedaliero attrezzato; il trasferimento avverrà tramite aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato, treno in prima classe e, occorrendo, in vagone letto, autoambulanza senza limiti di percorso;
- rientro sanitario, nel caso che l'Assicurato non possa essere curato nel luogo in cui si trova; il trasferimento avverrà tramite aereo sanitario (solo in Paesi europei o facenti parte del bacino del Mediterraneo), aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato, treno in prima classe e, occorrendo, in vagone letto, autoambulanza senza limiti di percorso;
- rientro con un familiare;
- anticipo spese mediche;
- viaggio di un familiare;
- accompagnamento di minori;
- autista a disposizione;
- prolungamento del soggiorno;
- rientro salma.

Si rinvia agli Artt. da 4.1 a 4.18 delle Norme che regolano l'assicurazione di Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società organizzatrice ed erogatrice delle prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

Avvertenza

Limitazioni, esclusioni, sospensioni di garanzia, riduzione o mancato pagamento dell'indennizzo

- 1) In caso di mancato pagamento del premio o delle rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24,00 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza, e riprende vigore dalle ore 24,00 del giorno del pagamento. Si rinvia all'Art. 1.3 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.***
- 2) Il mancato rispetto dei termini di avviso di sinistro alla Società può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Si rinvia all'Art. 1.7 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.***
- 3) La polizza prevede specifiche esclusioni, limitazioni o fattispecie di inassicurabilità. Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS e sieropositività HIV. Si rinvia agli Artt. 2.2, 2.3, 2.5, 2.6 e 2.8 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e all'Art. 4.19 delle Norme che regolano l'assicurazione Assistenza per gli aspetti di dettaglio.***



Avvertenza

Franchigie, scoperti, massimali, limiti di durata o territoriali

Il contratto può prevedere franchigie, scoperti, sottolimiti di somme assicurate, limiti di durata o territoriali operanti sempre o in determinate situazioni. Si rinvia agli Artt. 2.4, 2.7, 2.11, 2.12, 2.13 e 2.14 delle Norme che regolano l'assicurazione Infotuni, alle Condizioni particolari da M) a P) e agli Artt. 4.9, 4.10, 4.11 e 4.13 delle Norme che regolano l'assicurazione Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie.

Infotuni

Garanzia Invalidità permanente

Capitale assicurato:	€ 250.000,00	
Franchigie operanti:	3% sulla parte di somma fino a	€ 160.000,00
	5% sulla parte di somma da € 160.000,00	
	fino a	€ 250.000,00
Percentuale di invalidità residuata:	20%	
Liquidazione dell'indennizzo:	17% di € 160.000,00 =	€ 27.200,00
	15% di € 90.000,00 =	€ 13.500,00
	Totale indennizzo	€ 40.700,00

Garanzia Inabilità temporanea

Somma assicurata:	€ 50,00	
Franchigie e sottolimiti operanti:	franchigia per i primi 7 giorni	
Durata della inabilità temporanea:	45 giorni, di cui 30 per inabilità totale e 15 di inabilità parziale	
Liquidazione dell'indennizzo:	primi 7 giorni = in franchigia	
	23 giorni di inabilità totale (al 100%)	= € 50,00 x 23 giorni = € 1.150,00
	15 giorni di inabilità parziale (al 50%)	= € 25,00 x 15 giorni = € 375,00
	Totale indennizzo	€ 1.525,00

Assistenza

Evento per cui si chiede la prestazione: rientro sanitario di assicurato la cui permanenza all'estero si è protratta continuativamente per tre mesi

Limitazione di durata operante in caso di permanenza continuativa all'estero:

60 giorni

Effettuazione della prestazione: Nessuna prestazione

4. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenze

In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze del contraente e/o dell'assicurato su circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Società, si può incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ovvero nella cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Si rinvia all'Art. 1.1 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione. **La mancata comunicazione scritta alla Società di circostanze che determinano un aggravamento del rischio, rispetto alla situazione rappresentata all'atto della stipula della polizza, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ovvero la cessazione dell'assicurazione.**

In caso di diminuzione del rischio, la Società, laddove ricorrano i presupposti di cui all'art. 1897 del codice civile, è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del contraente.

Si rinvia agli Artt. 1.5 e 1.6 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale e all'Art. 2.8 delle Norme che regolano l'assicurazione Infotuni per gli aspetti di dettaglio.



A titolo esemplificativo ma non esaustivo, si riportano di seguito alcune fattispecie.

Perdita parziale del diritto all'indennizzo

Attività dichiarata:	Geometra (senza accesso a cantieri e ponteggi) Classe di rischio A (come da Tabella delle attività)
Attività svolta al momento del sinistro:	Geometra (con accesso a cantieri e ponteggi) Classe di rischio B (come da Tabella delle attività)
Percentuale di indennizzo riconosciuta:	75% (per aggravamento del rischio non comunicato)

Perdita totale del diritto all'indennizzo

Attività dichiarata:	Muratore Classe di rischio C (come da Tabella delle attività)
Attività svolta al momento del sinistro:	Minatore Attività non prevista dalla Tabella delle attività)
Percentuale di indennizzo riconosciuta:	Nessun indennizzo (attività non assicurabile)

6. Premi

I premi devono essere pagati alle rispettive scadenze.

La Società o gli intermediari possono ricevere dal contraente, a titolo di pagamento del premio:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati alla Società, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico senza oneri a carico del Contraente, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati alla precedente lettera a).

È ammesso il pagamento in denaro contante nei limiti consentiti dalle norme vigenti.

È possibile frazionare il pagamento dei premi, nel qual caso saranno applicati interessi di frazionamento nella misura del 3%, 4% e 5% rispettivamente per rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali, fermo l'obbligo di corrispondere l'intero premio relativo all'intera annualità assicurativa.

7. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate, i massimali, il premio, i limiti di indennizzo e le franchigie, non espressi in percentuale, possono essere soggetti ad adeguamento in base alle variazioni degli indici ISTAT. Si rinvia alla Condizione Particolare Q per gli aspetti di dettaglio.

8. Diritto di recesso**Avvertenza**

È prevista la facoltà sia per il contraente sia per la Società di recedere dal contratto in caso di sinistro. Si rinvia all'Art. 1.8 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale per gli aspetti di dettaglio.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è assoggettato alla legge italiana. Ai sensi dell'art. 180 del Decreto Legislativo n. 209/2005, le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

11. Regime fiscale

Ai premi Infortuni si applica l'aliquota di imposta del 2,5%. Ai premi Assistenza si applica l'aliquota di imposta del 10%.



C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo****Avvertenza**

Il momento di insorgenza del sinistro è individuato nel momento in cui:

- *in caso di garanzia Morte, Invalidità permanente o Inabilità temporanea, l'assicurato subisce un infortunio;*
- *in caso di garanzia Indennità giornaliera per ricovero o Rimborso spese mediche, l'assicurato è ricoverato nell'istituto di cura.*

La denuncia del sinistro deve essere effettuata per iscritto entro 3 giorni da quando il contraente o l'assicurato ne hanno avuto conoscenza, come previsto dall'art. 1913 del codice civile. L'assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società di effettuare indagini e accertamenti, ivi comprese visite mediche da parte di fiduciari, senza spese a carico dell'assicurato o dei beneficiari stessi.

La denuncia di sinistro Infortuni deve essere effettuata alla Società con le seguenti modalità:

A mezzo fax al numero verde:	800.60.61.61
A mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri Via Abruzzi, 10 – 00187 Roma
A mezzo posta elettronica, solo per i titolari di posta elettronica certificata (PEC) a:	sinistri@pec.hdia.it
Rivolgendosi alla propria Agenzia	
Per informazioni sui sinistri rivolgersi al numero:	800.23.31.20 oppure alla propria Agenzia

In caso di garanzia Rimborso spese mediche, l'indennizzo viene effettuato a cura ultimata.

La gestione dei sinistri Assistenza è stata affidata dalla Società a: Europ Assistance Italia S.p.A., con sede in Milano, Piazza Trento, 8.

La denuncia di sinistro e la richiesta di prestazioni di Assistenza devono essere effettuate con le seguenti modalità:

Per telefono	
– al numero verde:	800 01 06 34
– al numero:	02 58 28 62 06
A mezzo telegramma indirizzato a:	Europ Assistance Italia S.p.A. Piazza Trento, 8 20135 Milano MI

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società organizzatrice ed erogatrice delle prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

Si rinvia all'Art. 1.7 delle Norme che regolano l'assicurazione in generale, all'Art. 2.15 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e all'Art. 4.20 delle Norme che regolano l'assicurazione Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a HDI Assicurazioni S.p.A. – Reclami – Via Abruzzi, 10 - 00187 Roma, telefax 06 4210 3583, e-mail reclami@pec.hdia.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla compagnia ed utilizzando il modello di presentazione del reclamo disponibile sul sito dell'IVASS.

In relazione alle controversie inerenti alla quantificazione dei danni e all'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.



Nel caso in cui la legislazione scelta dalle parti sia diversa da quella italiana, gli eventuali reclami in merito al contratto dovranno essere rivolti all'Autorità di Vigilanza del paese la cui legislazione è stata prescelta. In tal caso l'IVASS faciliterà le comunicazioni tra l'Autorità competente ed il Contraente.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente¹ chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Resta sempre salva la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

14. Controversie – Arbitrato: arbitrato irrituale

Il contratto prevede la facoltà delle parti di ricorrere all'arbitrato irrituale di un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio dei medici.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assicurato.

Si rinvia all'Art. 2.18 delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza

Il ricorso all'arbitrato irrituale è facoltativo, in quanto è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

15. Informativa sull'attivazione dell'area web riservata

È possibile consultare online le informazioni relative al presente contratto accedendo all'Area Clienti dalla home page del sito www.hdiassicurazioni.it.

Le credenziali per l'accesso saranno rilasciate dalla Società previa richiesta dell'Assicurato e/o del Contraente all'Intermediario assicurativo.

* * *

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

HDI Assicurazioni S.p.A.
Il Legale Rappresentante
Massimo Pabis Ticci



¹ Il sistema competente è individuabile accedendo al sito *internet*: http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm



GLOSSARIO

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Ambulatorio

La struttura od il centro medico attrezzato, regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione e il suo contenuto.

Beneficiario

Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Cartella clinica

Il documento ufficiale, avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente

Il soggetto che stipula l'assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Day Hospital/Day Surgery

La degenza diurna, anche non continuativa, con assegnazione di posto letto senza pernottamento, in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, documentata da cartella clinica, da cui risultino i giorni di effettiva degenza, e finalizzata all'erogazione di cure mediche e di trattamenti terapeutici o riabilitativi (Day Hospital) o finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici (Day Surgery) che per la loro natura e complessità necessitano di continua assistenza medica od infermieristica.

Franchigia

Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la garanzia facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato. Può essere espressa in giorni od in percentuale a seconda della garanzia a cui è applicata.

Gessatura

Applicazione di gesso o bende gessate, od immobilizzazione con tutori rigidi applicati e rimossi solo da parte di personale medico o paramedico specializzato, effettuata in istituto di cura od ambulatorio ed applicata a seguito di lesione accertata strumentalmente.

Inabilità temporanea

La temporanea incapacità, anche parziale, dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate all'atto della sottoscrizione della polizza.

Indennizzo, indennità o rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, o alle altre cause espressamente previste all'Art. 2.1 Oggetto dell'assicurazione, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario

Persona fisica o società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico

Atto medico, praticato in istituto di cura od in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un intervento chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.



Invalidità permanente

La perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Istituti di cura

Le strutture sanitarie pubbliche o le case di cura private regolarmente autorizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui hanno sede le strutture stesse. Non si considerano "istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali.

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso noto all'Assicurato.

Massimale

La somma per persona fino al cui limite la Società risponde in base all'assicurazione per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo.

Parti

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Pratica sportiva a livello dilettantistico

Esercizio di un'attività sportiva, anche a carattere agonistico e continuativo, per la quale non sia percepito un compenso monetario a titolo di corrispettivo delle prestazioni effettuate a favore di un qualsiasi ente sportivo. Ai fini della valutazione del carattere dilettantistico della pratica sportiva, non costituiscono compenso monetario i soli premi eventualmente previsti per i vincitori od i primi classificati in una competizione.

Premio

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

Prestazioni

Nell'ambito della garanzia Assistenza, le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Ricovero

La degenza comportante pernottamento in istituto di cura.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro per il quale è prestata la garanzia.

Sinistro

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

Relativamente alla garanzia Rimborso spese mediche, per sinistro si intende il ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ovvero il ricorso ad accertamenti diagnostici o ad altre prestazioni mediche, terapeutiche od infermieristiche eventualmente previste, verificatosi durante il periodo di validità della polizza in conseguenza di uno degli eventi rientranti nella copertura assicurativa.

Più ricoveri o più degenze in Day Hospital od in Day Surgery, o più interventi, purché verificatisi nell'ambito dell'operatività e della durata della polizza, si considerano un solo sinistro se ricollegabili allo stesso infortunio.

Relativamente alla garanzia Assistenza, il singolo fatto od avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Società

L'impresa assicuratrice, ovvero HDI Assicurazioni S.p.A.

Struttura Organizzativa

È la struttura di Europ Assistance Service (Italia) S.p.A., Piazza 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 od entro i diversi limiti previsti dal contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per conto di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della Società stessa.

Visita specialistica

Visita sanitaria effettuata da un medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, rilasciato da Istituto Universitario, inerente alle conseguenze dell'infortunio che hanno dato origine alla visita stessa.



■ INFORTUNI

■ Condizioni di Assicurazione

Documento aggiornato a Giugno 2016



■ INDICE

<i>Parte Prima</i>	
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE _____	pag. 3
<i>Parte Seconda</i>	
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI _____	pag. 5
TABELLA DELLE ATTIVITÀ _____	pag. 12
<i>Parte Terza</i>	
CONDIZIONI PARTICOLARI _____	pag. 17
<i>Parte Quarta</i>	
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA _____	pag. 22



PARTE PRIMA

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 – Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o 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 del codice civile.

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

I premi devono essere pagati all'Agenzia od all'Ufficio di Rappresentanza a cui è assegnata la polizza oppure alla Società. 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 successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del codice civile.

L'eventuale frazionamento del premio non esonera il Contraente dal pagamento dell'intero premio annuo da considerarsi a tutti gli effetti unico e indivisibile.

Art. 1.4 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.5 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare immediata 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 del codice civile.

Art. 1.6 – 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 del Contraente, ai sensi dell'art. 1897 del codice civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.7 – Obblighi in caso di sinistro (vedere anche Art. 2.15)

In caso di sinistro, il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia od all'Ufficio di Rappresentanza a cui è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del codice civile.

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

Art. 1.8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

L'eventuale pagamento dei premi venuti a scadenza dopo il sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia delle Parti ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 1.9 – Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

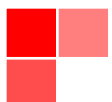


Art. 1.10 – Oneri fiscali

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

Art. 1.11 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. La presente assicurazione è regolata dalla legge italiana.



PARTE SECONDA NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione

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

- delle attività professionali principali e/o secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento od il congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore e le folgorazioni;
- f) le lesioni determinate da sforzi, **con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini**;
- g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- j) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e di vegetali, **escluse la malaria e le malattie tropicali**.

Art. 2.2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) *dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;*
- 2) *dalla guida:*
 - *di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla C;*
 - *di macchine operatrici;*
 - *o dall'utilizzo di macchine agricole in ambito professionale;*
 - *di natanti a motore per uso non privato;*
- 3) *dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro;*
- 4) *dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di: aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto dall'Art. 2.5 – Rischio volo; mezzi subacquei;*
- 5) *dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico;*
- 6) *dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nella sue varie forme, arti marziali, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurfing, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour; paracadutismo o sport aerei in genere;*
- 7) *dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni - e relative prove e allenamenti -organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi similari nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;*
- 8) *da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;*
- 9) *da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- 10) *da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;*
- 11) *da guerra (salvo quanto disposto dall'Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;*
- 12) *da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali;*
- 13) *da trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);*
- 14) *dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;*
- 15) *dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: della criminalità; di tumulti popolari; di atti di guerriglia o di violenza urbana; di atti di terrorismo; di manifestazioni di piazza; sono inoltre esclusi gli infortuni causati dalla partecipazione ad esercitazioni tattiche e militari, con o senza utilizzo di armi da fuoco.*

I rischi di cui al numero 2) sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale



dichiarata.

Art. 2.3 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società considera non assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sieropositività HIV, la Società stessa presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non soffrire di tali affezioni.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni nel corso del contratto costituisce un aggravamento del rischio per il quale la Società non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo; si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo del codice civile.

Art. 2.4 – 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. 2.5 – Rischio volo

Ferme le Norme che regolano l'assicurazione in generale, e a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.2 – Esclusioni, punto 4), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **esclusi quelli effettuati:**

- *su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;*
- *su aeromobili di aeroclub;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo: deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*

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.

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

Art. 2.6 – Servizio militare

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto del Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione spetta al Contraente il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione il Contraente ha diritto di ottenere il protrarsi dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero

L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 2.2 – Esclusioni, punto 11), vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (*esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino*) in un paese sino ad allora in pace, **con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.**

Art. 2.8 – Cambiamento dell'attività professionale

Fermo il disposto degli Artt. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 1.5 – Aggravamento del rischio, 1.6 – Diminuzione del rischio e 2.2 – Esclusioni, **se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale principale o secondaria dichiarata in polizza, senza che l'Assicurato o il Contraente 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 corrisposto nella ridotta misura, indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:**

Attività dichiarata in polizza	Percentuali di indennizzo in base alla classe di attività svolta al momento del sinistro				
	Classi	A	B	C	D
A		100	75	60	50
B		100	100	75	60
C		100	100	100	75
D		100	100	100	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 delle attività" riportata alla fine delle presenti Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, ove sono indicate anche le corrispondenti classi di rischio.

Per la classificazione di attività non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata. **Qualora l'attività svolta al momento del sinistro non possa essere classificata neppure utilizzando tali criteri, la stessa deve considerarsi non assicurabile, e pertanto l'indennizzo non sarà corrisposto ai sensi dell'Art. 1898 del codice civile.**

Ove non diversamente indicato o non implicito nella descrizione dell'attività dichiarata in polizza, si intende che l'attività svolta dall'Assicurato non comporta, neppure saltuariamente:

- **l'accesso a cantieri, impalcature, ponteggi, officine, industrie in genere;**
- **l'utilizzo di macchinari industriali, macchine operatrici o macchine agricole;**
- **il contatto con materiali radioattivi, corrosivi, velenosi, esplosivi.**

In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di un'attività comportante una o più delle fattispecie elencate ai tre alinea precedenti, varrà quanto stabilito nel presente articolo al riguardo dello svolgimento di un'attività diversa da quella dichiarata.

Art. 2.9 – Morte e morte presunta

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio**, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del codice civile). In caso di affondamento o naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (artt. 211 e 838 del codice della navigazione). Resta inteso che, se dopo che la Società ha pagato l'indennità risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

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

Art. 2.10 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza – **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri sotto elencati:



Arti od organi	Corrispondente percentuale di invalidità permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
– un arto superiore	70%
– una mano o un avambraccio	60%
– un pollice	18%
– un indice	14%
– un medio	8%
– un anulare	8%
– un mignolo	12%
– la falange ungueale del pollice	9%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
Anchilosi dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
Paralisi completa del nervo radiale	35%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%
Amputazione di un arto inferiore:	
– al di sopra della metà della coscia	70%
– al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
– un piede	40%
– ambedue i piedi	100%
– un alluce	5%
– un altro dito del piede	1%
– la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%
Anchilosi dell'articolazione tibiotarsica ad angolo retto con anchilosi dell'articolazione sottoastragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Cecità di:	
– un occhio	25%
– ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
– un orecchio	10%
– ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
– una vertebra cervicale	12%
– una vertebra dorsale	5%
– 12 ^a dorsale	10%
– una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.



Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo, le norme della successione testamentaria o legittima.

Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 2.10 – Invalidità permanente, l'indennizzo definitivo sarà liquidato previa applicazione delle seguenti franchigie:

- ***sulla parte di somma assicurata non eccedente € 160.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 3% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 3% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;***
- ***sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 260.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;***
- ***sulla parte di somma assicurata eccedente € 260.000,00 e fino a € 400.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;***
- ***sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00 non si farà luogo a indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 15% della totale; se invece essa risulterà superiore al 15% della totale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.***

Art. 2.12 – Inabilità temporanea

L'indennità per inabilità temporanea è riconosciuta:

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

L'indennità per inabilità temporanea è corrisposta, ***per un periodo massimo di 365 giorni.***

- ***dall'8° giorno successivo a quello di accadimento del sinistro per diarie assicurate fino a € 50,00;***
- ***dall'11° giorno successivo a quello di accadimento del sinistro per diarie assicurate superiori a € 50,00.***

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quelle dovute per morte, invalidità permanente, ricovero e gessatura.

Non è cumulabile invece con l'indennità prevista, in caso di frattura ossea, dall'ultimo alinea dell'Art. 2.13 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea.

Art. 2.13 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, e se dipendenti da questo, l'assicurazione vale per:

- a) il ricovero;
- b) il Day Hospital;
- c) il Day Surgery;
- d) la gessatura;
- e) la frattura ossea.

La Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

- in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e ***per la durata massima di 365 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;***
- in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, ***nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;***
- in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, ***nella misura del 50% e per la durata massima di 365 giorni per sinistro;***
- in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e ***per la durata massima di 40 giorni per sinistro. Il giorno di rimozione della gessatura non è indennizzabile;***



- in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritto dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso e **per la durata massima di 30 giorni per sinistro**.

Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro. L'indennità in caso di frattura ossea di cui al quinto alinea del presente articolo non è altresì cumulabile con l'indennità per Inabilità temporanea.

Art. 2.14 – Rimborso spese mediche da infortunio

La Società rimborsa, fino alla concorrenza della somma indicata in polizza, le spese sostenute dall'Assicurato, e rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:

- A) il trasporto dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, al posto di Pronto Soccorso od all'ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
- B) in caso di ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico, anche ambulatoriale od effettuato in regime di Day Surgery, o gessatura:**
 - 1) diritti di sala operatoria, onorari del chirurgo e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - 2) materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
 - 3) assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici durante il ricovero, il Day Hospital, l'intervento chirurgico o la gessatura;
 - 4) rette di degenza;
 - 5) medicinali prescritti dai sanitari;
 - 6) accertamenti radiografici e radioscopici, visite specialistiche, esami ed analisi in genere e relativi ticket;
 - 7) apparecchi gessati e tutori;
 - 8) terapie fisiche e cure termali prescritte dai sanitari (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**);
 - 9) trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura, dal posto di Pronto Soccorso o dall'ambulatorio ad altro Istituto di cura od al domicilio dell'Assicurato, reso necessario dalle sue condizioni di salute, **entro il limite del 20% del massimale indicato in polizza**;
- C) in caso di sinistro che non comporti ricovero, né Day Hospital, né intervento chirurgico, né gessatura, le spese di cui alle precedenti lettere A) e B), numeri 5 e 6, **entro il limite del 30% del massimale indicato in polizza**;
- D) in caso di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, le spese di cui alla precedente lettera B), numeri da 1 a 6.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata all'Assicurato, o ai suoi beneficiari in caso di morte, **previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per i titoli suindicati.**

Sono rimborsabili le spese sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio.

Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Art. 2.15 – Denuncia dell'infortunio e oneri relativi

Fermo quanto previsto dall'Art. 1.7 – Obblighi in caso di sinistro, **la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa del sinistro 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, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 2.16 – 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. 2.10 – Invalidità permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.17 – Criteri di liquidazione

Nei casi di ricovero, Day Hospital o Day Surgery, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e l'esito dell'infortunio, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza in regime di Day Hospital o Day Surgery.

Nel caso di gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione della documentazione medica necessaria per la determinazione del giorno dell'applicazione della gessatura e della sua rimozione nonché della documentazione strumentale attestante la lesione che ha reso necessaria la gessatura.



Nel caso di frattura ossea che non comporti gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione del referto comprovante la frattura e del certificato del medico con la prescrizione dei giorni di prognosi.

Art. 2.18 – Controversie – arbitrato irrituale

In caso di:

- divergenze sul grado di invalidità permanente o sul grado o sulla durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dal precedente Art. 2.16;
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;
- disaccordo sulla operabilità di un'ernia addominale da sforzo;

le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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 dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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

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

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

Art. 2.19 – Rinuncia al diritto di surrogazione

Limitatamente alle garanzie Morte e morte presunta, Invalidità permanente, Inabilità temporanea e Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea, di cui ai precedenti Artt. 2.9, 2.10, 2.12 e 2.13, la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 2.20 – Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente assicurazione sia 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 del codice civile.



TABELLA DELLE ATTIVITÀ

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ	COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
001	D	ABBATTITORE DI PIANTE	048	A	ATTUARIO
443	B	ACCOMPAGNATORE TURISTICO	050	B	AUTISTA DI PIAZZA
444	B	ACCORDATORE	051	B	AUTO-MOTO-CICLO NOLEGGIATORE
445	A	ADDETTO AI CALL CENTER	052	C	AUTO-MOTO-CICLO RIPARATORE
446	B	ADDETTO IMPRESA POMPE FUNEBRI	520	D	AUTOTRASPORTATORE (con carico e scarico)
447	C	ADDETTO IMPRESA PULIZIE (con uso impalcature e simili)	053	C	AUTOTRASPORTATORE (senza carico e scarico)
448	B	ADDETTO IMPRESA PULIZIE (senza uso impalcature e simili)	054	A	AUTOTRASPORTATORE (titolare, senza guida autocarri né lavori manuali)
002	A	AFFITTACAMERE	055	A	AVVOCATO
003	B	AGENTE CINEMATOGRAFICO/TEATRALE	455	A	BABYSITTER
004	B	AGENTE DI ASSICURAZIONE	456	B	BADANTE
005	B	AGENTE DI BORSA/CAMBIO	056	B	BAGNINO
006	B	AGENTE DI COMMERCIO	057	B	BALLERINO
007	B	AGENTE DI CUSTODIA	058	A	BANCARIO
008	B	AGENTE DI VIAGGI	059	A	BANCHIERE
009	B	AGENTE IMMOBILIARE	060	A	BARBIERE
449	B	AGENTE PUBBLICITARIO	061	B	BARISTA/BARMAN
010	C	AGRICOLTORE (con uso macchine agricole)	062	A	BENESTANTE (senza occupazioni di lavoro)
011	B	AGRICOLTORE (senza uso macchine agricole)	457	C	BENZINAIO (compreso manutenzione e autolavaggio)
012	A	AGRONOMO	063	B	BENZINAIO (escluso manutenzione e autolavaggio)
450	B	ALBERGATORE (con lavori manuali)	064	A	BIBLIOTECARIO
013	A	ALBERGATORE (titolare, senza lavori manuali)	065	B	BIDELLO
014	B	ALLENATORE SPORTIVO (escluso arti marziali, lotta, equitazione)	066	A	BIOLOGO
015	C	ALLEVATORE BESTIAME (bovini, equini, suini)	067	D	BOSCAIOLO
016	B	ALLEVATORE BESTIAME (escluso bovini, equini, suini)	068	A	BOTANICO
017	A	ALLEVATORE BESTIAME (titolare, senza lavori manuali)	069	D	BRACCIANTE (con uso macchine agricole)
018	A	AMMINISTRATORE (beni propri o altrui)	070	B	BRACCIANTE (senza uso macchine agricole)
019	A	ANALISTA	458	C	CALDAISTA
020	A	ANESTESISTA	072	B	CALZOLAIO
451	B	ANIMATORE VILLAGGI VACANZE	073	A	CAMERAMAN
021	C	ANTENNISTA	074	B	CAMERIERE
452	B	ANTIQUARIO (con restauro)	075	A	CAMICIAIA
022	A	ANTIQUARIO (senza restauro)	076	D	CAMIONISTA (con carico e scarico)
026	C	APPARTENENTE A FF. AA. o CORPI DI POLIZIA (escluse azioni repressione ed esercitazioni militari)	077	C	CAMIONISTA (senza carico e scarico)
027	C	APPRENDISTA (con lavori manuali)	078	B	CANTANTE
028	A	APPRENDISTA (senza lavori manuali)	079	B	CANTONIERE
029	B	ARBITRO SPORTIVO	080	C	CAPO CANTIERE (con lavori manuali)
453	C	ARCHEOLOGO	081	B	CAPO CANTIERE (senza lavori manuali)
030	B	ARCHITETTO (con accesso cantieri e ponteggi)	082	C	CAPO FABBRICA (con lavori manuali)
031	A	ARCHITETTO (senza accesso cantieri e ponteggi)	083	B	CAPO FABBRICA (senza lavori manuali)
032	A	ARCHIVISTA	084	C	CAPO OFFICINA (con lavori manuali)
033	D	ARMATORE (navigante)	085	B	CAPO OFFICINA (senza lavori manuali)
034	A	ARMATORE (non navigante)	086	C	CAPO OPERAIO
035	A	ARREDATORE	087	C	CAPOMASTRO (con lavori manuali)
036	C	ARTIERE	088	B	CAPOMASTRO (senza lavori manuali)
038	C	ARTIGIANO	089	A	CAPOSTAZIONE
039	B	ARTIGIANO TESSILE	090	B	CAPOTRENO
454	D	ASCENSORISTA	091	C	CARBURATORISTA
041	B	ASSICURATORE (addetto alla produzione)	459	D	CARPENTIERE
042	B	ASSISTENTE SOCIALE	092	C	CARPENTIERE (senza accesso a ponteggi e impalcature)
043	A	ASSISTENTE UNIVERSITARIO	093	C	CARROZIERE
044	A	ASTRONOMO	094	A	CARTOLAIO
046	B	ATTORE (senza scene pericolose)	095	A	CASALINGA
047	C	ATTREZZISTA	096	B	CASARO
			097	B	CASELLANTE
			098	A	CASSIERE
			100	C	CAVATORE (in cave a giorno senza uso di mine)
			101	A	CENTRALINISTA



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
460	B	CERAMISTA
103	B	CHIMICO (senza contatto materiali esplosivi)
105	B	COLLABORATORE FAMILIARE
107	A	COMMERCIALISTA
108	A	COMMERCIANTE ABBIGLIAMENTO (o addetto)
109	B	COMMERCIANTE ACCESSORI AUTO (o addetto)
461	B	COMMERCIANTE ALIMENTARI/MINIMARKET (o addetto)
114	B	COMMERCIANTE ANIMALI DOMESTICI (o addetto)
119	A	COMMERCIANTE ARTICOLI DA REGALO e CHINCAGLIERIA (o addetto)
110	C	COMMERCIANTE ARTICOLI EDILIZIA (o addetto)
462	A	COMMERCIANTE ARTICOLI FOTOGRAFICI e OTTICA (o addetto)
111	B	COMMERCIANTE ARTICOLI IDRAULICI/ELETTRICI (o addetto)
463	B	COMMERCIANTE ARTICOLI IGIENICO/SANITARI (o addetto)
112	A	COMMERCIANTE ARTICOLI SPORTIVI (o addetto)
113	A	COMMERCIANTE AUTO e MOTO VEICOLI (o addetto)
115	A	COMMERCIANTE CACCIA e PESCA (o addetto)
116	A	COMMERCIANTE CALZATURE (o addetto)
117	A	COMMERCIANTE CARTOLERIA (o addetto)
118	A	COMMERCIANTE CASALINGHI (o addetto)
120	C	COMMERCIANTE COMBUSTIBILI (o addetto)
464	A	COMMERCIANTE COMPUTER ed ELETTRONICA (o addetto)
121	A	COMMERCIANTE CONCIMI (o addetto)
143	A	COMMERCIANTE DISCHI, MUSICA, STRUMENTI MUSICALI (o addetto)
122	A	COMMERCIANTE DOLCIUMI (o addetto)
123	B	COMMERCIANTE ELETTRODOMESTICI (o addetto)
465	B	COMMERCIANTE FERRAMENTA (o addetto)
124	A	COMMERCIANTE FIORI e PIANTE (o addetto)
125	B	COMMERCIANTE FRUTTA e VERDURA (o addetto)
126	A	COMMERCIANTE GIOCATTOLE (o addetto)
127	A	COMMERCIANTE LATTE e LATTICINI (o addetto)
128	C	COMMERCIANTE LEGNAME (o addetto)
129	A	COMMERCIANTE LIBRI (o addetto)
130	B	COMMERCIANTE LUBRIFICANTI (o addetto)
131	B	COMMERCIANTE MACCHINARI (o addetto)
132	A	COMMERCIANTE MANGIMI (o addetto)
133	C	COMMERCIANTE MATERIE FERROSE (o addetto)
134	A	COMMERCIANTE MATERIE PLASTICHE (o addetto)
135	A	COMMERCIANTE MEDICINALI (o addetto)
136	A	COMMERCIANTE MERCERIE (o addetto)

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
137	B	COMMERCIANTE MOBILI (o addetto)
138	A	COMMERCIANTE PELLAMI (o addetto)
139	A	COMMERCIANTE PELLICCE (o addetto)
140	A	COMMERCIANTE PESCI (o addetto)
141	B	COMMERCIANTE PREZIOSI (o addetto)
142	A	COMMERCIANTE PROFUMI (o addetto)
144	A	COMMERCIANTE TAPPETI (o addetto)
145	A	COMMERCIANTE TESSUTI (o addetto)
146	A	COMMERCIANTE UOVA e POLLAMI (o addetto)
147	A	COMMERCIANTE VALIGIE e BORSE (o addetto)
148	B	COMMERCIANTE VERNICI E COLORI (o addetto)
149	C	COMMERCIANTE VETRI (o addetto)
150	B	COMMERCIANTE VINI e LIQUORI (o addetto)
151	B	COMMESSE VIAGGIATORE
153	A	CONCERTISTA
466	C	CONCIATORE
467	C	CONDUCENTE AUTOBUS EXTRAURBANI
468	B	CONDUCENTE AUTOBUS URBANI e FILOBUS
154	B	CONDUCENTE MEZZI PUBBLICI (no extraurbani)
155	D	CONDUTTORE MACCHINE AGRICOLE e OPERATRICI
156	A	CONSULENTE DEL LAVORO e/o PER LA SICUREZZA
157	B	CONTROLLORE (su automezzi pubblici o treni)
158	B	COREOGRAFO
159	B	CORNICIAIO
160	C	CORRIERE
161	C	COSTRUTTORE EDILE
162	B	COSTRUTTORE EDILE (senza lavori manuali)
163	A	CRITICO D'ARTE
164	B	CROMATORE
165	B	CRONISTA
166	B	CUOCO
167	B	CUSTODE
168	B	DECORATORE
469	A	DENTISTA
470	A	DIRETTORE D'ORCHESTRA
169	B	DIRIGENTE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)
170	A	DIRIGENTE (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
471	A	DISEGNATORE
472	A	DOCENTE UNIVERSITARIO
171	B	DOGANIERE
172	B	DOMESTICO
173	B	DROGHIERE
174	C	EBANISTA
175	A	ECONOMO
176	A	EDITORE
177	C	ELETTRAUTO
178	C	ELETTRICISTA
179	C	ELETTROMECCANICO
180	C	ELETTROTECNICO (anche all'esterno e alta tensione)
181	B	ELETTROTECNICO (solo all'interno senza alta tensione)
182	A	ENOLOGO
473	A	ERBORISTA
183	D	ESCAVATORE
184	A	ESPORTATORE
185	A	ESTETISTA



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
186	C	FABBRO
187	D	FACCHINO
188	C	FALEGNAME
189	D	FANTINO
190	A	FARMACISTA
191	C	FATTORE AGRICOLO (con uso macchine agricole)
192	B	FATTORE AGRICOLO (senza uso macchine agricole)
193	B	FATTORINO
474	A	FERROVIERE (escluso personale viaggiante)
475	C	FERROVIERE (macchinista)
194	B	FERROVIERE (personale viaggiante, escluso macchinisti)
195	A	FISICO
196	A	FISIOTERAPISTA
197	B	FLORICOLTORE
198	B	FORNAIO
199	A	FOTOGRAFO (all'interno studi di posa)
200	B	FOTOGRAFO (in esterni) o FOTOREPORTER
476	A	FOTOMODELLO
477	C	FRIGORISTA
201	B	FRUTTICOLTORE
202	A	FUNZIONARIO AMM.VO
203	B	GARAGISTA
204	A	GARAGISTA (titolare, senza lavori manuali)
478	B	GELATAIO (con produzione)
479	A	GELATAIO (senza produzione)
205	B	GEOLOGO
206	B	GEOMETRA (con accesso cantieri e ponteggi)
207	A	GEOMETRA (senza accesso cantieri e ponteggi)
208	A	GERENTE/GESTORE (senza lavori manuali)
480	A	GESTORE Bed & Breakfast
209	B	GIARDINIERE
210	A	GINECOLOGO
211	B	GIOIELLIERE
212	A	GIORNALAI
213	B	GIORNALISTA o PUBBLICISTA
214	A	GIUDICE
215	C	GOMMISTA
216	A	GOVERNANTE
217	A	GRAFICO
481	D	GRUISTA
218	B	GUARDACACCIA
219	B	GUARDAPESCA
220	A	GUARDAROBBIERA
221	B	GUARDIA ACQUE DEMANIALI
222	B	GUARDIA CAMPESTRE
224	B	GUARDIA FORESTALE
226	B	GUARDIA MUNICIPALE
228	B	GUIDA TURISTICA
482	B	HOSTESS/STEWART (presso stand commerciali)
229	C	IDRAULICO
230	A	IGIENISTA DENTALE
231	B	IMPIEGATO (con mansioni esterne, compreso accesso cantieri, officine, ponteggi)
232	A	IMPIEGATO (con mansioni interne, senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
233	A	IMPORTATORE

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
483	C	IMPRENDITORE (escluso edilizia, con lavori manuali e accesso a cantieri e officine)
484	B	IMPRENDITORE (escluso edilizia, senza lavori manuali ma con accesso a cantieri e officine)
485	A	IMPRENDITORE (senza lavori manuali né accesso a cantieri e officine)
234	C	IMPRENDITORE EDILE (con lavori manuali e accesso cantieri e ponteggi)
235	B	IMPRENDITORE EDILE (senza lavori manuali ma con accesso cantieri e ponteggi)
236	B	IMPRENDITORE POMPE FUNEBRI
237	A	IMPRESARIO
238	B	INCISORE
239	B	INDOSSATORE/INDOSSATRICE
240	C	INDUSTRIALE (con lavori manuali e accesso cantieri, officine)
241	B	INDUSTRIALE (senza lavori manuali ma con accesso cantieri, officine)
242	A	INDUSTRIALE (senza lavori manuali né accesso cantieri, officine)
243	A	INFANTE
244	B	INFERMIERE (escluso reparti psichiatrici)
245	C	INFERMIERE (in reparti psichiatrici)
246	B	INGEGNERE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)
247	A	INGEGNERE (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
249	A	INSEGNANTE (escluso materie professionali, tecniche, educazione fisica)
248	B	INSEGNANTE (materie professionali, tecniche, educazione fisica)
250	C	INSERVIENTE
486	C	INSTALLATORE DISTRIBUTORI AUTOMATICI (compresa manutenzione)
487	C	INSTALLATORE SERRAMENTI, TENDE e VENEZIANE (anche con uso ponteggi o impalcature)
488	B	INSTALLATORE SERRAMENTI, TENDE e VENEZIANE (senza uso ponteggi o impalcature)
251	A	INTERPRETE
253	C	INTONACATORE (anche esterni)
252	B	INTONACATORE (solo interni)
489	B	INVESTIGATORE PRIVATO
254	B	ISTRUTTORE DI NUOTO
255	B	ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA
256	C	LAMINATORE
257	A	LATTAIO
258	C	LATTONIERE
259	B	LAVANDAIA
490	B	LEGATORE DI LIBRI
260	A	LIBRAIO
261	B	LINOTIPISTA
262	B	LITOGRAFO
491	A	LOGOPEDISTA/LOGOTERAPISTA
263	B	LUCIDATORE MARMI
264	B	LUCIDATORE METALLI
265	B	LUCIDATORE MOBILI
266	B	LUCIDATORE PAVIMENTI
267	B	LUCIDATORE PELLI
268	C	MACCHINISTA
269	C	MACELLAIO (al banco, senza macellazione)



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
270	D	MACELLAIO (con macellazione)
271	B	MAESTRO DI SCHERMA
272	B	MAESTRO DI SCI
273	B	MAESTRO DI TENNIS
274	B	MAGAZZINIERE
275	A	MAGGIORDOMO
276	A	MAGISTRATO
492	B	MAGLIERISTA
277	A	MAÎTRE D'HOTEL
278	D	MANDRIANO
279	A	MANICURE
280	D	MANISCALCO
281	C	MANOVALE
282	B	MANOVRATORE
283	D	MARITTIMO
284	C	MARMISTA
285	A	MASSAGGIATORE
286	B	MATERASSAIO
287	C	MECCANICO
288	B	MECCANICO CICLISTA
289	A	MECCANICO DENTISTA
290	B	MECCANICO DI PRECISIONE
291	A	MEDICO
292	A	METEOROLOGO
294	C	MEZZADRO (con uso macchine agricole)
295	B	MEZZADRO (senza uso macchine agricole)
297	A	MINISTRO DI CULTO
298	C	MOBILIARE
299	A	MODISTA
300	C	MOTORISTA
301	C	MUGNAIO
302	C	MURATORE
303	B	MUSICISTA
304	B	NOLEGGIATORE BARCHE
305	A	NOTAIO
306	B	ODONTOTECNICO
307	B	OMBRELLAIO
308	C	OPERAIO
309	A	OPERATORE CENTRI ELABORAZIONE DATI
310	B	OPERATORE CINEMATOGRAFICO
311	B	OPERATORE ECOLOGICO
312	A	ORAFO
313	A	ORCHESTRALE
314	B	OREFICE
315	A	OROLOGIAIO
316	C	ORTICOLTORE (con uso macchine agricole)
317	B	ORTICOLTORE (senza uso macchine agricole)
318	A	ORTOPEDICO
319	B	OSTE
320	A	OSTETRICA
321	A	OTTICO
322	C	PALAFRENIERE
324	A	PANETTIERE (commerciante o addetto, senza produzione)
325	B	PANIFICATORE
326	A	PANTALONAIA
328	B	PARAMEDICO (escluso reparti psichiatrici)
329	C	PARAMEDICO (in reparti psichiatrici)
330	A	PARRUCCHIERE
331	B	PASTAIO
332	A	PASTICCIERE (commerciante o addetto, senza produzione)
493	B	PASTICCIERE (con produzione)
333	C	PASTORE

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
334	B	PAVIMENTATORE
494	A	PEDICURE
335	B	PELLETTIERE
336	A	PELLICCIAIO (commerciante o addetto, senza lavori manuali)
337	A	PENSIONATO
338	A	PERFORATRICE
339	B	PERITO EDILE (con accesso cantieri, ponteggi, impalcature)
340	A	PERITO EDILE (senza accesso cantieri, ponteggi, impalcature)
341	C	PERITO ELETTRTECNICO
342	B	PERITO INDUSTRIALE
343	B	PERITO TECNICO
495	D	PESCATORE
346	C	PESCATORE (solo acque interne)
347	B	PIASTRELLISTA
348	B	PIAZZISTA
349	C	PILOTA DI PORTO
352	A	PITTORE ARTISTA
353	C	PITTORE EDILE
496	B	PITTORE EDILE (solo interni, escluso ponteggi e impalcature)
497	B	PIZZAIOLO
354	A	PODOLOGO
355	B	PORTALETTERE
356	B	PORTIERE
357	D	PORTUALE
498	C	PORTUALE (escluso facchini e scaricatori)
358	A	POSSIDENTE (senza occupazioni di lavoro)
359	A	PRELATO
499	B	PREPARATORE ATLETICO
360	A	PRESIDE
361	B	PRESTIGIATORE
362	B	PROCACCIATORE D'AFFARI
363	B	PROCURATORE DI BORSA
364	B	PROCURATORE SPORTIVO
365	A	PRODUTTORE CINE-TEATRALE
366	A	PROGETTISTA (senza lavori manuali)
367	A	PROGRAMMATORE ELETTRONICO
500	A	PROGRAMMATORE INFORMATICO o SISTEMISTA
501	B	PROMOTORE FINANZIARIO
368	B	PROPAGANDISTA
369	A	PROPRIETARIO TERRIERO (senza lavori manuali)
370	A	PSICOLOGO o PSICANALISTA
371	A	PUBBLICITARIO
372	A	PUERICULTRICE
374	C	PULITORE VETRI
502	C	RADIOTECNICO (compresa installazione antenne)
376	B	RADIOTECNICO (esclusa installazione antenne)
377	A	RAGIONIERE
503	B	RAMMENDATRICE
378	B	RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO
379	B	REGISTA (senza scene pericolose)
380	B	RESTAURATORE MOBILI
381	B	RESTAURATORE OPERE D'ARTE (compreso accesso a ponteggi e impalcature)
382	A	RETTORE
504	A	REVISORE CONTABILE
505	B	RICAMATRICE
383	A	RICERCATORE UNIVERSITARIO



COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
384	B	RIGATTIERE
385	A	RILEGATORE DI LIBRI
506	B	RIPARATORE ARTICOLI IN PELLE
507	C	RIPARATORE RADIO TV (compresa installazione antenne)
386	B	RIPARATORE RADIO TV (escluso installazione antenne), COMPUTER, ELETTRODOMESTICI
508	B	RISTORATORE
387	B	ROSTICCIERE
388	A	SACERDOTE
389	A	SACRESTANO
391	C	SALDATORE
392	B	SALUMIERE
393	A	SARTO
394	C	SCALPELLINO
395	B	SCENOGRAFO (senza scene pericolose)
396	A	SCOLARO
397	A	SCRITTORE
398	B	SCULTORE
399	B	SINDACALISTA
400	A	SOCIOLOGO
402	B	SOUBRETTE
403	A	SOVRINTENDENTE ALLE ARTI
404	C	SPEDIZIONIERE
405	A	SPEDIZIONIERE (titolare, senza lavori manuali)
406	D	SPELEOLOGO
509	C	STAGISTA (con lavori manuali)
510	A	STAGISTA (senza lavori manuali)
407	D	STALLIERE
408	A	STENOGRAFO
511	B	STILISTA
409	C	STRADINO
410	A	STUDENTE (istruzione primaria e secondaria)
411	A	STUDENTE (universitario e master)

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
412	A	SUORA
512	A	TABACCAIO
413	B	TAPPEZZIERE
513	B	TASSISTA
414	A	TELEFONISTA
514	C	TERMOIDRAULICO
415	B	TESSITORE
416	B	TINTORE
417	B	TIPOGRAFO
515	C	TIROCINANTE (con lavori manuali)
516	A	TIROCINANTE (senza lavori manuali)
418	A	TITOLARE AZIENDA/IMPRESA (senza lavori manuali)
517	B	TITOLARE BAR, CAFFÈ, BIRRERIA
521	B	TOELETTATORE
419	C	TORNITORE
420	A	TRADUTTORE
421	B	TRANVIERE
422	C	TRATTORISTA
423	C	TREBBIATORE
424	A	TRUCCATORE
425	B	UFFICIALE GIUDIZIARIO
426	D	UFFICIALE MARINA MERCANTILE
427	A	UROLOGO
428	A	USCIERE
518	C	VENDITORE AMBULANTE
429	B	VERNICIATORE
430	A	VESCOVO
431	B	VETERINARIO
432	C	VETRAIO
433	A	VETRINISTA
434	C	VETTURINO
437	B	VIGILE URBANO (ogni ruolo e grado)
519	B	VIVAISTA
438	C	VULCANIZZATORE



PARTE TERZA
CONDIZIONI PARTICOLARI
(valide soltanto se espressamente richiamate)

ESTENSIONI

A – Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente - Tabella INAIL

A parziale deroga dell'Art. 2.10 – Invalidità permanente, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

B – Supervalutazione dell'invalidità permanente delle mani

A parziale deroga dell'Art. 2.10 – Invalidità permanente (fermi i criteri generali ivi indicati) o, se operativa, della Tabella INAIL di cui alla Condizione Particolare A, la tabella delle percentuali dell'invalidità permanente si intende sostituita per i casi appresso indicati dalla seguente:

Arti od organi	Corrispondente percentuale di invalidità permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
– una mano	100%
– un pollice	60%
– un indice	60%
– un medio	30%
– un anulare	20%
– un mignolo	20%
– la falange ungueale del pollice	30%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito

La supervalutazione non è operante per la parte di somma assicurata eccedente € 200.000,00.

C – Ernie addominali da sforzo

A parziale deroga dell'Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione, lettera f), la garanzia comprende, *limitatamente ai casi di Invalidità permanente e di Inabilità temporanea* (ove previsti), le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità temporanea (ove prevista) fino ad un massimo di trenta 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, per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri – senza soluzione di continuità – ad altra eguale copertura, il periodo di carenza di 180 giorni sopra stabilito decorre:

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

D – Sport svolti sotto l'egida delle Federazioni

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 2.2 – Esclusioni, punto 7), l'assicurazione, *limitatamente ai soli casi di morte e invalidità permanente e con il massimo di € 160.000,00 per sinistro e per anno assicurativo*, vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione, in qualità di tesserati, *purché a livello dilettantistico*, a competizioni – e relative prove e allenamenti – organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni od Enti similari nei seguenti sport:

- baseball;
- calcio (compreso calcio a cinque e simili);
- ciclismo;
- pallacanestro;
- pallamano;



- pallanuoto;
- pallavolo;
- sci di fondo.

Non sono applicabili alla presente estensione di garanzia, ancorché richiamate, le disposizioni di cui alle Condizioni particolari M – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente, N – Tabella modulare sulla invalidità permanente e O – Franchigia relativa sulla invalidità permanente.

A parziale deroga dell'Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente, primo alinea, e limitatamente agli infortuni ammessi al risarcimento in forza della presente estensione di garanzia, ***l'indennizzo sarà liquidato previa applicazione di una franchigia del 5% anziché del 3%.***

E – Commorienza dei genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento, consegue la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno assicurato con la presente polizza, che lascino uno o più figli minori o portatori di handicap con invalidità riconosciuta non inferiore al 50% della totale, la Società liquida a questi ultimi una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi per il caso di morte dei genitori. ***In ogni caso, e indipendentemente dai capitali assicurati, anche se con più contratti, il maggior esborso a carico della Società non potrà superare € 200.000,00 per ciascun genitore assicurato.***

F – Indennità giornaliera per convalescenza

Qualora sia operante la garanzia di cui all'Art. 2.13 – Indennità giornaliera per ricovero o gessatura, in caso di:

- ricovero protrattosi per almeno 5 giorni;
- intervento chirurgico effettuato in regime di ricovero;
- gessatura (o immobilizzazione con tutori applicabili e rimovibili solo da parte di personale medico o paramedico specializzato), applicata in istituto di cura o ambulatorio;

a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde la suddetta indennità, nella misura indicata in polizza, anche per l'eventuale periodo di convalescenza, purché prescritto da un medico, per un numero di giorni pari a quello che sarà riconosciuto per l'Indennità giornaliera per ricovero o gessatura, ***e comunque non superiore a 30 giorni per sinistro.***

G – Indennità forfetaria per perdita anno scolastico

In caso di infortunio che comporti l'impossibilità, da parte dell'Assicurato, di frequentare le lezioni di un corso di studio (istruzione primaria o secondaria) per un numero di giorni che, a norma delle disposizioni vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponde un'indennità forfetaria pari all'1% della somma assicurata per l'Invalidità permanente, entro il limite di € 1.000,00 per sinistro.

Il diritto all'indennità deve essere comprovato, oltre che dalla certificazione medica relativa all'infortunio, da specifica documentazione, rilasciata dall'Istituto scolastico frequentato, attestante che la perdita dell'anno scolastico è stata determinata esclusivamente dal numero di giorni di assenza a causa dell'infortunio stesso.

LIMITAZIONI

H – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (compreso il rischio "in itinere")

A parziale deroga dell'Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione, l'assicurazione vale ***esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate***, compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di locomozione, purché non espressamente esclusi dal contratto.

I – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali

A parziale deroga dell'Art. 2.1 – Oggetto dell'assicurazione, l'assicurazione vale ***esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere di professionalità. In ogni caso, sono esclusi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante attività comunque retribuite alle dipendenze di terzi o svolte in proprio a titolo professionale.***

L – Limitazione dell'assicurazione agli infortuni del conducente

La Società presta l'assicurazione a favore del conducente, avente i requisiti di legge, del veicolo indicato in polizza. L'assicurazione si intende operante dal momento in cui l'Assicurato sale a bordo fino al momento in cui ne discende.

La garanzia si intende operante anche per gli infortuni che l'Assicurato dovesse subire mentre attende, in caso di arresto del veicolo, alle operazioni necessarie per la ripresa della marcia.

Nel caso in cui il conducente abbia compiuto il 75° anno di età al momento del sinistro, l'assicurazione è prestata con l'applicazione delle seguenti limitazioni e franchigie:

- a) le somme assicurate per tutte le garanzie si intendono ridotte del 50%;***



- b) *le franchigie sulla invalidità permanente di cui all'Art. 2.11 si intendono raddoppiate;*
- c) *non sono operanti eventuali altre Condizioni particolari, ancorché richiamate.*

FRANCHIGIE

M – Abrogazione parziale delle franchigie sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente si conviene che:

- sulla parte di somma assicurata non eccedente € 160.000,00 l'indennizzo per invalidità permanente sarà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 160.000,00 e fino a € 260.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 3% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 3% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 260.000,00 e fino a € 400.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 5% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 400.000,00 e fino a € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 10% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità;*
- *sulla parte di somma assicurata eccedente € 500.000,00 non si corrisponde alcun indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 15% della totale; qualora invece essa risulti superiore al 15% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale di invalidità.*

N – Tabella modulare sulla invalidità permanente

In deroga all'Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente, *l'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente sarà liquidato sulla base della seguente tabella:*

Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
fino a 3	0	18	17	33	46	48	76
4	1	19	18	34	48	49	78
5	2	20	20	35	50	50	80
6	3	21	22	36	52	51	82
7	4	22	24	37	54	52	84
8	5	23	26	38	56	53	86
9	6	24	28	39	58	54	88
10	7	25	30	40	60	55	90
11	8	26	32	41	62	56	92
12	9	27	34	42	64	57	94
13	10	28	36	43	66	58	96
14	11	29	38	44	68	59	98
15	12	30	40	45	70	60 e oltre	100
16	14	31	42	46	72		
17	15	32	44	47	74		

O – Franchigia relativa sulla invalidità permanente

A parziale deroga dell'Art. 2.10 – Invalidità permanente, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa. In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

In deroga all'Art. 2.11 – Franchigie sulla invalidità permanente, l'indennizzo previsto per il caso di invalidità permanente verrà corrisposto secondo le seguenti modalità:

- *per invalidità permanente di grado pari o inferiore al 20% della totale, l'indennizzo sarà corrisposto previa applicazione di una franchigia del 5% sulla percentuale di invalidità permanente totale;*
- per invalidità permanente di grado superiore al 20%, l'indennizzo sarà corrisposto senza applicazione di alcuna franchigia.



P – Franchigia sulla inabilità temporanea

In deroga all'Art. 2.12 – Inabilità temporanea, l'indennità per inabilità temporanea è corrisposta, **per un periodo massimo di 365 giorni per sinistro, a partire dall'ottavo giorno successivo alla data di accadimento del sinistro e con le seguenti modalità:**

- **dall'8° al 14° giorno, nella misura del 50% della somma assicurata;**
- **dal 15° al 21° giorno, nella misura del 75% della somma assicurata;**
- dal 22° giorno in avanti, nella misura del 100% della somma assicurata.

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile con quelle dovute per morte, invalidità permanente, ricovero e gessatura.

Non è cumulabile invece con l'indennità prevista, in caso di frattura ossea, dall'ultimo alinea dell'Art. 2.13 – Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea.

VARIE**Q – Adeguamento automatico - Indicizzazione**

Le somme assicurate, i massimali, il premio, gli eventuali limiti di indennizzo, gli scaglioni in base ai quali si applicano le eventuali franchigie e le franchigie stesse, non espressi in percentuale, sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali dell'Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (già Indice del costo della vita) pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica, secondo le regole seguenti:

- alla polizza è assegnato, come riferimento iniziale, quello del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- ad ogni scadenza annuale si effettua il confronto tra l'indice iniziale di riferimento (o quello che ha dato luogo all'ultimo adeguamento) e l'indice del mese di giugno dell'anno solare antecedente quello di detta scadenza;
- se si è verificata una variazione in aumento rispetto all'indice iniziale od a quello che ha dato luogo all'ultimo adeguamento, gli elementi soggetti ad adeguamento di cui al primo comma sono aumentati in proporzione; l'aumento decorre dalla data di scadenza annuale e sarà riportato su apposita quietanza da rilasciare al Contraente;
- se si è verificata una variazione in diminuzione rispetto all'indice iniziale od a quello che ha dato luogo all'ultimo adeguamento, gli elementi soggetti ad adeguamento di cui al primo comma restano inalterati.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le somme assicurate, i massimali e il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, ciascuna delle Parti avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso, gli elementi soggetti ad adeguamento di cui al primo comma rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

In caso di ritardo od interruzione nella pubblicazione degli indici, l'adeguamento sarà effettuato in base all'ultimo indice mensile conosciuto dell'anno precedente.

Qualora l'ISTAT modifichi la composizione e i parametri del suddetto indice, l'adeguamento sarà effettuato in base alla variazione percentuale relativa al nuovo indice così risultante.

R – Regolazione del premio

Il premio viene anticipato in via provvisoria dal Contraente nell'importo risultante dal conteggio esposto in polizza ed è regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo, o della minor durata del contratto, secondo le variazioni intervenute durante lo stesso periodo negli elementi presi come base per il conteggio del premio, fermo restando il premio minimo stabilito in polizza da corrispondere all'inizio di ogni anno assicurativo.

A tale scopo, entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di assicurazione o della minor durata del contratto, il Contraente deve fornire per iscritto alla Società i dati necessari al calcolo della regolazione definitiva.

Le differenze, attive o passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate nei 15 giorni dalla relativa comunicazione da parte della Società, fermo comunque il premio minimo esposto in polizza.

La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.

Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, la Società può fissargli un ulteriore termine, non inferiore a 15 giorni, trascorso il quale il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo al periodo assicurativo annuo per il quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto i suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.

Per i contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Qualora, all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo degli elementi variabili di rischio superi il doppio di quanto preso come base per la determinazione del premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene



rettificato a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di un'adeguata rivalutazione del preventivo sugli elementi variabili. Il nuovo importo di questi ultimi non può essere comunque inferiore al 75% di quelli dell'ultimo consuntivo.

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

S – Deroga al patto di tacita proroga

In deroga all'Art. 1.9 – Proroga dell'assicurazione, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.



PARTE QUARTA NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

Premessa

L'assicurazione è valida in conseguenza diretta ed esclusiva di una malattia improvvisa o di un infortunio per le seguenti prestazioni, previa attivazione della Struttura Organizzativa con le modalità previste all'Art. 4.20 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi.

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società organizzatrice ed erogatrice delle prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

Art. 4.1 – Consulenza medica telefonica

L'Assicurato, qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

Art. 4.2 – Invio di un medico generico a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 o nei giorni festivi, e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento mediante autoambulanza dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino.

Art. 4.3 – Invio di un infermiere a domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

Art. 4.4 – Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, o a seguito di malattia improvvisa, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

Art. 4.5 – Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.

Art. 4.6 – Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a ricovero in istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio o malattia improvvisa, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, ***compatibilmente con le disponibilità locali***, tenendo la Società a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

Art. 4.7 – Collaboratrice familiare

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, ***compatibilmente con le disponibilità locali***, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

Art. 4.8 – Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare



direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

Art. 4.9 – Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che venga ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:

- a) a individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
 - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

- c) ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.

Art. 4.10 – Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. 4.9 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

Le prestazioni di cui agli articoli da 4.11 a 4.18 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 4.11 – Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione inoltre non è dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.



Art. 4.12 – Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'Art. 4.11 che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. 4.13 – Anticipo spese mediche

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, debba sostenere delle spese mediche impreviste, e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di € 1.000,00 per sinistro.

La prestazione non è operante:

- **nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;**
- **se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;**
- **se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.**

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

Art. 4.14 – Viaggio di un familiare

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a sette giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Art. 4.15 – Accompagnamento di minori

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato accompagnato da minori di 15 anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.

Art. 4.16 – Autista a disposizione

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relative al carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

Art. 4.17 – Prolungamento del soggiorno

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa comprovata da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo (**limitatamente al pernottamento e alla prima colazione**), tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60,00 al giorno. Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

Art. 4.18 – Rientro salma

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento in cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.



Art. 4.19 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

- 1) *Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo, per ogni anno di validità della polizza.*
- 2) *La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero, nel corso di ciascun anno di validità della polizza, è di 60 giorni.*
- 3) *Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) *guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) *scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) *dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;*
 - d) *infortuni derivanti da atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale.**Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.*
- 4) *L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo e anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.*
- 5) *Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.*
- 6) *La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.*
- 7) *Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 del codice civile.*
- 8) *Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.*

Art. 4.20 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

Per la denuncia del sinistro e per poter usufruire delle prestazioni, sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, come qui di seguito indicato:

per telefono al numero verde	800.010.634
per telefono al numero	02-58.28.62.06
per telegramma indirizzato	Europ Assistance Italia S.p.A.
	Piazza Trento, 8
	20135 Milano

In ogni caso dovranno essere fornite le seguenti informazioni:

- il tipo di assistenza di cui si necessita;
- cognome e nome del richiedente;
- numero di polizza preceduto dalla sigla **HDMA**;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- numero telefonico dove reperirlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area clienti dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento la Società organizzatrice ed erogatrice delle prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

