

First Protection Family

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA FAMIGLIA A COPERTURA DEI GRAVI EVENTI.

Il presente Fascicolo Informativo contenente:
- Nota Informativa, comprensiva del glossario;
- Condizioni di assicurazione;

deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto.

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE LA NOTA INFORMATIVA.

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

FIRST PROTECTION Family

CONDIZIONI CONTRATTUALI

Modello MAL50001 - Ed. 04/2015

DISCIPLINA DEL CONTRATTO

La Polizza è costituita e disciplinata dal presente Fascicolo Informativo modello MAL50001/FI, contenente le Condizioni Contrattuali e la Nota Informativa comprensiva del glossario, e della scheda di polizza modello MAL50000 riportante le somme assicurate.
Con la firma della scheda di polizza modello MAL50000 il Contraente approva le Condizioni Contrattuali previste nel presente Fascicolo Informativo modello MAL50001/FI.

GARANZIE

Nelle Condizioni Contrattuali sono riportate quelle relative alle Sezioni:

- **Continuità del reddito**
- **Salute**
- **Patrimonio**

Diventano operanti le garanzie per le quali siano stati espressamente indicati i dovuti riferimenti e importi nelle rispettive caselle della scheda di polizza modello MAL50000.

ITALIANA ASSICURAZIONI

INTRODUZIONE pag. 7

DEFINIZIONI pag. 9

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE CONTINUITÀ DEL REDDITO pag. 15

GARANZIE ASSICURATE

a. INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

Art. 1.1 OGGETTO pag. 15
Art. 1.2 OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA pag. 15
Art. 1.3 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA pag. 16

b. ASSISTENZA CONTINUITÀ DEL REDDITO

Art. 1.4 OGGETTO pag. 17
Art. 1.5 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA pag. 21

GESTIONE DEL SINISTRO

a. INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

Art. 1.6 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ pag. 23
Art. 1.7 VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE pag. 23
Art. 1.8 DENUNCIA E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 24
Art. 1.9 DATA DEL SINISTRO pag. 25
Art. 1.10 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO pag. 25

b. ASSISTENZA CONTINUITÀ DEL REDDITO

Art. 1.11 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 26
Art. 1.12 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 26
Art. 1.13 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 26

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE SALUTE pag. 27

GARANZIE ASSICURATE

a. DREAD DISEASE

Art. 2.1 OGGETTO pag. 27
Art. 2.2 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA pag. 29

b. ASSISTENZA SALUTE

Art. 2.3 OGGETTO pag. 30
Art. 2.4 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA pag. 33

GESTIONE DEL SINISTRO

a. DREAD DISEASE

Art. 2.5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 34
Art. 2.6 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO pag. 34

b. ASSISTENZA SALUTE

Art. 2.7 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 35
Art. 2.8 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 35
Art. 2.9 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 35

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE PATRIMONIO pag. 36

GARANZIE ASSICURATE

Art. 3.1 FRANCHIGIA pag. 36

a. INCENDIO – DANNI AL FABBRICATO

Art. 3.2 OGGETTO pag. 36
Art. 3.3 OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE pag. 39
Art. 3.4 ESCLUSIONI pag. 40

b. TERREMOTO – DANNI AL FABBRICATO

Art. 3.5 OGGETTO pag. 40
Art. 3.6 OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE pag. 41
Art. 3.7 ESCLUSIONI pag. 41

c. RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 3.8 OGGETTO pag. 42
Art. 3.9 OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE pag. 44
Art. 3.10 ESCLUSIONI pag. 45

d. ASSISTENZA PATRIMONIO

Art. 3.11 OGGETTO pag. 45
Art. 3.12 ESCLUSIONI pag. 47

GESTIONE DEL SINISTRO E LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO / RISARCIMENTO

a. INCENDIO – DANNI AL FABBRICATO E TERREMOTO – DANNI AL FABBRICATO

Art. 3.13 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA pag. 48
Art. 3.14 DENUNCIA DEI SINISTRI E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 48
Art. 3.15 ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO pag. 48
Art. 3.16 PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO pag. 48
Art. 3.17 MANDATO DEI PERITI pag. 49
Art. 3.18 DETERMINAZIONE DEL DANNO pag. 49
Art. 3.19 ASSICURAZIONE PARZIALE – DEROGA ALLA REGOLA PROPORZIONALE pag. 49
Art. 3.20 LIMITE MASSIMO DELL'INDENNIZZO pag. 50
Art. 3.21 ANTICIPO SUGLI INDENNIZZI pag. 50
Art. 3.22 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO pag. 50

b. RESPONSABILITÀ CIVILE

Art. 3.23 DENUNCIA DEI SINISTRI E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO pag. 50
Art. 3.24 GESTIONE DELLE VERTENZE DEL DANNO - SPESE LEGALI pag. 51
Art. 3.25 INOSSERVANZA DEGLI OBBLIGHI RELATIVI AI SINISTRI pag. 51

c. ASSISTENZA PATRIMONIO

Art. 3.26 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO pag. 52
Art. 3.27 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI pag. 52
Art. 3.28 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE pag. 52

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE pag. 53

Art. 4.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO pag. 53
Art. 4.2 DIMINUZIONE E AGGRAVAMENTO DI RISCHIO – CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE pag. 53
Art. 4.3 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE pag. 53
Art. 4.4 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE – DURATA DELL'ASSICURAZIONE pag. 53

Art. 4.5	INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE	pag.	53
Art. 4.6	VARIAZIONE DEL PREMIO	pag.	54
Art. 4.7	RINUNCIA ALLA RIVALSA	pag.	54
Art. 4.8	FORO COMPETENTE	pag.	54
Art. 4.9	ONERI FISCALI	pag.	54
Art. 4.10	ALTRE ASSICURAZIONI	pag.	54
Art. 4.11	MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE	pag.	54
Art. 4.12	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	pag.	54
Art. 4.13	ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ	pag.	54
Art. 4.14	CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE	pag.	55
Art. 4.15	CHI NON ASSICURIAMO	pag.	55
Art. 4.16	LIMITI DI ETÀ	pag.	55

APPENDICE 1

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE	pag.	56
(Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124)	pag.	56

APPENDICE 2

TABELLA DI RIFERIMENTO INDICATIVA PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	pag.	60

APPENDICE 3

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI ASSICURABILI	pag.	66
ELENCO DEGLI ESERCIZI COMMERCIALI ASSICURABILI	pag.	67
ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI AD ELEVATO RISCHIO - RISERVATE ALLA DIREZIONE	pag.	67

APPENDICE 4

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA	pag.	68

APPENDICE 5

TABELLA DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ	pag.	71

INTRODUZIONE

First Protection Family è un prodotto multirischio, modulare che contiene garanzie assicurative per far fronte ai gravi eventi che possono compromettere seriamente la salute o l'integrità fisica della persona a seguito di un grave infortunio o di una malattia grave o provocare rilevanti danni alla dimora abituale.
Le garanzie principali sono soggette all'applicazione di franchigie rilevanti che comportano la partecipazione dell'Assicurato al danno subito.

Tale offerta si completa con la possibilità di abbinare la copertura Temporanea Caso Morte del prodotto First Protection Life che può essere stipulata per un singolo Assicurato o per due Assicurati.

Il Fascicolo Informativo è costituito da Nota Informativa, Glossario e Condizioni di Assicurazione (queste ultime sono a loro volta organizzate in Sezioni e in Condizioni Generali).

FIRST PROTECTION FAMILY – LE SEZIONI

L'Assicurato può scegliere di acquistare le singole Sezioni - Continuità del Reddito, Salute, Patrimonio - con il vincolo che quest'ultima non operi singolarmente ma congiuntamente ad una delle altre due.

La **SEZIONE CONTINUITÀ DEL REDDITO** contiene garanzie che soddisfano il bisogno di continuità del reddito familiare nel caso in cui un infortunio o una malattia con conseguenze altamente invalidanti possano comprometterlo e offre un ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad emergenze di natura sanitaria. Questa Sezione si compone delle garanzie:

- Invalidità Permanente Grave, che copre esclusivamente le invalidità permanenti **pari o superiori al 66%** della totale
- Assistenza Continuità del Reddito

La garanzia Assistenza Continuità del Reddito viene attivata automaticamente se scelta la garanzia Invalidità Permanente Grave.
La Sezione Continuità del Reddito può operare autonomamente o congiuntamente alle Sezioni Salute e Patrimonio.

La **SEZIONE SALUTE** contiene garanzie che soddisfano il bisogno di un supporto economico in caso di una grave patologia e offre un ventaglio di servizi e prestazioni per far fronte ad emergenze di natura sanitaria. Questa Sezione si compone delle garanzie:

- Dread Disease, che copre le gravi patologie indicate nell'Art. 2.1 delle Condizioni di Assicurazione
- Assistenza Salute

La garanzia Assistenza Salute viene attivata automaticamente se scelta la garanzia Dread Disease.
La Sezione Salute può operare autonomamente o congiuntamente alle Sezioni Continuità del Reddito e Patrimonio.

Nella **SEZIONE PATRIMONIO** sono presenti le seguenti garanzie:

- Incendio – Danni al fabbricato
- Terremoto - Danni al fabbricato
- Assistenza Patrimonio
- Responsabilità Civile (opzionale)

Tutte le garanzie della presente Sezione, ad esclusione della garanzia Assistenza Patrimonio, sono prestate con una franchigia di € 10.000 su ciascun sinistro; in caso di sinistro l'assicurazione copre esclusivamente l'importo del danno ridotto di tale franchigia, che rimane quindi a carico dell'Assicurato.
La garanzia Assistenza Patrimonio viene attivata automaticamente se scelta la Sezione Patrimonio.
La Sezione Patrimonio può operare solo congiuntamente alle Sezioni Salute e/o Continuità del Reddito del prodotto First Protection Family.

Nell'ambito di tale Sezione saranno operanti esclusivamente le garanzie esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

L'offerta First Protection, nelle sue due componenti (Family e Life), è dedicata a tutti coloro che desiderano tutelare più aree di bisogno: pertanto è opportuno scegliere almeno due garanzie tra quelle proposte all'interno delle Sezioni Continuità del Reddito e Salute a tutela dell'integrità fisica della persona.

LE CONDIZIONI GENERALI

Sono norme comuni a tutte le Sezioni che regolano l'assicurazione in generale.

DEFINIZIONI

ANNUALITÀ ASSICURATIVA
Il periodo compreso tra la data di effetto dell'assicurazione e la data di prima scadenza, o tra due date di scadenza annuale tra loro successive, o tra l'ultima data di scadenza annuale e la data di cessazione dell'assicurazione.

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione.
Per la Sezione Patrimonio si precisa che il soggetto Assicurato può variare a seconda delle garanzie della sezione stessa.

ASSICURAZIONE
Il presente contratto di assicurazione che si conclude mediante la sottoscrizione della polizza.

ASSISTENZA
Le prestazioni di immediato aiuto che la Società si impegna a fornire all'Assicurato nel caso in cui lo stesso si trovi in una situazione di difficoltà al seguito del verificarsi di un evento previsto in garanzia dall'assicurazione.

CENTRALE OPERATIVA
Componente della struttura organizzativa di BLUE ASSISTANCE S.p.A., società di servizi facente parte del Gruppo Reale Mutua. La Centrale Operativa organizza ed eroga i servizi e le prestazioni di assistenza previsti in polizza.

CONTRAENTE
La persona che stipula il contratto con la Società.

FRANCHIGIA
La parte del danno, stabilita contrattualmente, che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

MASSIMALE
La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

PARTI
Il Contraente e la Società.

POLIZZA
L'insieme dei documenti che comprovano il contratto di assicurazione.

PREMIO
La somma dovuta alla Società a titolo di corrispettivo per l'assicurazione.

RESIDENZA
Luogo in Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano in cui l'Assicurato ha stabilito la dimora abituale.

SCHEDA DI POLIZZA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione dell'assicurazione, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio, la fascia di somma assicurata per il fabbricato, il premio e la sottoscrizione delle Parti.

SINISTRO
Il verificarsi dell'evento o del fatto dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

SOMMA ASSICURATA
Somma indicata nella scheda di polizza, da utilizzare per il calcolo dell'indennizzo previsto dalla relativa garanzia.

Per le garanzie "Incendio – danni al fabbricato" e "Terremoto – danni al fabbricato" della Sezione Patrimonio: la somma assicurata è il valore del fabbricato, determinato come previsto dagli artt. 3.3 B e 3.6 B (valore a nuovo) entro la fascia di valore prescelta sulla scheda di polizza. **Qualora il valore del fabbricato, determinato come sopraindicato, risulti superiore al valore massimo della fascia indicato sulla scheda di polizza, per somma assicurata si intende lo stesso valore massimo della fascia.**

I seguenti termini sono specifici della Sezione Continuità del Reddito e della Sezione Salute

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza prestata da personale in possesso di specifico diploma.

CARENZA
Periodo durante il quale le garanzie del contratto di assicurazione non sono efficaci. Se il sinistro oggetto dell'assicurazione avviene in tale periodo, la Società non corrisponde la prestazione assicurata.

CARTELLA CLINICA
Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso diagnostico/terapeutico effettuato, gli esami e il diario clinico nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O).

DAY HOSPITAL / DAY SURGERY
Struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite da medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica.

GRAVE PATOLOGIA
Le patologie indicate all'art. 2.1.

INABILITÀ TEMPORANEA
Temporanea incapacità fisica dell'Assicurato a svolgere le sue normali occupazioni lavorative.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO
Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato in regime di ricovero mediante cruentazione dei tessuti con l'utilizzo di strumenti chirurgici ovvero con l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Sono considerati interventi chirurgici anche la litotripsia e la riduzione incruenta di fratture seguita da immobilizzazione.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:
- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo;
- le iniezioni.

INVALIDITÀ PERMANENTE
Perdita definitiva, in misura parziale o totale, della capacità generica dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla professione esercitata.

MALATTIA
Ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute dell'Assicurato non dipendente da infortunio.

PERIODO DI QUALIFICAZIONE
Periodo di tempo considerato dalla prima diagnosi della grave patologia entro il quale viene escluso il pagamento della prestazione in caso di morte dell'Assicurato.

QUESTIONARIO SANITARIO
Documento che costituisce parte integrante del contratto di assicurazione che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base di dichiarazioni da lui rese.
Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato medesimo.

RICOVERO
Permanenza in struttura sanitaria con pernottamento o in day hospital/day surgery.

SPORT ESTREMO
Sport di estrema difficoltà, ai limiti delle leggi fisiche e della sopportazione del corpo umano.

SPORT PROFESSIONISTICI / PRATICA A TITOLO PROFESSIONISTICO DI SPORT IN GENERE
Sport svolti in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributi di qualunque natura che costituiscano la principale fonte di reddito dell'Assicurato e che siano praticati nell'ambito di discipline ed Enti riconosciuti dal C.O.N.I.

STRUTTURA SANITARIA
Istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital/day surgery regolarmente autorizzati a fornire assistenza ospedaliera.
Non sono considerate strutture sanitarie gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche ed estetiche, fisioterapiche, riabilitative, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorni, le strutture per anziani, i centri del benessere.

I seguenti termini sono specifici della Sezione Patrimonio

ANIMALI DOMESTICI
Tutti gli animali posseduti a scopo di affezione e di utilizzo nell'ambito del proprio tempo libero quali, a titolo esemplificativo:
- cani, gatti, criceti e altri animali normalmente presenti all'interno o nell'ambito di un'abitazione;
- cavalli, capre, conigli e altri animali da stalla o da cortile;
- altri animali, anche esotici, purché posseduti nel rispetto delle norme di Legge.

Non rientrano nella definizione di animali domestici gli animali che l'Assicurato possegga o utilizzi nell'ambito di sue attività professionali o comunque retribuite.

ALBERI AD ALTO FUSTO
Alberi caratterizzati da almeno uno dei seguenti requisiti:
- un fusto di altezza pari o superiore a tre metri;
- altezza complessiva dal suolo (compresa la parte ramificata) pari o superiore a otto metri.

ATTI DI TERRORISMO
Atti, caratterizzati dall'uso di violenza, commessi da una o più persone espressione di gruppi organizzati, al fine di intimidire, condizionare o destabilizzare uno Stato, la popolazione o una parte di essa.

BOX AUTO
Locale coperto destinato al parcheggio delle autovetture.
È compreso il box auto separato dall'abitazione assicurata, facente parte di un fabbricato che abbia le caratteristiche costruttive indicate all'art. 3.3 C "Caratteristiche del fabbricato", purché destinato esclusivamente al parcheggio delle autovetture di proprietà del Contraente o del suo nucleo familiare.

COSE
Gli oggetti materiali e gli animali.

ESPLOSIONE
Improvviso e violento rilascio di energia termica e meccanica dovuta a reazione chimica, con produzione di gas ad altissima temperatura e pressione.

FABBRICATO
Fabbricato indica un intero edificio o una porzione di esso secondo quanto riportato sulla scheda di polizza.
Il fabbricato comprende (per l'intero o in base ai millesimi ad esso ricollegabili) le sue pertinenze (quali cantine, tettoie, box auto, recinzioni, cancelli, muri di contenimento e simili, piscine ad uso privato, centrale termica o caldaia

murale, serbatoi e attrezzature fisse per gli impianti termici e idraulici ed edifici accessori esistenti negli spazi adiacenti). Sono compresi gli impianti e le installazioni considerati immobili per natura o destinazione, realizzati nel fabbricato stesso, quali porte (anche interne), finestre, impianti di condizionamento, di prevenzione, di allarme e di segnalazione (se ancorati ai muri), tende (purché rigidamente fissate al fabbricato ed escluse le tende scorrevoli su bastoni o rotaie), antenne radio telericeventi e satellitari (purché fissate al fabbricato), impianti fotovoltaici, impianti solari termici. Sono inoltre comprese tinteggiature, tappezzerie, moquettes (e simili), affreschi e statue (purché privi di valore artistico).
Sono esclusi l'area, i parchi, i giardini, gli alberi, le pavimentazioni all'aperto, gli impianti sportivi.

FENOMENO ELETTRICO
Azione elettrica del fulmine, corto circuito, variazione di corrente o tensione, altri fenomeni elettrici dovuti a cause accidentali.

FURTO
Impossessamento di cosa mobile altrui sottraendola a chi la detiene al fine di trarne profitto per sé o per altri.

IMPIANTO FOTOVOLTAICO
Macchinario comprensivo di supporti, staffe, moduli fotovoltaici, inverter, apparecchiature di controllo o rilevazione, linee di distribuzione o trasmissione di energia.

IMPIANTO SOLARE TERMICO
Macchinario comprensivo di supporti, staffe, moduli di scambiatori di calore, apparecchiature di controllo o rilevazione, linee di distribuzione dell'acqua sino all'unione con l'impianto idrico del fabbricato.

IMPLOSIONE
Repentino cedimento di contenitori per carenza di pressione interna di fluidi od eccesso di pressione esterna.

INCENDIO
Combustione, con fiamma che può auto estendersi e propagarsi, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare.

INVERTER
Dispositivo elettronico per la conversione da corrente continua a corrente alternata.

LIMITE DI INDENNIZZO / RISARCIMENTO
Importo massimo che la Società si impegna a corrispondere in caso di sinistro.
Ove precisato, per alcune garanzie, il limite si intende oltre che per sinistro anche per annualità assicurativa.

NUCLEO FAMILIARE
I familiari (incluso il convivente more uxorio) del Contraente che risultino, al momento del sinistro, iscritti nel certificato anagrafico di stato di famiglia dello stesso.

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

REGOLA PROPORZIONALE
Il valore effettivo del fabbricato deve, in ogni momento, essere uguale o inferiore al valore massimo della "Fascia di somma assicurata per il fabbricato" indicata sulla scheda di polizza.
Come previsto dall'art. 1907 del Codice Civile, qualora dalle stime fatte al momento del sinistro il valore effettivo del fabbricato risulti superiore al valore massimo della "Fascia di somma assicurata per il fabbricato" indicata sulla scheda di polizza l'indennizzo è proporzionalmente ridotto.

RISARCIMENTO
La somma dovuta al soggetto che subisce un danno di cui l'Assicurato sia responsabile.

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

SCOPPIO
Repentino dirompersi di contenitori per eccesso di pressione interna di fluidi, non dovuto a esplosione.
Non rientra nella definizione di scoppio la rottura dovuta a gelo.

VALORE A NUOVO
La spesa prevista per l'integrale costruzione a nuovo del fabbricato con le stesse caratteristiche, **esclusi il valore dell'area (su cui insiste il fabbricato) e gli oneri fiscali se detraibili**.

VALORE ALLO STATO D'USO
La spesa prevista per l'integrale costruzione a nuovo del fabbricato con le stesse caratteristiche, al netto di un deprezzamento stabilito in relazione al grado di vetustà, allo stato di conservazione, alle modalità di costruzione, all'ubicazione, alla destinazione, all'uso e a ogni altra circostanza influente, **esclusi il valore dell'area (su cui insiste il fabbricato) e gli oneri fiscali se detraibili**.

VALORE INTERO
Forma di assicurazione che prevede la copertura del valore complessivo del fabbricato secondo quanto previsto agli artt. 3.3 A e 3.6 A "Forma di assicurazione"; tale forma è soggetta all'applicazione della regola proporzionale.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE CONTINUITÀ DEL REDDITO

La Società assicura le persone indicate nella scheda di polizza contro gli infortuni e le malattie, in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario MAL50006 che forma parte integrante del contratto di assicurazione, e presta le garanzie sotto indicate solo se esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

GARANZIE ASSICURATE

a. INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

ART. 1.1 OGGETTO

La garanzia Invalidità permanente Grave prevede la corresponsione di un capitale e di una rendita vitalizia all'accertamento di un'invalidità permanente pari o superiore al 66% della totale se essa è determinata da:

- **infortunio avvenuto durante la durata dell'assicurazione;**
- **malattia conseguente a situazione patologica insorta in corso di durata dell'assicurazione.**

Il grado di invalidità permanente da infortunio è accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (allegato n. 1 al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124) riportate all' Appendice 1.
Il grado di invalidità permanente da malattia è accertato con riferimento ai valori aventi carattere indicativo ed ai criteri elencati nella tabella di cui all'Appendice 2. **La valutazione medico-legale pertanto potrà differire dai valori presenti in tale tabella.**

Il capitale corrisposto è quello indicato nella scheda di polizza.
Il pagamento della rendita vitalizia avviene mediante una polizza Vita rivalutabile dell'importo iniziale lordo mensile indicato nella scheda di polizza. L'effetto sarà quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale l'Assicurato accetta la liquidazione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato trascorso 1 mese dall'effetto della polizza Vita. **La rendita sarà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita, senza reversibilità alcuna**.

Se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 66% della totale, nessun indennizzo spetta all'Assicurato.

ART. 1.2 OPERATIVITÀ DELLA GARANZIA

L'assicurazione comprende anche gli infortuni subiti:

- a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- in stato di malore o incoscienza;
- in conseguenza di tumulti popolari **purché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
- in conseguenza di atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
- a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani. **In tali casi, se l'infortunio si verifica in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato del Vaticano, la somma assicurata è ridotta del 50%;**
- a causa di guerra, **se e in quanto l'Assicurato venga sorpreso dallo scoppio degli eventi mentre si trova all'estero in un Paese sino a quel momento in pace. La garanzia opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità;**
- **a seguito della pratica di rafting, canoa, idrospeed. In tali casi la somma assicurata è ridotta del 50%.**

Sono considerati infortuni anche:

- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le malattie da decompressione;
- l'avvelenamento acuto e le lesioni derivanti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
  - l'asfissia non dipendente da malattia;
  - le conseguenze, obiettivamente constatabili, di morsi o punture di animali.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 1.3 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA

La garanzia non opera per le invalidità permanenti:

- **preesistenti all'effetto dell'assicurazione;**
- **determinate da malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione.**

La garanzia non comprende inoltre le invalidità permanenti conseguenti a:

- **guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell' Art. 186 del D.Lgs. 30/04/1992 n. 285 e successive modificazioni o integrazioni;**
- **alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche,** salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- **guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari,** salvo quanto previsto all'Art. 1.2;
- **partecipazioni a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;**
- **pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
- **pratica di sport estremi, di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili); pratica di bungee jumping e attività simili;**
- **pugilato, kickboxing, Mauy Thai, cagefighting e wrestling;**
- **speleologia;**
- **idrosci, kitesurf, canyoning in tratti caratterizzati da rapide e simili,** ad eccezione di quanto espressamente ricompreso all'Art. 1.2;
- **snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;**
- **patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze ad esclusione del morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici, purché comportino un'invalidità permanente pari o superiore al 66% della totale;**
- **trattamenti estetici, cure dimagranti e fitoterapiche;**
- **sieropositività da virus H.I.V.**

La Società non indennizza gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di:

- **membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;**
- **passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

b. ASSISTENZA CONTINUITÀ DEL REDDITO

ART. 1.4 OGGETTO

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di malattia o infortunio, verificatosi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le prestazioni di seguito indicate, **presso la residenza, fino a tre volte per ciascun sinistro ed annualità assicurativa.**

Nel caso in cui il Contraente abbia acquistato anche la Sezione Salute, l'Assicurato ha diritto, in caso di sinistro, ad usufruire di entrambe le prestazioni delle garanzie Assistenza, con i limiti nelle stesse previste.

A. CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di infortunio o malattia. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.**
Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

B. INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza **nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24**, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** provvede ad inviare un medico presso la residenza.
Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

C. PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, **dietro prescrizione del medico di base**, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.
La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.
Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

D. PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, per infortunio o malattia **certificati dal medico curante**, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, **compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie**, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.
Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.
Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

E. CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica** - la Centrale Operativa **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.
L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, **purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia**, nonché gli estremi per il recapito. **La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana,**

previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.
A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

F. CONSEGNA SPESA

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica** – la Centrale Operativa provvede a garantire, **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, la consegna di generi alimentari o di prima necessità.
L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco degli articoli da acquistare, purché rientranti tra quelli comunemente reperibili nei supermercati, nonché gli estremi per il recapito.
La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - fino a due volte la settimana, previo accordo con l'Assicurato.
L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.
A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei generi alimentari o di prima necessità ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

G. CONSEGNA DOCUMENTI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, a seguito di infortunio o malattia, **che comporti una permanenza a letto per almeno 3 giorni, certificata da prescrizione medica** – ed abbia la necessità di recapitare, spedire o ricevere certificati, ricevute di pagamento e documenti **che rivestano un oggettivo carattere di urgenza**, la Centrale Operativa **per un periodo di 3 settimane successive all'evento**, provvede a garantire la consegna dei documenti.
L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere la prestazione **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei documenti ed indicando il luogo presso cui recapitarli o prenderli in consegna.
La consegna potrà avvenire - **nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana**, previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto degli orari d'apertura e chiusura degli uffici.
L'erogazione della prestazione, comprensiva della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.

H. INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia **per un periodo non inferiore a 3 giorni**, richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

I. INVIO DI UNA BABY SITTER

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia in una struttura sanitaria **da cui non possa essere dimesso entro 3 giorni dalla data del ricovero**, sia nell'impossibilità d'occuparsi dei figli minori con lui conviventi **e nessun altro familiare possa prendersene cura**, la Centrale Operativa provvede a reperire un baby sitter e ad inviarlo presso la residenza dell'Assicurato per occuparsi dei minori.
La prestazione opera **fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**
In alternativa la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare, **residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurato**, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire il minore presso la residenza dell'Assicurato, tenendone il costo a carico della Società.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

L. INVIO DI UN ANIMAL SITTER

Qualora l'Assicurato sia ricoverato in una struttura sanitaria a seguito di infortunio o malattia, **per un periodo non inferiore a 5 giorni**, oppure in seguito alla dimissione da quest'ultima, **a causa di una permanenza a letto prescritta dalla struttura stessa**, necessiti di assistenza nel reperimento e attivazione di un operatore che si prenda cura del suo animale domestico (cane, gatto, criceto, coniglio e altri animali normalmente presenti all'interno o nell'ambito di un'abitazione), la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale presso la residenza dell'Assicurato, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

In alternativa la Centrale Operativa mette a disposizione di un familiare, **residente ad oltre 50 Km dal Comune in cui risiede l'Assicurato**, un biglietto di andata e ritorno in aereo (classe economica) o treno (prima classe), per raggiungere ed accudire l'animale presso la residenza dell'Assicurato, tenendone il costo a carico della Società.

M. TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata per essere ricoverato a seguito di infortunio o malattia, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario,** provvede a:

- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata, in Italia o all'estero;
- organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;
- trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
  - aereo sanitario appositamente equipaggiato **(esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);**
  - aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
  - treno prima classe;
  - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

tenendone il costo a carico della Società.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima dell'effetto dell'assicurazione, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.

La prestazione è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

N. RIENTRO DALLA STRUTTURA SANITARIA SPECIALIZZATA

Qualora l'Assicurato, in seguito all'attivazione della prestazione "Trasferimento in una struttura sanitaria specializzata", dopo essere stato curato, venga dimesso, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante sul posto, lo valutino necessario,** organizza il rientro dell'Assicurato alla propria residenza in autoambulanza o con un altro mezzo idoneo (treno in prima classe o, all'occorrenza vagone letto), con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare.

L'intero costo rimane a carico della Società.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali ed è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

O. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia **di durata non inferiore a 5 giorni**, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere una volta a settimana per massimo 2 settimane presso la residenza;
- un operatore socio-sanitario per massimo 1 h al giorno per non più di 2 settimane presso la residenza o, presso la struttura sanitaria, in caso di ricovero dell'Assicurato per un periodo non inferiore a 7 giorni.

Le prestazioni erogabili presso la residenza sono operative dietro presentazione della cartella clinica o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, determinate attività della vita quotidiana.

P. INVIO DI UN FISIOTERAPISTA

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui abbia subito un intervento chirurgico a seguito di infortunio richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, l'assistenza di un fisioterapista presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

Q. FORNITURA DI ATTREZZATURE MEDICO - CHIRURGICHE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, richieda**, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, **sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro**, tenendo il costo a carico della Società.
Se per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di € 300 per sinistro, a fronte della presentazione di fattura o ricevuta fiscale** da parte dell'Assicurato stesso.

R. INVIO DI UN ACCOMPAGNATORE O DI UN MEZZO DI TRASPORTO

Qualora l'Assicurato, nei 30 giorni successivi alla dimissione da una struttura sanitaria in cui sia stato ricoverato a seguito di infortunio o malattia, **debba effettuare una o più visite di controllo o esami diagnostici** in una struttura sanitaria, **come certificato da prescrizione medica,** in assenza di un familiare che possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, **nel caso in cui i propri medici di guardia lo valutino necessario**, provvede a inviare un accompagnatore o un mezzo di trasporto per recarsi dalla propria residenza alla struttura sanitaria interessata, tenendone il costo a carico della Società **fino alla concorrenza di € 300 per sinistro.**

S. TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

L'Assicurato, o un familiare in sua vece, può attivare, tramite la Centrale Operativa, un servizio di monitoraggio e supporto telefonico, **successivamente alle dimissioni da una struttura sanitaria** in cui sia stato precedentemente ricoverato a seguito di infortunio o malattia, **con prognosi di inabilità temporanea superiore a 5 giorni.**
Il servizio è operante tramite contatti telefonici, **programmati in base alla situazione clinica**, verso l'Assicurato e, in caso di necessità verso un familiare per un resoconto, da parte della Centrale Operativa e/o dello staff medico interno di Blue Assistance.
Il servizio è attivabile una sola volta all'anno per un massimo di 30 giorni consecutivi.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

T. TUTORING SISTEMA SOCIO-SANITARIO E ASSISTENZIALE

Il Tutor di Blue Assistance supporta l'Assicurato e la sua famiglia nel reperimento delle informazioni sulle prestazioni messe a disposizione dal sistema pubblico in materia socio-sanitaria e assistenziale (come ad esempio indennità, esenzioni, tutela della mobilità, etc.).

In caso di infortunio o malattia, l'Assicurato, o un suo famigliare, che ne fa richiesta viene messo in contatto con l'Equipe di Medici e di Tecnici interni a Blue Assistance per un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti utili ad approfondire il caso clinico. Compatibilmente con i tempi necessari per la valutazione del caso specifico, il Tutor incaricato fornisce all'Assicurato i riferimenti degli uffici e delle procedure da seguire per le prestazioni individuate.

Il servizio è fornito in coerenza con la normativa vigente.

Resta a carico dell'Assicurato l'attivazione degli enti competenti ed il costo per la gestione delle pratiche necessarie.

Il servizio di Tutoring può essere richiesto contattando la Centrale Operativa **dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**

U. INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora, a seguito di infortunio o malattia, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica non inferiore a 3 giorni,** la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Società **fino a un massimo di 12 ore.**

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.**

V. INVIO DI UN'ASSISTENTE FAMILIARE

Qualora l'Assicurato conviva stabilmente con un familiare (figlio/a, coniuge/convivente more uxorio, madre/padre o nuora/genero o suocero/a) non autosufficiente, **come comprovato da documentazione medica**, e sia ricoverato in una struttura sanitaria a seguito di infortunio o malattia **per un periodo non inferiore a 5 giorni,** la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede a reperire ed ad inviare presso la residenza un'assistente che fornisca aiuto al familiare infermo nella cura dell'igiene personale, nell'organizzazione della vita quotidiana e che supporti la famiglia nella compagnia e nella comunicazione, tenendo il costo a carico della Società **fino a un massimo di 30 ore.**

La prestazione può essere usufruita con cadenza pianificata, **per un arco temporale massimo di un mese.**

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo ed è tenuto a fornire, su richiesta della Centrale Operativa ed al massimo entro 15 giorni, la documentazione attestante il ricovero.**

ART. 1.5 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA

La Società non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

- **infortuni derivanti dalla guida di veicoli sotto l'influenza dell'alcool, quando l'alcolemia accertata sia superiore a 0,8 grammi per litro, sanzionabile ai sensi dell'Art. 186 del D.Lgs. 30/04/1992 n. 285 e successive modifiche o integrazioni;**
- **abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche,** salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- **guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- **partecipazioni a gare motoristiche – non di regolarità pura – e alle relative prove;**
- **eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;**
- **pratica a titolo professionistico di sport in genere;**
- **pratica di sport estremi, di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);**
- **pratica di bungee jumping e attività simili;**
- **malattie in atto e/o infortuni avvenuti prima della sottoscrizione del contratto, nonché le loro conseguenze, ricadute o recidive;**
- **patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze ad esclusione del morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici;**
- **complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana;**
- **infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato.**

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole prestazioni della Assistenza Continuità del Reddito.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GESTIONE DEL SINISTRO

a. INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

ART. 1.6 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La garanzia è operante purché l'invalidità permanente si sia verificata:

- **entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche successivamente alla scadenza della polizza (purché l'infortunio che la determina sia avvenuto durante la durata dell'assicurazione);**
- **non oltre un anno dalla scadenza del contratto di assicurazione per malattia insorta durante la durata dell'assicurazione e denunciata nei termini previsti all'Art. 1.8.**

In caso di infortunio, la Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio stesso che siano indipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio medesimo.
Pertanto:

- **non sono indennizzabili le lesioni dipendenti da condizioni patologiche preesistenti o sopravvenute all'infortunio, in quanto conseguenze indirette di esso;**
- **se al momento dell'infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti suddette;**
- **in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui all'Appendice 1 sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.**

In caso di malattia, la Società valuta il grado di invalidità permanente derivante direttamente ed esclusivamente dalla malattia denunciata come se essa avesse colpito una persona fisicamente integra, escludendo il pregiudizio riconducibile a situazioni patologiche o ad infermità preesistenti all'effetto dell'assicurazione, nonché a mutilazioni o difetti fisici.
Comunque nel caso in cui, nell'arco della durata contrattuale, l'Assicurato venga colpito, in tempi diversi, da più invalidità permanenti conseguenti a malattie non escluse dalla garanzia, si valuta il grado di invalidità permanente complessivamente raggiunto. Tuttavia, qualora le invalidità interessino sistemi organo-funzionali diversi, la valutazione viene fatta considerando congiuntamente tutte le patologie invalidanti senza considerare le invalidità, conseguenti alle singole malattie, di grado inferiore al 10% della totale.

Il grado di invalidità permanente, derivante da infortunio o da malattia, indennizzabile a seguito di uno o più sinistri, non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

ART. 1.7 VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

In caso di infortunio, il grado di invalidità permanente viene valutato e accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nelle tabelle INAIL (D.P.R.30.6.1965, n.1124, allegato n. 1) di cui all'Appendice 1.

In caso di malattia, il grado di invalidità permanente viene valutato in un periodo compreso fra 6 e 18 mesi dalla data di denuncia della malattia e accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nella tabella di cui all'Appendice 2. La valutazione medico-legale potrà differire dai valori presenti in tale tabella che quindi risultano puramente indicativi.

Nei casi di invalidità permanente non previsti dalle suddette tabelle, la valutazione verrà effettuata dal Consulente Medico della Società che terrà conto, con riguardo ai casi di invalidità permanente previsti, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno verrà effettuata sulla base dei postumi di invalidità permanente che risulterebbero se l'Assicurato stesso si fosse sottoposto al trattamento terapeutico proposto e questo avesse avuto completo successo.

A. Aggravamento della patologia
Nel corso dell'assicurazione, nell'eventualità di un aggravamento della stessa patologia già precedentemente valutata in sede medico legale con postumi assorbiti dalla franchigia contrattuale, la Società si rende disponibile ad una seconda valutazione, previa regolare denuncia e conseguente apertura di un nuovo sinistro. La seconda valutazione non potrà avvenire prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa; sarà valutato esclusivamente l'aggravamento della patologia già oggetto della prima indagine.

B. Indennizzo a titolo di anticipo
La Società corrisponde, su richiesta dell'Assicurato, un indennizzo a titolo di anticipo pari al 30% del capitale assicurato (rimane esclusa la rendita vitalizia) in caso di invalidità permanente stimata dalla Società pari o superiore al 66% della totale in base alla documentazione acquisita.
Qualora nel corso della successiva trattazione e sino alla definizione del sinistro dovessero emergere dei motivi di non indennizzabilità, l'Assicurato si impegna alla restituzione delle somme percepite a titolo di anticipo.

ART. 1.8 DENUNCIA E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per avere diritto alle prestazioni offerte dalla polizza:

- in caso di infortunio l'**Assicurato, il Contraente o altra persona in sua vece deve**:
  - **denunciare l'infortunio** quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che l'infortunio stesso possa comportare una invalidità permanente, di qualsiasi grado, anche se non maggiore della franchigia; **la denuncia deve contenere la descrizione dell'infortunio, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato;** essa **deve essere corredata dal certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale - dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'Assicurato e **deve essere trasmessa entro 60 giorni dal sinistro, con avviso scritto,** all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alle sede della Società;
  - **successivamente inviare i certificati medici sul decorso delle lesioni.** L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia;
  - **sottoporsi agli accertamenti e controlli medici** disposti dalla Società o suoi incaricati e fornire alla stessa ogni informazione del caso;
  - **sciogliere dal segreto professionale i medici** che lo hanno visitato e curato
- in caso di malattia l'**Assicurato, il Contraente o altra persona in sua vece deve**:
  - **denunciare la malattia** all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società **quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa comportare una invalidità permanente, di qualsiasi grado, anche se non maggiore della franchigia**; la denuncia deve essere presentata non oltre un anno dalla scadenza del contratto di assicurazione, sempreché la malattia sia insorta entro il periodo di validità dell'assicurazione stessa;
  - **inviare** alla Società, con la denuncia del sinistro, **la certificazione medica** sulla natura dell'infermità;
  - inviare **periodicamente** alla Società **informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri** ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
  - **sottoporsi agli accertamenti e controlli medici** disposti dalla Società o suoi incaricati e fornire alla stessa ogni informazione del caso;
  - **sciogliere dal segreto professionale i medici** che lo hanno visitato e curato;
  - **fornire** alla Società **certificato di guarigione** o equivalente dichiarazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Si specifica che le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato, sia in caso di infortunio sia in caso di malattia.

ART. 1.9 DATA DEL SINISTRO

Per "data del sinistro" si intende:

- in caso di infortunio il giorno di accadimento dell'infortunio stesso;
- in caso di malattia il giorno in cui è stata denunciata la malattia secondo quanto previsto all'Art. 1.8.

ART. 1.10 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

La Società, ricevuta la documentazione indicata all'Art. 1.8 e riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro, provvede entro 25 giorni al pagamento del capitale.
La corresponsione della rendita vitalizia mensile avverrà trascorso 1 mese dalla data di effetto della polizza Vita. Si ricorda che l'effetto di tale polizza è quello della data di sottoscrizione dell'atto con il quale l'Assicurato accetta la liquidazione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente.
L'indennizzo viene corrisposto in Italia.
Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a eredi o aventi causa. Tuttavia, sempre purché riconosciuta dalla Società l'indennizzabilità del sinistro, se l'Assicurato muore prima che la somma assicurata sia stata pagata, la Società liquida comunque il capitale indicato nella scheda di polizza. Inoltre, qualora sia stato corrisposto l'importo a titolo di anticipo di cui all'Art. 1.7 B., la Società rinuncia alla ripetizione della somma liquidata. Si specifica che la rendita non ha reversibilità alcuna.

La corresponsione del capitale e della rendita vitalizia determina, per l'Assicurato che ne ha usufruito, l'annullamento contrattuale della garanzia. In tal caso la presente Sezione rimarrà comunque in essere fino alla scadenza anniversaria per la sola garanzia Assistenza Continuità del Reddito e, se presenti altre garanzie di altre Sezioni, queste rimarranno in vigore come previsto dal contratto di assicurazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

b. ASSISTENZA CONTINUITÀ DEL REDDITO

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'Art. 1.4, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-042042	+39 011 742 55 99

- posta elettronica, all'indirizzo: **assistenza@blueassistance.it**

L'Assicurato dovrà comunicare:

- **le proprie generalità;**
- **il numero di polizza;**
- **il tipo di prestazione richiesta;**
- **il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.**

Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la Centrale Operativa, la Società non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

ART. 1.11 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:

- **fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa;**
- **sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- **produrre,** se richiesta dalla Centrale Operativa, **copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

La Società ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento e in ogni caso eventuali eccezioni.

ART. 1.12 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi. La Società non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

ART. 1.13 IMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE SALUTE

La Società assicura le persone indicate nella scheda di polizza in base alle dichiarazioni rese nel questionario sanitario MAL50006 che forma parte integrante del contratto e presta le garanzie sotto indicate solo se esplicitamente richiamate nella scheda di polizza.

GARANZIE ASSICURATE

a. DREAD DISEASE

ART. 2.1 OGGETTO

La garanzia Dread Disease prevede la corresponsione della somma assicurata indicata nella scheda di polizza all'attestazione della diagnosi certa di una delle gravi patologie di seguito riportate:

A. CANCRO

Il cancro è un tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne, con l'invasione e la distruzione del tessuto normale. Il termine "cancro" include linfoma, sarcoma e la malattia di Hodgkin. Il cancro necessita di intervento chirurgico e/o di radioterapia e/o di chemioterapia. È necessario che la diagnosi sia confermata da prova istologica di malignità da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.

Dalla garanzia sono esclusi:

- **tutti i tumori che sono istologicamente descritti come benigni, premaligni o non-invasivi;**
- **qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;**
- **tutti i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno, salvo quanto previsto dal punto successivo;**
- **melanomi uguali o inferiori a 1.0 mm e istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio uguale o inferiore a T1aN0M0;**
- **tutti i tumori della prostata classificati con un punteggio Gleason uguale o inferiore a 6 o istologicamente descritti dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione come stadio inferiore a T2N0M0;**
- **tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 2cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'AJCC Settima Edizione;**
- **qualsiasi forma di cancro in presenza del virus di immunodeficienza HIV, compresi tra gli altri, linfoma o sarcoma di Kaposi;**
- **tutti i tumori che sono recidivi o metastasi di tumori diagnosticati durante il periodo di carenza.**

B. INFARTO

L'infarto del miocardio è la necrosi di una parte del muscolo miocardico risultante da insufficiente apporto sanguigno alla zona interessata conseguente a malattia coronarica. La diagnosi deve essere sostenuta da tutti e tre i seguenti criteri e ci deve essere diagnosi certa di un nuovo infarto miocardico acuto:

- sintomatologia clinicamente costante con la diagnosi di infarto acuto del miocardio;

e

- nuove alterazioni elettrocardiografiche di ischemia non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di decorrenza del contratto;

e

- tipica elevazione dei markers biochimici cardiaci specifici, ad esempio CK-MB o Troponina cardiaca.

L'infarto che si verifica durante un intervento sulle arterie coronarie deve risultare in un livello di Troponina cardiaca di almeno 3 (tre) volte il valore di riferimento del laboratorio.

Angina e altre forme di sindrome coronarica acute sono escluse.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

C. ICTUS

L'ictus è definito come accidente cerebrovascolare che provochi la morte irreversibile del tessuto del cervello a causa di una emorragia intra-cranica o a causa di embolia cerebrale o trombosi cerebrale in un vaso intra-cranico. Questo evento deve contribuire ad una compromissione permanente della funzione neurologica. Si devono riscontrare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni sensoriali o motorie durante l'esame fisico eseguito da un neurologo dopo almeno tre mesi della data di insorgenza dell'evento. La diagnosi deve essere anche confermata da tecniche ad immagini. Gli esami devono confermare l'insorgenza di un ictus nuovo.

Si intendono esclusi:

- **attacco ischemico transitorio (TIA);**
- **danni cerebrali dovuti ad infortunio, infezione, vasculite, malattia infiammatoria o emicrania;**
- **disturbi ai vasi sanguigni che coinvolgono gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;**
- **disturbi ischemici del sistema vestibolare;**
- **ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.**

D. INSUFFICIENZA RENALE

L'insufficienza renale totale ed irreversibile di entrambi i reni. È necessaria prova che l'Assicurato si sottopone a emodialisi renale continua e la dialisi deve essere ritenuta necessaria da un nefrologo.

Non è coperta l'insufficienza renale acuta reversibile che richiede soltanto dialisi temporanea. Non è, inoltre, coperta l'insufficienza renale monolaterale.

E. TRAPIANTO D'ORGANO

L'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di cuore, polmone, fegato, rene, pancreas. È altresì coperto l'effettivo sottoporsi come ricevente a trapianto di midollo osseo se è ritenuto clinicamente indispensabile ed è certificato da relativo specialista.

Il trapianto deve essere ritenuto clinicamente indispensabile per il trattamento di insufficienza irreversibile dell'organo trapiantato.

Sono esclusi tutti i trapianti di cellule staminali di altro tipo e di cellule insulari.

F. INNESTO DI BY-PASS AORTOCORONARICO

L'effettivo sottoporsi ad intervento chirurgico a cuore aperto con toracotomia mirato a correggere il restringimento o l'occlusione di una o più arterie coronarie tramite l'innesto di by-pass.

Prima dell'intervento è necessario fornire una prova angiografica di coronaropatia ostruttiva. Inoltre l'innesto di by-pass aortocoronarico deve essere ritenuto come il trattamento più idoneo da parte del cardiologo di riferimento dell'Assicurato.

Si intendono esclusi dalla garanzia: l'angioplastica a palloncino (PTCA), il cateterismo del cuore, la risoluzione chirurgica tramite laser e tutte le altre tecniche cateterali intra-arteriose. Sono altresì escluse le procedure di by-pass aortocoronarico mini-invasive o endoscopiche.

G. SCLEROSI MULTIPLA

Diagnosi inequivocabile formulata da un neurologo specialista (primario o aiuto) di Clinica o Istituto Universitario di Neurologia che soddisfa entrambi i seguenti criteri:

- presenza di un deficit neurologico funzionale permanente con prove oggettive di compromissione della coordinazione e della funzione senso-motoria, presente in maniera continua da almeno sei mesi consecutivi
- la diagnosi deve essere confermata da indagini neurologiche oggettive quali puntura lombare, PVE, PAE, e corredata di una risonanza magnetica che conferma la presenza di lesioni al sistema nervoso centrale.

H. MALATTIA DEI MOTONEURONI (COMPRESA SLA)

Diagnosi di malattia dei motoneuroni da parte di uno specialista neurologo (primario o aiuto) di clinica o Istituto universitario di neurologia come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi laterale primaria. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 2.2 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA

A. La garanzia non opera se la grave patologia risulta direttamente o indirettamente causata da:

- **dolo del Contraente;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;**
- **alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;**
- **tentativo di suicidio, se avviene nei primi due anni dall'entrata in vigore dell'assicurazione;**
- **guerre ed insurrezioni in genere;**
- **pratica di sport estremi, di paracadutismo e sport aerei in genere (ad esempio deltaplano, paracadutismo, volo con ultraleggeri, parapendio e simili);**
- **speleologia;**
- **immersioni subacquee, idrosci;**
- **automobilismo, motociclismo, motonautica,**
- **snowkite, salto del trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo oltre il 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A., alpinismo o free climbing in solitaria o in territorio extraeuropeo. Per alpinismo / free climbing in solitaria si intende la progressione su roccia e/o ghiaccio senza l'assicurazione garantita da un compagno di cordata. Non si considerano "in solitaria" le escursioni, comunque compiute, sino al livello E.E.A. (Escursionisti Esperti con Attrezzatura) compreso della Scala delle Difficoltà Escursionistiche;**
- **malattie o condizioni patologiche pregresse, precedenti la data di effetto dell'assicurazione;**
- **sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) o altra patologia ad essa collegata.**

La garanzia non opera se la grave patologia risulta direttamente o indirettamente causata da infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di:

- **membro dell'equipaggio di aeromobili in genere;**
- **passeggero durante i viaggi aerei effettuati su aeromobili di aeroclub, di società / aziende di lavoro aereo per voli diversi dal Trasporto Pubblico Passeggeri, nonché su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.**

Inoltre la polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione in relazione a qualsiasi delle gravi patologie coperte di cui l'Assicurato abbia sofferto o sia stata diagnosticata prima dell'inizio della copertura. Ai fini della presente esclusione, Infarto, Ictus e innesto di by-pass aortocoronarico pregressi vengono considerati come un'unica malattia, vale a dire se l'Assicurato ha subito un infarto prima dell'entrata in vigore della polizza non avrà diritto alla liquidazione di alcuna prestazione per un futuro infarto o ictus o by-pass aortocoronarico e vice versa.

B. Periodo di qualificazione

La polizza non prevede il pagamento di alcuna prestazione Dread Disease qualora l'Assicurato deceda nei 30 giorni successivi alla diagnosi.

C. Carenza

La Società applicherà un periodo di carenza di 180 giorni. Nessuna prestazione verrà pagata per la garanzia Dread Disease se durante i primi 180 giorni dalla data di effetto dell'assicurazione:

- l'Assicurato presentasse segni e/o sintomi o si sottoponesse ad accertamenti i cui risultati porteranno alla diagnosi di una delle gravi patologie coperte, indipendentemente dalla data di diagnosi,

oppure

- all'Assicurato venisse diagnosticato una delle gravi patologie coperte.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

b. ASSISTENZA SALUTE

ART. 2.3 OGGETTO

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di malattia o, limitatamente ad alcuni casi, di grave patologia, verificatasi durante il periodo di validità dell'assicurazione o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le prestazioni di seguito indicate, **presso la residenza, fino a tre volte per ciascun sinistro ed annualità assicurativa.**
Nel caso in cui il Contraente abbia acquistato anche la Sezione Continuità del reddito, l'Assicurato ha diritto, in caso di sinistro, ad usufruire di entrambe le prestazioni delle garanzie Assistenza, con i limiti nelle stesse previste.

A. CONSIGLI MEDICI TELEFONICI

La Centrale Operativa mette a disposizione il proprio servizio di consulenza medica per informazioni e consigli sui primi provvedimenti da adottare in caso di malattia. **Non saranno fornite diagnosi o prescrizioni mediche.** Il servizio opera 24 ore su 24 ore tutti i giorni dell'anno.

B. INVIO DI UN MEDICO GENERICO O DI UN'AMBULANZA

Qualora l'Assicurato richieda una visita medica presso la propria residenza **nei giorni feriali dalle ore 20 alle ore 8, nei prefestivi dalle ore 14 alle ore 24 e nei festivi 24 ore su 24**, la Centrale Operativa, **nel caso in cui i propri medici lo valutino necessario,** provvede ad inviare un medico presso la residenza.
Qualora nessuno dei medici convenzionati con la Centrale Operativa sia immediatamente disponibile, la stessa organizza, in alternativa ed in accordo con l'Assicurato, il trasferimento di quest'ultimo nella più vicina struttura sanitaria mediante autoambulanza o altro veicolo adatto alla circostanza.

C. PRENOTAZIONE DI VISITE ED ESAMI

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia, debba effettuare visite mediche, analisi cliniche e/o accertamenti diagnostici, **dietro prescrizione del medico di base**, la Centrale Operativa provvederà a prenotare le prestazioni presso le strutture sanitarie convenzionate.
La prenotazione può essere effettuata dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00, esclusi festivi.
Resta a carico dell'Assicurato il costo delle visite mediche e/o degli esami.

D. PRELIEVO DI CAMPIONI DA ANALIZZARE E CONSEGNA REFERTI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, per malattia **certificata dal medico curante**, e sia richiesta l'effettuazione di prelievi necessari per un'analisi clinica (esami del sangue, delle feci, delle urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche) senza che nessuno dei conviventi possa fornirgli un aiuto concreto, la Centrale Operativa, **compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie**, provvede a organizzare il prelievo dei campioni da analizzare presso la residenza dell'Assicurato, la consegna presso il laboratorio di analisi e il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.
Nel caso in cui il prelievo non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede a organizzare, in alternativa e in accordo con l'Assicurato, il suo trasferimento in una struttura sanitaria mediante autovettura o autoambulanza.
Resta a carico dell'Assicurato il costo degli esami.

E. CONSEGNA FARMACI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza, per grave patologia, **che comporti una permanenza a letto, certificata da prescrizione medica** - la Centrale Operativa **per un periodo massimo di 3 settimane successive all'evento**, provvede a garantire la consegna di farmaci non salvavita.
L'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, per ottenere le prestazioni **deve contattare telefonicamente la Centrale Operativa** fornendo l'elenco dei farmaci da acquistare dietro prescrizione medica, **purché rientranti tra quelli regolarmente registrati in Italia**, nonché gli estremi per il recapito. **La consegna potrà avvenire - nei soli giorni feriali con esclusione delle fasce orarie notturne - una volta la settimana,**

previo accordo con l'Assicurato e tenendo conto delle norme che regolano il trasporto di medicinali. L'erogazione della prestazione, comprensivo della consegna, è garantita dalla Centrale Operativa, tenendo il costo a carico della Società.
A carico dell'Assicurato resta il solo costo dei farmaci ordinati, che dovrà essere saldato direttamente al personale incaricato, all'atto della singola consegna.

F. INVIO DI UN INFERMIERE

Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria in cui stato ricoverato per grave patologia, **per un periodo non inferiore a 3 giorni**, richieda, **in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione**, assistenza infermieristica presso la propria residenza, la Centrale Operativa provvede a reperire e ad inviare il relativo personale, **tenendone il costo a carico della Società fino alla concorrenza di € 500 per sinistro.**

G. TRASFERIMENTO IN STRUTTURE SANITARIE SPECIALIZZATE

Qualora l'Assicurato necessiti di essere trasferito presso una struttura sanitaria specializzata per essere ricoverato a seguito di grave patologia, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante, lo valutino necessario,** provvede a:

- individuare e prenotare la struttura sanitaria specializzata, in Italia o all'estero;
- organizzare i contatti medici con la struttura sanitaria;
- trasferire l'Assicurato, con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare, utilizzando il mezzo più idoneo tra:
  - aereo sanitario appositamente equipaggiato **(esclusivamente in Europa e nei Paesi del bacino del Mediterraneo);**
  - aereo di linea classe economica (eventualmente barellato);
  - treno prima classe;
  - autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza;

  tenendone il costo a carico della Società.

La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali, non sia conseguenza diretta di infortuni occorsi o di malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche ed esami clinici prima dell'effetto dell'assicurazione, di uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, di alcolismo, di tossicodipendenza, di AIDS e sindromi correlate, di schizofrenia, di psicosi in genere, di infermità mentali determinate da sindromi organiche cerebrali, di infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana.
La prestazione è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

H. RIENTRO DALLA STRUTTURA SANITARIA SPECIALIZZATA

Qualora l'Assicurato, in seguito all'attivazione della prestazione "Trasferimento in una struttura sanitaria specializzata", dopo essere stato curato, venga dimesso, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici, d'intesa con il medico curante sul posto, lo valutino necessario,** organizza il rientro dell'Assicurato alla propria residenza in autoambulanza o con un altro mezzo idoneo (treno in prima classe o, all'occorrenza vagone letto), con l'eventuale accompagnamento di personale medico e/o paramedico, oppure, qualora questi non siano ritenuti necessari, di un familiare.
L'intero costo rimane a carico della Società.
La prestazione è operante purché l'intervento di assistenza non venga impedito da norme sanitarie internazionali ed è fornita nel mondo intero, ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

I. ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Qualora l'Assicurato, **a seguito di ricovero per grave patologia, di durata non inferiore a 5 giorni**, necessiti, secondo il parere dei medici che lo hanno in cura, di assistenza sociosanitaria, la Centrale Operativa, **nel caso che i propri medici lo valutino necessario,** provvederà ad inviare:

- un medico o un infermiere una volta a settimana per massimo 2 settimane presso la residenza;
- un operatore socio-sanitario massimo 1 ora al giorno per massimo 2 settimane presso la residenza o, presso la struttura sanitaria, in caso di ricovero dell'Assicurato per un periodo non inferiore a 7 giorni.

Le prestazioni erogabili presso la residenza sono operative dietro presentazione della cartella clinica o documentazione medica equipollente, attestante l'impossibilità fisica a compiere, senza l'assistenza di terzi, determinate attività della vita quotidiana.

L. TUTORING MEDICO TELEFONICO PERSONALIZZATO

L'Assicurato, o un familiare in sua vece, può attivare, tramite la Centrale Operativa, un servizio di monitoraggio e supporto telefonico, **successivamente alle dimissioni da una struttura sanitaria** in cui sia stato precedentemente ricoverato a seguito di grave patologia **con prognosi di inabilità temporanea superiore a 5 giorni.**

Il servizio è operante tramite contatti telefonici, **programmati in base alla situazione clinica**, verso l'Assicurato e, in caso di necessità verso un familiare per un resoconto, da parte della Centrale Operativa e/o dello staff medico interno di Blue Assistance.

Il servizio è attivabile una sola volta all'anno per un massimo di 30 giorni consecutivi.

M. TUTORING SISTEMA SOCIO-SANITARIO ED ECCELLENZE SANITARIE

L'Assicurato può accedere al servizio di Tutoring contattando la Centrale Operativa **dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18, esclusi i giorni festivi infrasettimanali.**

Il Tutor di Blue Assistance, in riferimento alla grave patologia coperto dalla polizza, provvede a fornire le indicazioni richieste in materia di:

- **Eccellenze sanitarie**
  Il Tutor di Blue Assistance dell'Equipe Medica della Centrale Operativa, grazie ad un'intervista telefonica e all'eventuale acquisizione di documenti clinici, approfondisce il caso medico dell'Assicurato. Dopo la fase di valutazione personalizzata, della durata massima di 24 ore, il Tutor ricontatta l'Assicurato o la sua famiglia fornendo indicazioni sulle strutture sanitarie più idonee al caso e che risultano specializzate e all'avanguardia nello studio e nella cura medico-terapeutica.
  Restano a carico dell'Assicurato i costi di accesso alle strutture sanitarie di eccellenza.
- **Sistema socio-sanitario e assistenziale**
  Il Tutor di Blue Assistance supporta l'Assicurato e la sua famiglia nel reperimento delle informazioni sulle prestazioni messe a disposizione dal sistema pubblico in materia socio-sanitaria e assistenziale (come ad esempio indennità, esenzioni, tutela della mobilità, etc.).
  L'Assicurato, o un suo famigliare, che ne fa richiesta viene messo in contatto con l'Equipe di Medici e di Tecnici interni a Blue Assistance per un'intervista telefonica e l'eventuale acquisizione di documenti utili ad approfondire il caso clinico. Compatibilmente con i tempi necessari per la valutazione del caso specifico, il Tutor incaricato fornisce all'Assicurato i riferimenti degli uffici e delle procedure da seguire per le prestazioni individuate.
  Il servizio è fornito in coerenza con la normativa vigente.
  Resta a carico dell'Assicurato l'attivazione degli enti competenti ed il costo per la gestione delle pratiche necessarie.

N. INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora, a seguito di grave patologia, l'Assicurato venga a trovarsi presso la propria residenza, **in una condizione tale per cui consegua una necessaria permanenza a letto certificata da prescrizione medica non inferiore a 3 giorni,** la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Società **fino a un massimo di 12 ore.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Tali prestazioni possono essere usufruite dall'Assicurato in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.**

O. INVIO DI UN'ASSISTENTE FAMILIARE

Qualora l'Assicurato conviva stabilmente con un familiare (figlio/a, coniuge/convivente more uxorio, madre/padre o nuora/genero o suocero/a) non autosufficiente, **come comprovato da documentazione medica**, e sia ricoverato in una struttura sanitaria a seguito di grave patologia **per un periodo non inferiore a 5 giorni,** la Centrale Operativa - **compatibilmente con le disponibilità locali** - provvede a reperire ed ad inviare presso la residenza un'assistente, che fornisca aiuto al familiare infermo nella cura dell'igiene personale, nell'organizzazione della vita quotidiana, che supporti la famiglia nella compagnia e nella comunicazione, tenendo il costo a carico della Società **fino a un massimo di 30 ore.**
La prestazione può essere usufruita con cadenza pianificata, **per un arco temporale massimo di un mese.**
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato **deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo ed è tenuto a fornire, su richiesta della Centrale Operativa ed al massimo entro 15 giorni, la documentazione attestante il ricovero.**

ART. 2.4 ESCLUSIONI DELLA GARANZIA

La Società non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta di:

- **abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;**
- **atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche,** salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
- **guerre, insurrezioni in genere e tumulti popolari;**
- **eruzioni vulcaniche, movimenti tellurici, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;**
- **malattie in atto al momento della sottoscrizione del contratto, nonché le loro conseguenze, ricadute o recidive;**
- **patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze ad esclusione del morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici;**
- **complicazioni dello stato di gravidanza oltre la 26° settimana;**

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole prestazioni della Assistenza Salute.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GESTIONE DEL SINISTRO

a. DREAD DISEASE

ART. 2.5 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

La documentazione che l'Assicurato o il Contraente o altra persona in sua vece deve presentare in caso di sinistro dipende dalla grave patologia per la quale la garanzia Dread Disease è prestata, come espressamente indicato nell' Art 2.1.

Per avere diritto alle prestazioni offerte dalla garanzia Dread Disease, il Contraente, l'Assicurato o altra persona in sua vece, a condizione che l'Assicurato sia in vita nei 30 giorni successivi alla diagnosi, deve:

- **denunciare la grave patologia (tra quelle indicate all'Art. 2.1.) all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società, entro 180 giorni dalla data della diagnosi mediante avviso scritto. Trascorso questo termine la Società può rifiutare la liquidazione del capitale assicurato della garanzia Dread Disease;**
- **inviare alla Società, con la denuncia del sinistro:**
  - **la documentazione sanitaria indicata per la grave patologia oggetto del sinistro come indicato all'Art. 2.1;**
  - **la dichiarazione del medico specialista che attesti lo stato di salute dell'Assicurato;**
  - **le cartelle cliniche complete riferite alla grave patologia oggetto del sinistro;**
  - **il certificato di nascita e di esistenza in vita dell'Assicurato.**

A richiesta della Società l'Assicurato o il Contraente, o altra persona in sua vece, pena la perdita di ogni diritto derivante dalla presente assicurazione, ha l'obbligo di:

- **rendere in modo veritiero, completo ed esatto ogni dichiarazione richiesta dalla Società per l'accertamento dello stato di grave patologia;**
- **fornire ogni ulteriore documentazione che la Società ritenesse opportuno richiedere;**
- **consentire alla Società di accertare con medici di sua fiducia lo stato di malattia dell'Assicurato.**

ART. 2.6 LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Il diritto all'indennizzo per Dread Disease è di carattere personale e quindi non è trasmissibile a eredi o aventi causa. L'Assicurato matura il diritto all'indennizzo dopo 30 giorni dalla diagnosi e tale diritto resta comunque acquisito anche in caso di decesso dell'Assicurato oltre tale periodo purché la denuncia sia stata effettuata nei termini previsti all'Art. 2.5.

La Società comunica all'Assicurato l'esito del sinistro, avvalendosi del parere del consulente medico della Compagnia, specificando se intende riconoscere o meno l'indennizzo di grave patologia.

In caso di riconoscimento procede alla liquidazione dell'indennizzo entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione richiesta. In tal caso la presente Sezione rimarrà comunque in essere fino alla scadenza anniversaria per la sola garanzia Assistenza Salute e, se presenti altre garanzie di altre Sezioni, queste rimarranno in vigore come previsto dal contratto di assicurazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

b. ASSISTENZA SALUTE

Per potere usufruire delle prestazioni indicate all'Art. 2.3, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-042042	+39 011 742 55 99

- posta elettronica, all'indirizzo: **assistenza@blueassistance.it**

L'Assicurato dovrà comunicare:

- **le proprie generalità;**
- **il numero di polizza;**
- **il tipo di prestazione richiesta;**
- **il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.**

Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la Centrale Operativa, la Società non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

ART. 2.7 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:

- **fornire ogni informazione e documentazione richiesta dalla Centrale Operativa;**
- **sottoporsi agli accertamenti medici** eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
- **produrre,** se richiesta dalla Centrale Operativa, **copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.**

La Società ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento e in ogni caso eventuali eccezioni.

ART. 2.8 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in denaro o in natura in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi. La Società non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

ART. 2.9 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE PATRIMONIO

Le garanzie della presente Sezione sono operanti solo se espressamente richiamate sulla scheda di polizza.
In caso di sinistro verranno applicati franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di risarcimento indicati nella Sezione, salvo se diversamente precisato in polizza.

GARANZIE ASSICURATE

ART. 3.1 FRANCHIGIA

Le garanzie dei punti a. "Incendio – danni al fabbricato", b. "Terremoto – danni al fabbricato" e c. "Responsabilità civile" sono prestate con una FRANCHIGIA di € 10.000 (DIECIMILA) su ciascun sinistro; in caso di sinistro l'assicurazione copre esclusivamente l'importo del danno ridotto di tale franchigia, che rimane quindi a carico dell'Assicurato.
Pertanto, fermo restando l'obbligo di denuncia ai sensi degli Artt. 3.14 e 3.23 "Denuncia dei sinistri e obblighi dell'Assicurato":

A per i sinistri delle garanzie di cui ai punti a. "Incendio – danni al fabbricato" e b. "Terremoto – danni al fabbricato", la Società corrisponde l'indennizzo al netto della franchigia di € 10.000;

B per i sinistri di cui al punto c. "Responsabilità civile", l'Assicurato dovrà corrispondere l'importo di danno, o la parte di esso, che rientri nella franchigia di € 10.000 direttamente al danneggiato.

a. INCENDIO – DANNI AL FABBRICATO

ART. 3.2 OGGETTO

A. La Società indennizza, **nei limiti della somma assicurata,** i danni materiali direttamente causati al fabbricato da:
1 incendio, fulmine, implosione, esplosione e scoppio;
2 caduta di aeromobili, loro parti o cose trasportate, meteoriti, corpi e veicoli spaziali, onda sonica determinata da aeromobili;
3 urto di veicoli stradali o di natanti non appartenenti al Contraente o all'Assicurato né in suo uso o servizio;
4 fumi, gas e vapori **purché conseguenti ad eventi previsti dal presente punto a. "Incendio – danni al fabbricato"**;
5 caduta di ascensori e montacarichi a seguito di rottura di congegni.

B. La Società rimborsa, **nei limiti della somma assicurata**, le spese documentate sostenute per riparare i danni arrecati al fabbricato allo scopo di impedire, arrestare o limitare le conseguenze degli eventi previsti dal presente punto a. "Incendio – danni al fabbricato"; sempreché tali danni siano stati arrecati:
– per ordine dell'Autorità;
– dall'Assicurato o da terzi, per suo ordine o nel suo interesse, in modo ragionevole.

C. La Società rimborsa, **nei limiti della somma assicurata**, le spese documentate, a seguito di sinistro indennizzabile, sostenute per demolire, sgomberare e trasportare al più vicino scarico i residuati del sinistro **(escluse le spese relative alle operazioni indicate all'Art. 3.2 l "Ricerca del guasto in seguito a spargimento di acqua"), con il limite di indennizzo per sinistro del 10% della somma assicurata.**

D. La Società riconosce **nei limiti della somma assicurata**, una somma pari al 10% dell'indennizzo, quale rimborso forfettario dei danni indiretti.
L'indennità sarà riconosciuta solo nel caso in cui il danno indennizzabile (al netto di franchigie, scoperti e limiti di indennizzo, sia superiore al 60% del valore minimo della somma assicurata indicata sulla scheda di polizza.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

E. Le garanzie di cui al presente punto a. "Incendio – danni al fabbricato" operano anche se gli eventi sono causati con:
- colpa grave del Contraente, dell'Assicurato, dei familiari con loro conviventi o delle persone di cui il Contraente o l'Assicurato debbano rispondere a norma di legge;
- dolo delle persone di cui il Contraente o l'Assicurato debbano rispondere a norma di legge.

CONDIZIONI INTEGRATIVE (SEMPRE OPERANTI)

F. EVENTI SOCIO-POLITICI

La Società indennizza, **nei limiti della somma assicurata,** i danni materiali direttamente causati al fabbricato verificatisi in conseguenza di atti vandalici o dolosi di terzi compresi quelli conseguenti a scioperi, tumulti popolari, sommosse, atti di sabotaggio, atti di terrorismo. Sono inoltre compresi i guasti e atti vandalici provocati dai ladri in occasione di furto.

La Società non indennizza i danni:

1 di inondazione o frana conseguenti agli eventi socio-politici suindicati;
2 di rapina, estorsione, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere; di furto salvo quanto sopra precisato relativamente a guasti e atti vandalici provocati dai ladri;
3 verificatisi nel corso di confisca, sequestro, requisizione del fabbricato per ordine di qualunque Autorità o in occasione di serrata;
4 di scritte o imbrattamento ad eccezione di quelli verificatisi all'interno del fabbricato assicurato;
5 avvenuti nel corso di occupazione non militare che si protragga per più di cinque giorni consecutivi;
6 di contaminazione nucleare e/o biologica e/o chimica e/o radioattiva verificatasi in conseguenza di atti di terrorismo.

I danni:

a verificatisi in conseguenza di atti di terrorismo, diversi da quanto indicato al precedente punto 6, sono garantiti entro il limite di indennizzo del 50% della somma assicurata;
b subiti da impianti fotovoltaici e da impianti solari termici sono garantiti entro il limite di indennizzo del 30% della somma assicurata.

G. EVENTI ATMOSFERICI

La Società indennizza, **nei limiti della somma assicurata,** i danni materiali direttamente causati al fabbricato (compresi i fabbricati aperti da uno o più lati, le pavimentazioni all'aperto, le tettoie e le tende rigidamente fissate al fabbricato) da:

a grandine, vento e quanto da esso trasportato, quando detti eventi siano caratterizzati da violenza riscontrabile dagli effetti prodotti su una pluralità di beni, assicurati o non, posti nelle vicinanze;
b bagnamento verificatosi all'interno del fabbricato purché conseguente e avvenuto contestualmente a rotture o lesioni provocate al tetto, alle pareti o ai serramenti dalla violenza degli eventi di cui al precedente punto "G.a".

La Società non indennizza:

c i danni causati da:
1 intasamento, traboccamento, rottura o rigurgito di grondaie, pluviali o altri sistemi di scarico;
2 accumulo esterno di acqua, formazione di ruscelli, fuoriuscita dalle usuali sponde di corsi o specchi d'acqua;
3 mareggiata e penetrazione di acqua marina;
4 gelo, cedimento o franamento del terreno.

Gli eventi di cui ai punti G.c.1, G.c.2, G.c.3, G.c.4 che precedono non saranno garantiti anche se verificatisi a seguito di grandine, vento e quanto da esso trasportato e anche se hanno comportato rotture o lesioni al tetto, alle pareti o ai serramenti;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

d i danni subiti da:
- **1 piscine, recinti non in muratura, insegne e simili installazioni esterne;**
- **2 vetrate e lucernari in genere.**

L'esclusione del presente punto G.d.2 vale solo per i danni causati da vento e quanto da esso trasportato; rimangono pertanto in garanzia i danni causati da grandine o i danni da bagnamento, derivanti da rotture e lesioni causate da grandine e subite dal tetto o dalle pareti, di cui al precedente punto G.b;
- **3 fabbricati incompleti nelle coperture (anche se per temporanee esigenze di ripristino), capannoni pressostatici, tendo-tensostrutture e simili, baracche in legno o plastica e quanto in essi contenuto;**
- **4 impianti fotovoltaici, impianti solari termici;**

e limitatamente alle tettoie e alle tende rigidamente fissate al fabbricato, **i danni subiti da manufatti in materia plastica, lastre in fibrocemento o cemento amianto;**

f limitatamente ai fabbricati aperti da uno o più lati o incompleti nei serramenti **i danni subiti da manufatti in materia plastica, lastre in fibrocemento o cemento amianto per effetto del vento.** Rimangono pertanto in garanzia i danni da grandine entro i limiti di indennizzo di cui al successivo punto G.i.

La garanzia opera:

g con l'applicazione di uno scoperto del 10%. Questo scoperto si applica per ogni tipologia di danno salvo quanto indicato ai successivi punti G.h, G.i;

h con l'applicazione di uno scoperto del 30%, limitatamente a danni conseguenti a vento e quanto da esso trasportato subiti da fabbricati aperti da uno o più lati o incompleti nei serramenti, alle tettoie e alle tende rigidamente fissate al fabbricato;

i con l'applicazione di uno scoperto del 30% e con il limite di indennizzo di € 2.000 per sinistro e per annualità assicurativa, limitatamente a danni provocati dalla grandine subiti da lastre in fibrocemento o cemento amianto e ai manufatti di materia plastica. Sono comunque esclusi dalla garanzia i danni indicati al precedente punto G.e.

I limiti di indennizzo del presente punto G.i non si applicano a serramenti e tapparelle in materia plastica per i quali è mantenuto lo scoperto base di cui al precedente punto G.g.

H. SPARGIMENTI DI ACQUA

1 La Società indennizza, **con il limite di indennizzo di € 30.000,** i danni materiali direttamente causati al fabbricato da spargimento di acqua:

a proveniente da impianti idrici, igienici, di riscaldamento, di condizionamento, antincendio e tecnici al servizio dell'edificio coincidente con il fabbricato o di cui il fabbricato fa parte e lesionatisi a seguito di:
- rottura accidentale;
- gelo. **Questa garanzia opera con il limite di indennizzo di € 2.500 per sinistro, limitatamente ai danni provocati da spargimenti di acqua originatisi in locali con impianto di riscaldamento non in funzione da oltre 48 ore consecutive prima del sinistro;**

b derivante da occlusioni verificatesi negli impianti di cui al precedente punto H.1.a;

c conseguente a rottura accidentale di pluviali e grondaie del fabbricato;

d derivante da occlusioni, verificatesi in pluviali e grondaie del fabbricato, **esclusivamente se provocate da neve o grandine.**

2 La Società non indennizza i danni:

a dovuti a umidità, stillicidio;

b derivanti da insufficiente smaltimento delle acque di origine meteorologica o da occlusione di impianti di raccolta e di deflusso delle acque medesime (salvo quanto previsto al precedente punto H.1.d);

c derivanti da rotture o da occlusioni di impianti di irrigazione, piscine e relativi impianti;

d derivanti da rotture o da occlusioni di tubazioni interrate a eccezione di quelle collocate in corrispondenza e al di sotto delle superfici calpestabili di locali interrati (cantine, box auto, etc.) facenti parte del fabbricato;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

e derivanti da rotture causate da gelo:
- **a canalizzazioni, tubazioni, condutture installate all'esterno del fabbricato;**
- **avvenute in locali sprovvisti di impianti di riscaldamento.**

I. RICERCA DEL GUASTO IN SEGUITO A SPARGIMENTO DI ACQUA

La Società rimborsa in caso di danno da spargimento di acqua indennizzabile in base alla garanzia di cui al precedente Art. 3.2 H "Spargimenti di acqua" o all'Art. 3.8 C.3 della garanzia "Responsabilità Civile", le spese sostenute per:

1 riparare o sostituire le tubazioni o parti di esse (con relativi raccordi), che hanno dato origine allo spargimento di acqua, purché esse siano collocate:
   - **a** nei muri o nei pavimenti del fabbricato assicurato;
   - **b** in corrispondenza e al di sotto delle superfici calpestabili di locali interrati (cantine, box auto, etc.) facenti parte del fabbricato. Solo per questo caso la garanzia opera anche qualora la fuoriuscita di acqua determini unicamente tracce visibili sulla superficie del fabbricato riconducibili allo spargimento di acqua stesso;

2 demolire e ricostruire le parti del fabbricato assicurato necessariamente interessate dalle operazioni di ricerca e di ripristino delle tubazioni sopraindicate;

3 sgomberare e trasportare al più vicino scarico i residuati del sinistro.

Sono in ogni caso escluse le spese per migliorie del fabbricato o che riguardino tubazioni interrate diverse da quelle indicate al precedente punto I.1.b.

Questa garanzia opera con il limite di indennizzo per sinistro e per annualità assicurativa di € 1.500.

L. SOVRACCARICO NEVE

La Società indennizza, **con il limite di indennizzo per sinistro del 30% della somma assicurata,** i danni materiali direttamente causati al fabbricato da sovraccarico neve e conseguente crollo totale o parziale.

Per crollo si intende:
- il completo distacco e conseguente caduta di una o più parti del fabbricato dal resto della sua struttura;
- una deformazione della struttura portante del fabbricato che ne abbia compromesso la stabilità determinando un evidente pericolo di rovina.

La semplice deformazione di una o più parti del fabbricato non rientrante nei casi previsti al presente punto L non costituisce crollo.

La Società non indennizza i danni causati:

1 da valanghe, slavine, gelo;

2 ai fabbricati in corso di costruzione o rifacimento e al loro contenuto; la garanzia è comunque operante quando detto rifacimento non abbia influenzato il verificarsi del crollo totale o parziale del fabbricato;

3 a lucernari, vetrate e serramenti, antenne, nonché alle impermeabilizzazioni, a meno che il loro danneggiamento sia causato da crollo totale o parziale del fabbricato in seguito a sovraccarico di neve;

4 alle pensiline, alle tettoie e ai box auto non totalmente in muratura e al loro contenuto;

5 ai fabbricati in cattivo stato di conservazione e/o in stato di abbandono.

FRANCHIGIA

M. Per ogni sinistro relativo alle garanzie previste al presente punto a. "Incendio – danni al fabbricato" si applica una franchigia di € 10.000.

Eventuali scoperti di importo superiore previsti dalla polizza prevalgono sulla franchigia.

Non vi sarà in ogni caso cumulo di franchigia e scoperti.

ART. 3.3 OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

A. Forma di assicurazione

La forma di assicurazione prevista per il fabbricato è: Valore intero.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

B. Valore del fabbricato
Il valore per il fabbricato è determinato dal valore a nuovo.

C. Caratteristiche del fabbricato
L'assicurazione è prestata a condizione che l'edificio, che coincide con il fabbricato o di cui il fabbricato fa parte, sia:
1 costruito in materiali incombustibili, anche con presenza di materiali combustibili nei solai, nell'armatura e nella copertura del tetto, con tolleranza del 30% di materiali combustibili nelle pareti esterne;
2 destinato per almeno il 50% della superficie complessiva dei piani ad abitazioni, studi professionali e uffici.
In caso di assicurazione di porzione di edificio le caratteristiche di cui ai precedenti punti 1 e 2 devono riferirsi sia alla porzione assicurata (fabbricato), sia all'intero edificio di cui la porzione assicurata fa parte.
L'assicurazione opera esclusivamente per le parti di fabbricato adibite a civile abitazione ed eventuale studio professionale o ufficio collegato.

ART. 3.4 ESCLUSIONI

La Società non indennizza i danni:

A causati da atti di guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione;
B causati da esplosioni o emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazione del nucleo dell'atomo e da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
C causati o agevolati con dolo del Contraente, dell'Assicurato o dei familiari con loro conviventi (salvo quanto indicato all'Art. 3.2 E);
D causati da eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni, maremoti;
E causati da allagamenti diversi da quelli previsti dall'Art. 3.2 H "Spargimenti di Acqua";
F di furto, smarrimento, rapina, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere, avvenuti in occasione degli eventi previsti dalle garanzie del presente punto a. "Incendio – danni al fabbricato";
G subiti da macchine o impianti in conseguenza di scoppio verificatosi negli stessi, quando lo scoppio sia determinato da usura, corrosione o difetti di materiale;
H di fenomeno elettrico anche se conseguente a fulmine o ad altri eventi per i quali è prestata l'assicurazione;
I causati da terremoto (salvo quanto previsto al punto b. "Terremoto – danni al fabbricato" qualora operante);
L a impianti fotovoltaici – solari termici:
1 installati in luoghi diversi dal tetto del fabbricato assicurato (quali, ad esempio, giardino, cortile, balconi etc.);
2 installati sopra tettoie, box auto, recinzioni e altre pertinenze del fabbricato assicurato;
3 installati sul tetto di fabbricati aperti da uno o più lati;
4 che non abbiano superato tutte le verifiche e prescrizioni tecniche imposte dalle leggi vigenti in materia al momento della data di effetto della assicurazione;
5 i cui pannelli non siano certificati ai sensi delle norme vigenti a seconda della tipologia di impianto.

b. TERREMOTO – DANNI AL FABBRICATO

ART. 3.5 OGGETTO

A. La Società indennizza, **nei limiti della somma assicurata**, i danni materiali – compresi quelli di incendio, esplosione, scoppio – direttamente causati al fabbricato per effetto di terremoto, intendendosi per tale un sommovimento brusco e repentino della crosta terrestre dovuto a cause endogene.
Agli effetti della presente garanzia, sono attribuite ad un medesimo episodio tellurico le scosse registrare nelle 72 ore successive ad ogni evento che ha dato luogo al sinistro indennizzabile ed i relativi danni sono considerati pertanto "singolo sinistro".

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

B. La Società rimborsa, **nei limiti della somma assicurata,** le spese documentate, a seguito di sinistro indennizzabile, sostenute per demolire, sgomberare e trasportare al più vicino scarico i residuati del sinistro, **sino alla concorrenza del 5% dell'indennizzo pagabile a termine della presente garanzia.**

FRANCHIGIA E LIMITE DI INDENNIZZO

A. Per ogni sinistro relativo alle garanzie previste al presente punto b. "Terremoto – danni al fabbricato" si applica:
- **1 una franchigia di € 10.000;**
- **2 il limite di indennizzo del 80% della somma assicurata.**

ART. 3.6 OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

A. Forma di assicurazione
La forma di assicurazione prevista per il fabbricato è: Valore intero.

B. Valore del fabbricato
Il valore per il fabbricato è determinato dal valore a nuovo.

C. Caratteristiche del fabbricato
L'assicurazione è prestata a condizione che l'edificio, che coincide con il fabbricato o di cui il fabbricato fa parte, sia:
1 costruito in materiali incombustibili, anche con presenza di materiali combustibili nei solai, nell'armatura e nella copertura del tetto, con tolleranza del 30% di materiali combustibili nelle pareti esterne;
2 destinato per almeno il 50% della superficie complessiva dei piani ad abitazioni, studi professionali e uffici.

In caso di assicurazione di porzione di edificio le caratteristiche di cui ai precedenti punti 1 e 2 devono riferirsi sia alla porzione assicurata (fabbricato), sia all'intero edificio di cui la porzione assicurata fa parte.
L'assicurazione opera esclusivamente per le parti di fabbricato adibite a civile abitazione ed eventuale studio professionale o ufficio collegato.

D. Recesso
- **1 La Società e il Contraente hanno la facoltà, in ogni momento, di recedere dalla garanzia di cui al presente punto b. mediante preavviso di giorni 30 da comunicarsi a mezzo lettera raccomandata.**
- **2 Qualora il recesso dalla garanzia di cui al presente punto b. sia esercitato dalla Società il Contraente, entro il trentesimo giorno successivo a tale comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione nella sua interezza mediante preavviso di giorni 30 da comunicarsi a mezzo lettera raccomandata.**
- **3 La riscossione dei premi venuti a scadenza o altro atto della Società, a preavviso avvenuto, non potranno essere interpretati come rinuncia da parte della stessa a valersi della facoltà di recesso. Qualora tale facoltà sia esercitata dalla Società, oppure dal Contraente ai sensi del precedente punto 2, essa rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la parte di premio al netto dell'imposta relativa al periodo di rischio non corso.**

ART. 3.7 ESCLUSIONI

La Società non indennizza i danni:
- **A. causati da esplosione, emanazione di calore o radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo o da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, anche se i fenomeni medesimi risultassero originati da terremoto;**
- **B. causati da eruzioni vulcaniche, inondazione, alluvioni, maremoti;**
- **C. causati da mancata od anormale produzione o distribuzione di energia elettrica, termica o idraulica, salvo che tali circostanze siano connesse al diretto effetto del terremoto sul fabbricato;**
- **D. di furto, smarrimento, rapina, saccheggio o imputabili ad ammanchi di qualsiasi genere;**
- **E. indiretti, quali cambiamenti di costruzione, mancanza di locazione, di godimento o di reddito**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

commerciale od industriale, sospensione di lavoro o qualsiasi danno che non riguardi la materialità del fabbricato;

F. ai fabbricati dichiarati inagibili dagli Organi competenti o in evidente stato di abbandono;

G. a impianti fotovoltaici – solari termici:

1 installati in luoghi diversi dal tetto del fabbricato assicurato (quali, ad esempio, giardino, cortile, balconi etc.);

2 installati sopra tettoie, box auto, recinzioni e altre pertinenze del fabbricato assicurato;

3 installati sul tetto di fabbricati aperti da uno o più lati;

4 che non abbiano superato tutte le verifiche e prescrizioni tecniche imposte dalle leggi vigenti in materia al momento della data di effetto della assicurazione;

5 i cui pannelli non siano certificati ai sensi delle norme vigenti a seconda della tipologia di impianto.

c. RESPONSABILITÀ CIVILE

ART. 3.8 OGGETTO

A La Società, **entro il massimale indicato sulla scheda di polizza e in relazione alle garanzie di seguito descritte**, tiene indenne l'Assicurato di quanto sia tenuto a pagare – quale civilmente responsabile ai sensi di legge – a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni (morte, lesioni personali, danneggiamenti a cose) involontariamente cagionati a terzi in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione al rischio assicurato ai successivi punti B "Capofamiglia" e C "Proprietà del fabbricato".
Sono compresi i danni derivanti da interruzioni o sospensioni, totali o parziali, di attività industriali, commerciali, artigianali, agricole o di servizi in conseguenza di un sinistro risarcibile a termini delle garanzie previste al presente punto c. "Responsabilità civile".

B Capofamiglia
L'assicurazione è prestata, **entro il massimale indicato sulla scheda di polizza,** per la responsabilità civile dell'Assicurato relativa a fatti verificatisi nell'ambito della sua vita privata e di relazione.
L'assicurazione comprende – a titolo esemplificativo e non esaustivo – la responsabilità civile dell'Assicurato per i danni:

1 derivanti dalla conduzione dei locali, e relative pertinenze, in cui l'Assicurato dimora abitualmente o saltuariamente nonché dall'uso o proprietà degli apparecchi domestici (comprese antenne radiotelevisive) e dell'arredamento;

2 derivanti dall'esecuzione:
- di lavori di ordinaria manutenzione,
- di lavori di straordinaria manutenzione, **esclusivamente quando l'Assicurato ne sia il committente,**

dei locali, e relative pertinenze, adibiti ad abitazione dell'Assicurato **purché, al momento del sinistro, essi non risultino locati a terzi o comunque abitati, a qualsiasi titolo, da terzi;**

3 derivanti da fatto del personale addetto, per conto dell'Assicurato, alla manutenzione di parchi, giardini, alberi e aree verdi di pertinenza del fabbricato. **Sono esclusi i danni provocati in seguito ad abbattimento di alberi ad alto fusto;**

4 derivanti dalla pratica di sport in qualità di dilettante;

5 derivanti dall'esercizio di attività ricreative, di volontariato e altre attività non retribuite, **esclusa comunque qualsiasi attività che comporti mansioni di tipo organizzativo;**

6 derivanti dalla proprietà e utilizzo di animali domestici.
Sono esclusi i danni provocati da cani a "rischio elevato di aggressività" iscritti nel registro tenuto dai Servizi veterinari ai sensi dell'Art. 3 dell'ordinanza del 06 agosto 2013 emanata dal Ministero della Salute e successive modificazioni; tuttavia, qualora tale iscrizione intervenga durante la validità dell'assicurazione, la garanzia opera comunque sino alla prima scadenza anniversaria di polizza successiva all'iscrizione;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

7 subiti, limitatamente al caso di morte o di lesioni personali, dagli addetti ai servizi domestici e dai collaboratori familiari in genere **(escluso il personale addetto alla manutenzione di parchi, giardini, alberi e aree verdi)** durante l'espletamento delle mansioni svolte a favore dei soggetti indicati agli Artt. 3.9 A.1 e 3.9 A.4 "Soggetti assicurati", comprese le somme che l'Assicurato sia tenuto a pagare ai sensi degli Artt. 10 e 11 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 per rivalsa dell'INAIL e ai sensi dell'Art. 14 della legge 12 giugno1984, n. 222 per le rivalse dell'INPS;

8 derivanti dalla proprietà e uso di:
- biciclette (e simili);
- biciclette a pedalata assistita **purché conformi a quanto indicato all'Art. 50 del D.Lgs. n. 285 del 30 aprile 1992 "Nuovo codice della strada"**;
- carrozzine elettriche per uso di invalidi **purché non rientranti nella definizione di veicolo in base a quanto indicato all'Art. 46 del D.Lgs. n. 285 del 30 aprile 1992 "Nuovo codice della strada"**;
- barche senza motore, surf, windsurf, kitesurf e simili;
- giocattoli anche a motore;

9 derivanti dalla proprietà e uso legittimo di armi;

10 derivanti da inquinamento, **con il limite di risarcimento di € 50.000 per sinistro e per annualità assicurativa;**

11 provocati dall'Assicurato in qualità di trasportato su autoveicolo, **esclusi i danni al veicolo, al guidatore e ai trasportati;**

12 provocati a terzi a seguito di messa in circolazione, a insaputa dell'Assicurato, di veicoli a motore e natanti da parte di figli minorenni o incapaci per legge.
La garanzia opera esclusivamente:
- **a per richieste di risarcimento che eccedano i massimali previsti dalla polizza di Responsabilità Civile per i rischi della circolazione e dal Fondo di Garanzia per le Vittime della Strada nonché per la rivalsa esperita dal Fondo stesso o dalla società di assicurazione che emette la polizza di cui sopra;**
- **b in caso di inesistenza della polizza di Responsabilità Civile per i rischi della circolazione, solo nel caso in cui il veicolo non sia di proprietà dell'Assicurato;**
- **c per i danni al veicolo a motore o natante, di proprietà di terzi, messo in moto o circolazione.**

La garanzia di cui al presente punto 12 è subordinata, limitatamente ai veicoli a motore o natanti di proprietà dell'Assicurato, all'esistenza di polizza di Responsabilità Civile per i rischi della circolazione in regola con il pagamento del premio;

13 derivanti dalla proprietà e uso, **esclusivamente in aree private,** di tende, roulotte, camper, autocaravan, carrelli trainabili e relative attrezzature;

14 causati da incendio, esplosione o scoppio di cose di proprietà dell'Assicurato o da lui detenute:
- **a** a cose di terzi che l'Assicurato abbia in consegna e custodia nei locali di villeggiatura non di sua proprietà (compresi i danni subiti dai locali stessi); ai fini della presente garanzia per locali di villeggiatura si intendono quelli occupati temporaneamente per motivi non legati ad attività professionali o comunque retribuite;
- **b** a locali di terzi nei quali siano ricoverati i seguenti beni di proprietà dell'Assicurato: ciclomotori, motocicli, barche, tende, roulotte, camper, autocaravan, carrelli trainabili e relative attrezzature.
- **c** In tutti gli altri casi (danni a cose di terzi diverse da quelle indicate ai punti 14.a e 14.b che precedono) la garanzia opera **con il limite di risarcimento per sinistro pari al 30% del massimale indicato sulla scheda di polizza.**

C Proprietà del fabbricato

L'assicurazione è prestata, **entro il massimale indicato sulla scheda di polizza**, per la responsabilità civile dell'Assicurato relativa alla sua qualità di proprietario del fabbricato indicato sulla scheda di polizza.
La garanzia opera anche per la responsabilità derivante dalla proprietà di parchi, giardini, alberi e aree scoperte (non gravate da servitù pubblica), impianti sportivi (a uso privato), purché tutti di pertinenza del fabbricato.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Sono compresi i danni:

1 causati a cose di terzi da incendio, esplosione o scoppio del fabbricato, **con il limite di risarcimento per sinistro pari al 30% del massimale indicato sulla scheda di polizza;**

2 derivanti da inquinamento, **con il limite di risarcimento di € 50.000 per sinistro e per annualità assicurativa;**

3 derivanti da spargimento d'acqua conseguente a rottura accidentale o occlusione di impianti idrici, igienici, di riscaldamento, di condizionamento, antincendio e tecnici al servizio del fabbricato. **Questa garanzia opera con il limite di risarcimento di € 30.000 per sinistro**.

Se il fabbricato assicurato costituisce una porzione di edificio organizzato in condominio, la garanzia comprende anche la quota di danno di cui l'Assicurato deve rispondere (in base ai millesimi ricollegabili al fabbricato) poiché relativo a parti dell'edificio di proprietà comune **(escluso ogni maggior onere derivante da obblighi solidali).**

FRANCHIGIA

D Per ogni sinistro relativo alle garanzie previste al presente punto c. "Responsabilità civile" si applica una franchigia di € 10.000.

ART. 3.9 OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

A SOGGETTI ASSICURATI

La garanzia di cui al punto c. "Responsabilità civile" è prestata a favore:

1 del Contraente e del suo nucleo familiare;

2 dei figli minorenni del Contraente, non facenti parte del nucleo familiare in quanto affidati al coniuge a seguito di separazione legale o divorzio;

3 dei figli naturali minorenni non facenti parte del nucleo familiare purché, al momento del sinistro, ufficialmente riconosciuti a sensi di legge dal Contraente;

4 dei minori in affidamento familiare, a sensi di legge, limitatamente al periodo dell'affidamento;

5 dei figli del Contraente (purché di età non superiore a 26 anni) non facenti parte del nucleo familiare poiché residenti altrove per motivi di studio;

6 dei figli del Contraente (purché di età non superiore a 26 anni) non facenti parte del nucleo familiare poiché residenti presso il coniuge dopo una separazione legale o un divorzio.

La sola garanzia di cui all'Art. 3.8 B "Capofamiglia" è estesa alla responsabilità civile degli addetti ai servizi domestici e dei collaboratori familiari in genere, limitatamente ai fatti accaduti nell'espletamento delle mansioni svolte a favore dei soggetti indicati ai precedenti punti A.1 e A.4.

B PERSONE NON CONSIDERATE TERZI

Non sono considerati terzi:

1 le persone la cui responsabilità è coperta dall'assicurazione;

2 il coniuge, il convivente di fatto, i genitori, i figli dell'Assicurato e, se convivente, ogni altro parente dell'Assicurato. I figli e i genitori dell'Assicurato – purché con lui non conviventi – sono invece considerati terzi in caso di sinistro dovuto a spargimenti di acqua conseguenti a rottura accidentale o ad occlusione degli impianti idrici, igienici, di riscaldamento, di condizionamento, antincendio e tecnici al servizio del fabbricato;

3 i minori in affidamento familiare di cui all'Art. 3.9 A.4 "Soggetti assicurati".

C MASSIMALI E LIMITI DI RISARCIMENTO – PLURALITÀ DI ASSICURATI

L'assicurazione è prestata, ove non siano stabiliti specifici limiti di risarcimento, fino alla concorrenza del massimale indicato sulla scheda di polizza per ogni sinistro, il quale resta ad ogni effetto unico, anche se coinvolge la responsabilità civile di più Assicurati.

Tuttavia il massimale sarà utilizzato in via prioritaria a copertura del Contraente e in via subordinata, per l'eccedenza, a copertura degli altri Assicurati.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 3.10 ESCLUSIONI

A Esclusioni comuni a tutte le garanzie dell'Art. 5.4 "Responsabilità civile"

L'assicurazione di cui al punto c. "Responsabilità civile" non comprende la responsabilità per danni:

1. **derivanti dall'attività professionale, o da altre attività retribuite, svolte dall'Assicurato;**
2. **da furto;**
3. **conseguenti a perdita, distruzione e deterioramento di cose che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo o destinazione, salvo quanto previsto all'Art. 3.8 B.14.a e 3.8 B.14.b "Capofamiglia". Sono considerate cose in consegna o custodia anche i beni mobili e immobili detenuti in locazione;**
4. **conseguenti a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc.);**
5. **da presenza, uso, contaminazione, estrazione, manipolazione, lavorazione, vendita, distribuzione o stoccaggio di amianto, o di prodotti contenenti amianto;**
6. **provocati da animali diversi da animali domestici;**
7. **derivanti dalla proprietà di beni immobili (salvo quanto previsto dall'Art. 3.8 C "Proprietà del fabbricato").**

B Esclusioni valide solo per la garanzia di cui all'Art. 3.8 B "Capofamiglia"

Relativamente all'Art. 3.8 B "Capofamiglia", l'assicurazione non comprende:

1. **la responsabilità per danni derivanti dalla proprietà, dalla circolazione e da qualsiasi uso di veicoli a motore, natanti, imbarcazioni e aeromobili (compresi deltaplani, parapendii e apparecchi ultraleggeri); resta salvo quanto espressamente precisato agli Artt. 3.8 B.8, 3.8 B.11, 3.8 B.12, 3.8 B.13 "Capofamiglia";**
2. **la responsabilità per danni inerenti l'esercizio della caccia e il relativo utilizzo di cani;**
3. **quanto previsto dall'Art. 3.8 C "Proprietà del fabbricato".**

C Esclusioni valide solo per la garanzia di cui all'Art. 3.8 C "Proprietà del fabbricato"

Relativamente all'Art. 3.8 C "Proprietà del fabbricato" l'assicurazione non comprende la responsabilità per danni:

1. **da spargimenti di acqua** se non conseguenti a rottura accidentale o ad occlusione degli impianti idrici, igienici, di riscaldamento, di condizionamento, antincendio e tecnici al servizio del fabbricato.
   Sono comunque esclusi i danni:
   - **causati da umidità e stillicidio;**
   - **derivanti da insufficiente smaltimento delle acque di origine meteorologica o da occlusione di impianti di raccolta e di deflusso dell'acqua piovana;**
   - **derivanti da rotture o da occlusioni di impianti di irrigazione;**
   - **derivanti da rotture o da occlusioni di tubazioni interrate** ad eccezione di quelle collocate in corrispondenza e al di sotto delle superfici calpestabili di locali interrati (cantine, box auto, etc.) facenti parte del fabbricato;
2. **quanto previsto dall'Art. 3.8 B "Capofamiglia".**

d. ASSISTENZA PATRIMONIO

ART. 3.11 OGGETTO

Le seguenti prestazioni sono fornite in Italia.

A. PERNOTTAMENTO IN ALBERGO

Qualora il fabbricato sia reso inagibile a seguito di furto che comprometta la sicurezza dell'accesso ai locali, **regolarmente denunciato all'Autorità di Pubblica Sicurezza**, incendio, allagamento, esplosione o scoppio, la Centrale Operativa procura al Contraente e al suo nucleo familiare il pernottamento in un albergo del posto, **fino ad un massimo di € 500 per sinistro.**

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

B. RIENTRO ANTICIPATO DA UN VIAGGIO

Qualora il fabbricato sia reso inagibile a seguito di furto che comprometta la sicurezza dell'accesso ai locali, **regolarmente denunciato all'Autorità di Pubblica Sicurezza**, incendio, allagamento, esplosione o scoppio, la Centrale Operativa procura al Contraente e al suo nucleo familiare i biglietti aerei (classe economica) o ferroviari (prima classe), **fino ad un massimo di € 500 per sinistro.**
La prestazione è fornita nel mondo intero, **ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto**.

C. RECUPERO DEL VEICOLO

Qualora a seguito dell'erogazione della prestazione di cui al precedente punto B "Rientro anticipato da un viaggio", il Contraente e il suo nucleo familiare siano dovuti rientrare immediatamente presso il fabbricato, abbandonando il proprio veicolo **ad oltre 50 km dal luogo in cui si trova il fabbricato stesso**, la Centrale Operativa procura al Contraente, o ad un altro componente del nucleo familiare, un biglietto di sola andata in aereo (classe economica) o in treno (prima classe) o con altro mezzo di trasporto, per andare a recuperare il veicolo abbandonato nel luogo in cui è stato interrotto il viaggio, tenendo il costo a carico della Società **fino ad un massimo di € 200 per sinistro.**
La prestazione è fornita nel mondo intero, **ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto**.

D. INVIO DI UNA COLLABORATRICE DOMESTICA

Qualora a seguito di furto **regolarmente denunciato all'Autorità di Pubblica Sicurezza**, oppure a seguito di incendio, allagamento, esplosione o scoppio, l'Assicurato necessiti di aiuto per riordinare i locali del fabbricato, la Centrale Operativa, **compatibilmente con le disponibilità locali**, provvede ad inviare una collaboratrice domestica, tenendo il costo a carico della Società **fino a un massimo di 12 ore.**
Tale prestazione può essere usufruita in moduli di 4 o 6 ore nelle fasce orarie diurne, con cadenza pianificata, per un arco temporale massimo di un mese.
Per l'attivazione della garanzia, il Contraente deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

E. PROSEGUIMENTO DEL VIAGGIO

Qualora il fabbricato sia stato colpito da furto, **regolarmente denunciato all'Autorità di Pubblica Sicurezza**, incendio, allagamento, esplosione o scoppio, e il Contraente il suo nucleo familiare abbiano dovuto interrompere il viaggio **ad oltre 50 km dal luogo in cui si trova il fabbricato assicurato**, la Centrale Operativa procura loro i biglietti aerei (classe economica) o ferroviari (prima classe), **fino ad un massimo di € 500 per sinistro,** per tornare nel luogo dove si è interrotto il viaggio.
La prestazione è fornita nel mondo intero, **ad eccezione dei Paesi in stato di belligeranza, dichiarata o di fatto**.

F. REPERIMENTO TECNICI E ARTIGIANI A TARIFFE AGEVOLATE PER IL SALVATAGGIO, RISANAMENTO E BONIFICA DEL FABBRICATO

Qualora al verificarsi di allagamento, incendio, fulmine, esplosione e scoppio occorso ai locali del fabbricato, oppure a seguito di evento naturale quale alluvione o terremoto, sia necessario un intervento urgente di ristrutturazione e recupero del fabbricato stesso e/o dei beni in esso contenuti, la Centrale Operativa, su richiesta dell'Assicurato, provvede a reperire e ad inviare gli specialisti convenzionati, al fine di contenere i danni e ripristinare l'agibilità dell'immobile, attraverso i seguenti interventi:

- raccolta acqua e aspirazione fluidi;
- diagnosi strutturale;
- messa in sicurezza dei beni contenuti nel fabbricato;
- deumidificazione degli ambienti;
- ricerca perdite;
- bonifica e risanamento ambienti;

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

- risanamento impianti;
- risanamento dei beni contenuti nel fabbricato, compatibilmente con la loro recuperabilità.

Il costo degli interventi resta a carico dell'Assicurato, che potrà usufruire di tariffe agevolate sulla manodopera.

ART. 3.12 ESCLUSIONI

La Società non presta le garanzie qualora il sinistro sia conseguenza diretta o indiretta di:

A stato di guerra dichiarata o di belligeranza di fatto, insurrezioni, saccheggi, occupazioni militari;

B eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, fenomeni atmosferici e altri sconvolgimenti della natura;

C trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e radiazioni provocate da accelerazioni di particelle atomiche;

D atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato.

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie del punto d. "Assistenza Patrimonio".

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

GESTIONE DEL SINISTRO E LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO/ RISARCIMENTO

a. INCENDIO - DANNI AL FABBRICATO E TERREMOTO - DANNI AL FABBRICATO

ART. 3.13 TITOLARITÀ DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

Le azioni, le ragioni e i diritti nascenti dalla polizza non possono essere esercitati che dal Contraente/ Assicurato e dalla Società. Spetta in particolare al Contraente compiere gli atti necessari all'accertamento e alla liquidazione dei danni.
L'accertamento e la liquidazione dei danni sono vincolanti anche per l'Assicurato, restando esclusa ogni sua facoltà di impugnativa.
L'indennizzo liquidato a termini di polizza non può tuttavia essere pagato se non nei confronti o col consenso dei titolari dell'interesse assicurato.

ART. 3.14 DENUNCIA DEI SINISTRI E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- **A fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno; le relative spese sono a carico della Società secondo quanto previsto dall'Art. 1914 del Codice Civile;**
- **B fare denuncia scritta all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile, precisando le circostanze dell'evento e l'importo approssimativo del danno;**
- **C fare entro i 5 giorni successivi alla denuncia – in caso di sinistro presumibilmente doloso oppure qualora ne faccia richiesta la Società – denuncia all'autorità di Polizia o ai Carabinieri e inviarne l'originale o la copia autenticata all'Agenzia oppure alla sede della Società;**
- **D conservare le tracce e i residui del sinistro fino al primo sopralluogo del Perito per l'accertamento e comunque per un massimo di 30 giorni dalla data della denuncia;**
- **E dimostrare l'effettiva consistenza del danno, tenendo a disposizione tutti i documenti utili o altri elementi di prova.**

L'inadempimento di uno di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

ART. 3.15 ESAGERAZIONE DOLOSA DEL DANNO

Il Contraente o l'Assicurato che esagera dolosamente l'ammontare del danno, dichiara distrutti beni che non esistevano al momento del sinistro, occulta, sottrae o manomette beni salvati, adopera a giustificazione mezzi o documenti menzogneri o fraudolenti, altera dolosamente le tracce o gli indizi materiali del reato ed i residui del sinistro o facilita il progresso di questo, perde il diritto all'indennizzo.

ART. 3.16 PROCEDURA PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO

L'ammontare del danno è concordato con le seguenti modalità:

- **A direttamente dalla Società o da persona da questa incaricata, con il Contraente o persona da lui designata;**

oppure, su richiesta di una delle Parti,

- **B fra due Periti nominati uno dalla Società e uno dal Contraente con apposito atto unico.**

I due Periti devono nominarne un terzo quando si verifichi disaccordo fra loro e anche prima su richiesta di uno di essi (il disaccordo deve risultare dalla stesura di un verbale congiunto che ne evidenzi, motivandole, le ragioni).

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

Il terzo Perito interviene soltanto in caso di disaccordo e le decisioni sui punti controversi sono prese a maggioranza.
Ciascun Perito ha facoltà di farsi assistere e coadiuvare da altre persone, le quali potranno intervenire nelle operazioni peritali, senza però avere alcun voto deliberativo.
Se una delle Parti non provvede alla nomina del proprio Perito o se i Periti non si accordano sulla nomina del terzo, tali nomine, anche su istanza di una sola delle Parti, sono demandate al Presidente del Tribunale nella cui giurisdizione il sinistro è avvenuto.
Ciascuna delle Parti sostiene le spese del proprio Perito; quelle del terzo Perito sono ripartite a metà.

ART. 3.17 MANDATO DEI PERITI

I Periti devono:

A indagare sulle circostanze di tempo e di luogo, sulla natura e sulle modalità del sinistro;
B verificare l'esattezza delle descrizioni e delle dichiarazioni risultanti dagli atti contrattuali e riferire se al momento del sinistro esistevano circostanze che avessero mutato o aggravato il rischio e non fossero state comunicate;
C verificare se il Contraente o l'Assicurato ha adempiuto agli obblighi previsti in caso di sinistro;
D verificare l'esistenza, la qualità, la quantità e il valore del fabbricato;
E procedere alla stima e alla liquidazione del danno e delle spese con atto sottoscritto dalle Parti.

Nel caso di procedura per la valutazione del danno effettuata ai sensi dell'Art. 3.16 B "Procedura per la valutazione del danno", i risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, con allegate le stime dettagliate, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.
I risultati delle operazioni di cui ai punti D ed E del presente articolo sono obbligatori per le Parti le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di dolo, errori, violenza nonché di violazione dei patti contrattuali, impregiudicata in ogni caso ogni azione o eccezione inerente all'indennizzabilità del danno.
La perizia collegiale è valida anche se un Perito si rifiuta di sottoscriverla; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri Periti nel verbale definitivo di perizia.
I Periti sono dispensati dall'osservanza di ogni formalità giudiziaria.

ART. 3.18 DETERMINAZIONE DEL DANNO

Premesso che l'attribuzione del valore che il fabbricato – illeso, danneggiato o distrutto – aveva al momento del sinistro è ottenuta sulla base dei criteri stabiliti agli Artt. 3.3 B e 3.6 B "Valore del fabbricato" la determinazione del danno viene eseguita stimando il valore a nuovo delle parti distrutte e il costo per riparare quelle danneggiate, al netto di eventuali recuperi. Si intendono compresi, altresì, gli oneri di urbanizzazione primaria e secondaria, parcelle professionali, spese di fondazione, costi di costruzione nuovi edifici (ex legge n.10 del 28/1/1977 Art. 6 e D.M. n. 801 del 19/5/1977 e successive modificazioni), che l'Assicurato ha dovuto effettivamente sostenere.
Laddove gli oneri di ricostruzione a seguito di sinistro indennizzabile ai sensi della presente polizza dovessero subire implementazioni in conseguenza di mutate normative costruttive, si terrà conto di tale aspetto nella definizione del danno indennizzabile nella misura del 5% che andrà computato sulle sole componenti strutturali del fabbricato.
Per i beni fuori uso o in condizioni di inservibilità si stima il valore allo stato d'uso.

ART. 3.19 ASSICURAZIONE PARZIALE – DEROGA ALLA REGOLA PROPORZIONALE

Quando dalle stime effettuate risulta che il valore del fabbricato eccede al momento del sinistro, del 10% il valore massimo della fascia prescelta indicato sulla scheda di polizza, la Società risponde del danno in proporzione al rapporto tra il valore massimo della fascia maggiorato del predetto 10% e il valore effettivo del fabbricato.
Resta salvo quanto indicato all'Art. 3.20 "Limite massimo dell'indennizzo".

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 3.20 LIMITE MASSIMO DELL'INDENNIZZO

Salvo il caso previsto dall'Art. 1914 del Codice Civile, **La Società non è tenuta a pagare somma maggiore della somma assicurata, dalla quale deve essere detratta la franchigia.**

ART. 3.21 ANTICIPO SUGLI INDENNIZZI

L'Assicurato ha diritto di ottenere, prima della liquidazione del sinistro, il pagamento di un acconto pari al 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere pagato in base alle risultanze acquisite, **a condizione che sia sottoscritto dalle Parti un verbale che sancisca che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro stesso e che l'indennizzo complessivo sia prevedibile in almeno € 25.000.**

L'anticipo verrà corrisposto dopo 60 giorni dalla data di denuncia del sinistro, sempreché siano trascorsi almeno 30 giorni dalla richiesta **e non prima che venga redatto tra le Parti un verbale contenente l'indicazione del danno e che venga prodotta la documentazione richiesta.**

La determinazione dell'anticipo dovrà essere effettuata in base al valore allo stato d'uso.

ART. 3.22 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la documentazione richiesta, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 25 giorni dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione del danno da parte dell'Assicurato, sempre che sia trascorso il termine di 30 giorni dalla data del sinistro, senza che sia stata fatta opposizione.

Se è stato aperto un procedimento penale sulla causa del sinistro il pagamento sarà effettuato qualora dal procedimento stesso risulti che non ricorre alcuno dei casi previsti all'Art. 3.4 C, (danni commessi o agevolati da dolo/colpa grave).

Fermo quanto sopra il pagamento sarà effettuato con le seguenti modalità:

A entro 25 giorni dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione verrà corrisposto l'indennizzo secondo il valore allo stato d'uso;

B entro 25 giorni dalla comunicazione dell'avvenuta ricostruzione o sostituzione, secondo il preesistente tipo e genere, verrà corrisposto il pagamento della differenza che, aggiunta all'importo di cui al precedente punto A, determina l'ammontare complessivo dell'indennizzo calcolato in base all'Art. 3.18 "Determinazione del danno".

Il pagamento avverrà a condizione che la ricostruzione o la sostituzione avvengano entro 12 mesi dalla data dell'atto di liquidazione amichevole o del verbale definitivo di perizia.

b. RESPONSABILITÀ CIVILE

ART. 3.23 ENUNCIA DEI SINISTRI E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società entro 10 giorni da quando ne ha avuto conoscenza (ai sensi dell'Art. 1913 del Codice Civile).

La denuncia deve contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro. Alla denuncia devono poi far seguito, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

Il Contraente o l'Assicurato deve inoltre segnalare alla Società qualsiasi fatto o circostanza che possa far presumere una responsabilità dell'Assicurato anche se non è stata avanzata richiesta di risarcimento.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al risarcimento (ai sensi dell'Art. 1915 Codice Civile).

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

ART. 3.24 GESTIONE DELLE VERTENZE DEL DANNO - SPESE LEGALI

La Società assume, fino a quando ne ha interesse, la gestione della vertenza tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome dell'Assicurato, designando ove occorra, legali e tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso. Tuttavia, in caso di definizione transattiva del danno, la Società, a richiesta dell'Assicurato e ferma ogni altra condizione di polizza, continuerà a proprie spese la gestione in sede giudiziale penale della vertenza fino a esaurimento del giudizio nel grado in cui questo si trova al momento dell'avvenuta transazione.

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

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

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

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

ART. 3.25 INOSSERVANZA DEGLI OBBLIGHI RELATIVI AI SINISTRI

L'Assicurato è responsabile verso la Società di ogni pregiudizio derivante dall'inosservanza dei termini o degli altri obblighi di cui all'Art. 3.23 "Denuncia dei sinistri e obblighi dell'Assicurato".

Ove poi risulti che egli abbia agito in connivenza con i terzi danneggiati o ne abbia favorito le pretese, decade dai diritti dell'assicurazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

c. ASSISTENZA PATRIMONIO

Per poter usufruire delle prestazioni indicate all'Art. 3.11, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- telefono, ai numeri

DALL'ITALIA	DALL'ESTERO
Numero Verde 800-042042	+39 011 742 55 99

- posta elettronica, all'indirizzo: **assistenza@blueassistance.it**

L'Assicurato dovrà comunicare:

- **le proprie generalità;**
- **il numero di polizza;**
- **il tipo di prestazione richiesta;**
- **il numero di telefono al quale può essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.**

Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la Centrale Operativa, la Società non indennizza prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.

ART. 3.26 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente o l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve fornire ogni informazione richiesta.
La Società ha facoltà di richiedere qualsiasi documentazione a comprova dell'evento che ha determinato la prestazione fornita e non perde il diritto di far valere in qualunque momento e in ogni caso eventuali eccezioni.
Qualora l'Assicurato non abbia contattato per qualsiasi motivo la Centrale Operativa, la Società non è tenuta a pagare indennizzi per prestazioni non disposte direttamente dalla Centrale Operativa stessa.
Nel caso in cui l'Assicurato venga autorizzato ad anticipare il costo delle prestazioni garantite in polizza, **dovrà inoltrare alla Centrale Operativa, entro 30 giorni dalla data dell'evento:**

- **giustificativi di spesa, in originale;**
- **descrizione dell'evento occorso;**
- **documentazione attestante l'evento, in originale.**

Nel caso in cui le prestazioni fornite dalla Centrale Operativa superino i massimali previsti o prevedano dei costi a carico dell'Assicurato, **quest'ultimo deve concordare con la Centrale Operativa sufficienti salvaguardie di rimborso.**

ART. 3.27 MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI

La Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto, in denaro o in natura, in alternativa o a titolo di compensazione in caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi.
La Società non assume responsabilità per danni conseguenti a un suo mancato o ritardato intervento dovuto a causa di forza maggiore, a circostanza fortuita e imprevedibile o a disposizioni di autorità locali che vietino l'intervento di assistenza previsto.

ART. 3.28 RIMBORSO PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE OTTENUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione della/e prestazione/i di assistenza che si accertino non essere dovute in base alle Condizioni di assicurazione.

NOTA BENE: le parti evidenziate in grassetto devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Le Condizioni Generali sono norme comuni che regolano il contratto di assicurazione in generale.

ART. 4.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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.
È necessario che le dichiarazioni relative allo stato di salute effettuate dall'Assicurato nel questionario sanitario siano assolutamente precise e veritiere, senza omettere circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute, pena la nullità della copertura.

ART. 4.2 DIMINUZIONE E AGGRAVAMENTO DI RISCHIO – CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento (ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile) o diminuzione del rischio (ai sensi dell'Art. 1897 del Codice Civile), con particolare riferimento, per la Sezione Continuità del Reddito, al cambiamento delle attività professionali dichiarate.
In caso di sinistro, la mancata comunicazione dell'aggravamento può comportare – come previsto dall'Art. 1898 del Codice Civile – la perdita totale o parziale del diritto di indennizzo.
Per la Sezione Continuità del Reddito, al fine della valutazione del grado di rischio inerente alle varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall'Appendice 3.
Qualora l'attività svolta al momento del sinistro sia classificata come "Attività professionali ad elevato rischio - riservate alla Direzione", l'infortunio occorso nello svolgimento di detta attività è assoggettato alle disposizioni previste dall'Art. 1898 Codice Civile.

ART. 4.3 PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella scheda di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

ART. 4.4 TACITA PROROGA DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE – DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Qualora nella casella "tacito rinnovo" della scheda di polizza sia riportata l'indicazione "SI", in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.
Tuttavia, per le Sezioni Continuità del Reddito, Salute e Patrimonio, per quest'ultima ad eccezione della garanzia Terremoto – Danni al fabbricato, la Società rinuncia al diritto di disdetta per i primi 4 rinnovi dalla stipula dell'assicurazione fatto salvo il raggiungimento del limite di età di 65 anni riportato all'Art. 4.16.

ART. 4.5 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

(non opera se nella casella "indicizzazione" della scheda di polizza è riportata l'indicazione "NO").
Al fine di mantenere aggiornato il valore iniziale delle prestazioni, la polizza è indicizzata e pertanto si adegua seguendo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT.
Mentre il premio di polizza sarà aumentato solo a ogni scadenza annuale, i valori ed i limiti delle prestazioni, escluse le franchigie, saranno adeguati ogni mese; quindi, in caso di sinistro, si farà riferimento a tali parametri

rivalutati in base al rapporto tra l'indice ISTAT relativo al terzo mese che precede la data del sinistro e quello del terzo mese precedente la data di stipulazione del contratto.
A ogni scadenza annuale del premio il Contraente e la Società hanno la facoltà di bloccare l'indicizzazione con riferimento all'ultima variazione intervenuta.

ART. 4.6 VARIAZIONE DEL PREMIO

La Società si riserva la possibilità di modificare le condizioni tariffarie al verificarsi di una evoluzione consistente del rischio rispetto alle basi tecniche utilizzate per la determinazione dei premi.
In tal caso la Società dovrà comunicare al Contraente, almeno 90 giorni prima della scadenza dell'annualità assicurativa, il nuovo premio da pagare per l'annualità successiva. In assenza di tale comunicazione, la polizza si intende rinnovata ad un premio corrispondente a quello precedentemente pagato, adeguato ai sensi dell'Art. 4.13 e indicizzato ai sensi dell'Art. 4.5.
Rimane ferma la facoltà da parte del Contraente di effettuare disdetta mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza.

ART. 4.7 RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio o della malattia.
Relativamente alla Sezione Patrimonio, la Società rinuncia – salvo in caso di dolo e purché l'Assicurato a sua volta non eserciti l'azione verso il responsabile – al diritto di rivalsa derivante dall'Art. 1916 del Codice Civile verso:

- le persone delle quali l'Assicurato deve rispondere a norma di legge;

ART. 4.8 FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza dell'Assicurato.

ART. 4.9 ONERI FISCALI

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

ART. 4.10 ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

ART. 4.11 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 4.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

Le seguenti Condizioni sono relative alle Sezioni Continuità del Reddito e Salute

ART. 4.13 ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Il premio della Sezione Continuità del Reddito relativo alla garanzia Invalidità permanente Grave e il premio della Sezione Salute relativo alla garanzia Dread Disease sono incrementati ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato, sulla base delle percentuali indicate nell'Appendice 5 di cui al presente Fascicolo Informativo.
All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente Art. 4.5.

ART. 4.14 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

Per le Sezioni Continuità del Reddito e Salute in caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro si potrà procedere, su accordo tra le Parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, secondo le seguenti modalità:

A. mediante valutazione collegiale effettuata da due medici, nominati dalle Parti, i quali si riuniscono nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato. La valutazione collegiale deve risultare per iscritto con dispensa da ogni formalità di legge. In caso di accordo fra i medici, la valutazione è vincolante per le Parti;

B. mediante arbitrato di un Collegio Medico. La procedura arbitrale può essere attivata in caso di disaccordo al termine della valutazione collegiale prevista al punto A, oppure in alternativa ad essa. I due primi componenti del Collegio sono designati dalle Parti e il terzo d'accordo dai primi due o, in caso di disaccordo, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove si riunisce il Collegio Medico.
Il Collegio Medico risiede nel Comune, che sia sede di istituto universitario di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono sempre vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.

ART. 4.15 CHI NON ASSICURIAMO

Limitatamente alle Sezioni Continuità del Reddito e Salute, la Società non assicura le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. e sindromi correlate.
La persona cessa di essere assicurata al verificarsi di una o più delle condizioni sopra previste; l'eventuale successivo incasso del premio non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.
Il verificarsi di situazioni patologiche diverse da quelle sopra indicate non configura aggravamento del rischio.

ART. 4.16 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 65 anni, fermo restando un limite di età alla stipula dell'assicurazione di 60 anni. Le persone che raggiungono i 65 anni in corso di contratto sono assicurate fino alla successiva scadenza annuale del premio.
L'eventuale incasso del premio dopo che si sia verificata la condizione sopra prevista non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società.

APPENDICE 1

TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

(Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124)

	Percentuali		
Descrizione	DX		SX
▪ Sordità completa di un orecchio		15%	
▪ Sordità completa bilaterale		60%	
▪ Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35%	
▪ Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40%	

Altre menomazioni della facoltà visiva: vedasi la tabella seguente

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

Note

1. In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
2. La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
3. Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di inabilità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda della entità del vizio di refrazione
4. La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
5. In caso di afachia monolaterale:
   - con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10 15%
   - con visus corretto di 7/10 18%
   - con visus corretto di 6/10 21%
   - con visus corretto di 5/10 24%
   - con visus corretto di 4/10 28%
   - con visus corretto di 3/10 32%
   - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
6. In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzionalità masticatoria		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
Perdita di tutte le dita della mano	65%	55%
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
Perdita totale del pollice	28%	23%
Perdita totale dell'indice	15%	13%
Perdita totale del medio	12%	
Perdita totale dell'anulare	8%	
Perdita totale del mignolo	12%	
Perdita della falange ungueale del pollice	15%	12%
Perdita della falange ungueale dell'indice	7%	6%
Perdita della falange ungueale del medio	5%	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3%	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5%	
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle due ultime falangi del medio	8%	
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8%	

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° - 75°		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non rende possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dall'allegato n. 1 al D.P.R. n. 1124, si conviene che la perdita della voce (afonia) è indennizzata con il 30% della somma assicurata per invalidità permanente totale; la perdita parziale della voce non dà diritto ad alcun indennizzo.
E' inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa.
Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.
Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.
La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base dei criteri e dei valori sopra indicati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori elencati nella tabella di cui sopra, la stessa viene determinata con riferimento ai valori ed ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

APPENDICE 2

TABELLA DI RIFERIMENTO INDICATIVA PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO	
Aritmie	
disturbi del ritmo e/o conduzione complessi in compenso farmacologico e/o pacemaker	25%
disturbi del ritmo e/o conduzione complessi non in compenso farmacologico e/o pacemaker	40%
Trapianto cardiaco	
insufficienza cardiaca di grado moderato (FE 50%->40%)	60%
insufficienza cardiaca di grado moderato (FE 39%->30%)	80%
Aneurismi	
aneurisma aorta addominale trattato chirurgicamente	25%
aneurisma aorta toracica trattato chirurgicamente	25%
aneurisma aorta addominale non trattato/trattabile chirurgicamente	40%
aneurisma aorta addominale trattato/trattabile chirurgicamente	40%
Valvulopatie	
di grado lieve-medio non trattata chirurgicamente	25%
di grado medio non trattata chirurgicamente	45%
di grado severo non trattata chirurgicamente	70%
di grado lieve-medio trattata chirurgicamente	30%
di grado medio trattata chirurgicamente	55%
di grado severo trattata chirurgicamente	80%
Ipertensione arteriosa	
non complicata, non perfettamente controllata da terapia medica	15%
con interessamento d'organo (cuore, occhio, rene) lieve	30%
con interessamento d'organo (cuore, occhio, rene) medio	40%
con interessamento d'organo (cuore, occhio, rene) severo	50%
ipertensione arteriosa scompensata e/o maligna	66%
Cardiopatie di varia eziologia, in relazione al quadro di insufficienza da parametrarsi sul quadro clinico complessivo	
FE intorno al 50%	15%
FE intorno al 40%	40%
FE intorno al 35%	60%
FE < al 30%	>66%
Cardiopatia ischemica, in relazione al quadro di insufficienza da parametrarsi sul quadro clinico complessivo	
FE intorno al 50%	15%
FE intorno al 40%	40%
FE intorno al 35%	60%
FE < al 30%	>66%
Laddove il quadro clinico-funzionale risulti contestuale ad un avvenuto approccio chirurgico con due o più angioplastiche o by-pass	
FE intorno al 50%	25%
FE intorno al 40%	45%
FE intorno al 35%	60%
FE < al 30%	>74%

Arteriopatie arti inferiori	
Arteriopatia III stadio (Fontaine-Léríche)	35-40%
Arteriopatia IV stadio (Fontaine-Léríche)	50%
APPARATO GASTRO-ENTEROLOGICO	
Stenosi esofagee	
moderata, necessitante di norme alimentari senza ripercussioni nutrizionali generali, con lieve disfagia	15%
rilevante, necessitante di alimentazione semiliquida e con ripercussioni nutrizionali generali moderate	30%
severa, necessitante di alimentazione semiliquida e con ripercussioni funzionali significative	40%
grave, con disfagia completa, rilevanti ripercussioni sullo stato generale, con necessità di dilatazioni frequenti	50%
Stomaco/intestino	
patologia gastrica o intestinale su base flogistica e/o da patologia stenosante e/o a seguito di resezione chirurgica, a seconda del quadro clinico caratterizzato da: funzioni di assorbimento/escrezione mantenute; sintomatologia presente solo in fasi acute, non frequenti; trattamento igienico/terapeutico opportuno, non frequente; incidenza e limitazione delle attività ordinarie presenti ma di entità lieve	20%
iniziale ripercussione sullo stato generale con perdita di peso contenuta; sintomatologia subcontinua; trattamento igienico/terapeutico necessario; incidenza e limitazione delle attività ordinarie presenti di entità moderata-media	35%
discreta ripercussione sullo stato generale con calo ponderale intorno al 20%; sintomatologia continua di grado medio; trattamento igienico/terapeutico necessario; incidenza e limitazione delle attività ordinarie presenti di entità media	45%
come sopra, con rilevante perdita di peso; sintomatologia severa; trattamento igienico/terapeutico necessario ma parzialmente efficace; incidenza e limitazione delle attività ordinarie presenti di significativa entità	55%
Pancreas	
pancreatite cronica di grado lieve, dolore alternante, solo iniziale insufficienza esocrina, necessità di terapia medica	20%
pancreatite cronica di grado lieve-medio, segni clinici e di laboratorio di insufficienza esocrina, perdita di peso contenuta intorno al 10-20%, necessità di terapia medica	30%
pancreatite cronica con sindrome da malassorbimento e rilevante calo ponderale, necessità di terapia anche del dolore	45%
Fegato	
epatite cronica con alterazioni ecografiche e cliniche lievi; alterazione indici di funzionalità lieve; fibrosi assente	15%
epatite cronica con alterazioni ecografiche e cliniche presenti, alterazioni degli indici di funzionalità e necrosi presenti e costanti; fibrosi, lieve epatomegalia	30%
epatite cronica con discreta attività, costante alterazione degli indici di funzionalità, necrosi, epatomegalia con splenomegalia	40%
ascite in parziale compenso con quadro clinico complessivo rilevante	50%
cirrosi epatica	55%
cirrosi epatica scompensata	66%

APPARATO UROLOGICO	
perdita anatomica o funzionale di un rene, con organo superstite normofunzionante	25%
cistectomia	35%
incontinenza urinaria assoluta	30%
insufficienza renale moderata	30%
insufficienza renale medio/grave	50%
insufficienza renale severa in dialisi in parziale compenso	60%
insufficienza renale in dialisi ma con scarsa tolleranza terapeutica e rilevanti complicanze d'organo e/o apparato	66%
trapianto renale senza complicanze, con favorevole tolleranza terapeutica	40%
trapianto renale con segni di insufficienza renale e necessità di terapia	50%
trapianto renale con insufficienza renale e quadri iatrogeni correlati alla terapia	60%
ENDOCRINOPATIE	
diabete mellito insulino dipendente in favorevole compenso metabolico	20%
diabete mellito in buon compenso ma con complicanze di grado lieve (circolatorie, neurologiche, renali, oculari)	30%
diabete mellito con mediocre compenso e con complicanze di grado lieve (circolatorie, neurologiche, renali, oculari)	40%
diabete mellito scompensato con complicanze di grado medio	50%
diabete mellito con complicanze gravi	66%
ipopituitarismo anteriore con controllo terapeutico sufficiente, con sintomi di lieve entità	30%
ipopituitarismo anteriore con controllo terapeutico sufficiente, con sintomi di media entità	40%
ipopituitarismo anteriore con controllo terapeutico insufficiente	50%
diabete insipido in discreto controllo farmacologico con somministrazioni a medio dosaggio, lievi effetti collaterali iatrogeni	20%
diabete insipido in insufficiente controllo farmacologico con somministrazioni a medio/alto dosaggio, con effetti collaterali iatrogeni	30%
NEOPLASIE EMATOLOGICHE	
linfoma Hodgkin stadio III-IV Ann Arbor in remissione	40%
linfoma Hodgkin in remissione parziale	55%
linfoma non Hodgkin stadio III-IV Ann Arbor in remissione	40%
linfoma non Hodgkin in remissione parziale	55%
leucemia linfatica cronica con malattia residua minima dopo trattamento	30%
leucemia mieloide cronica in trattamento con terapia orale specifica	30%
mieloma multiplo stadio I Durie Salmon	35%
mieloma multiplo stadio II Durie Salmon	55%
mieloma multiplo stadio III Durie Salmon	75%
PATOLOGIE NEOPLASTICHE	
Carcinoma TIROIDE (papillare o follicolare) con tiroidectomia totale	
stadio II (T2N0)	25%
stadio III (T3N0 – T1-3 N1a)	35%
stadio IVA (T1-3 N1B – T4a N0 1M0 o IVB (T4b N0 1M0)	60%

Carcinoma POLMONE	
stadio Ia (T1,N0), Ib (T2,N0), IIa (T1,N1)	40%
stadio IIb (T3,N0 – T2,N1)	50%
stadio IIIa (T1-3,N1-2)	60%
stadio IIIb (T1-4,N0-3), stadio IV (M1)	75%
Mesotelioma PLEURICO	75%
Carcinoma LARINGE	
stadio III (T1,2N1-T3N0,1)	60%
Carcinoma STOMACO	
stadio IA (T1N0) o IB (T1N1 – T2N0)	25%
stadio IIA (T3N0 – T2N1 – T1 N2)	45%
stadio IIB (T4a N0 – T3N1 – T2 N2 – T1 N3)	60%
Carcinoma COLON	
stadio II (T3 4 N0)	25%
stadio IIIA (T1 2 N1)	45%
stadio IIIB (T3 4 N1)	60%
Carcinoma FEGATO	
stadio IIIB (T4,N0,M0)	60%
stadio IIIC (T ogni forma,N1,M0)	66%
stadio IV (T ogni forma,N ogni forma, M1)	75%
Carcinoma PANCREAS	
stadio IIB (T1-3,N1,M0), III (T4,N qualunque,M0),IV (T e N qualunque,M1)	75%
Carcinoma MAMMELLA	
stadio IIA (T1N1 – T2N0)	25%
stadio IIB (T1N1 – T3N0)	40%
stadio IIIA (T1N2 – T2N2 – T3N1-2)	60%
stadio IIIB (T4N0-1-2)	60%
Carcinoma OVAIO	
stadio IA,IB con G3 e IC con G1-3	30%
stadio II	35-40%
stadio III	55%
Carcinoma UTERO	
Corpo stadio IB (T1bN0),IC (T1cN0M0) e Cervice stadio IB(T1bN0)	25-30%
Corpo stadio IIA (T2aN0),IIB (T2bN0M0)e Cervice stadio IIa (T2aN0),IIB (T2bN0)	35%
Corpo stadio III (T3a,bN0-T1-3N1) e Cervice stadio III (T3a,bN0M0 – T1-3N1)	40-45%
Carcinoma PROSTATA	
stadio II (T2b,c N0,M0) + Gleason 7	35-40%
stadio II (T2b,c N0,M0) + Gleason =/>7	45%
stadio III (T3,N0,M0) + Gleason =/>7	50%
stadio IV (T4,N0,M0 – T1-4, N1,M0 – T1-4,N0-1,M1)	=/>66%
Carcinoma RENE con nefrectomia	
stadio I (T1N0)	30%
stadio II (T2N0)	35%
stadio III (T1 2 N1 - T3 N0-1)	50%

MELANOMA	
stadio IA e IB	<25%
stadio IIA e IIB	25-45%
stadio IIC, IIIA e IIIB	45-50%
stadio IIIC	>66%

MALATTIE NEUROLOGICHE -SENSORIALI	
Tetraplegia	100%
Paraplegia	80%
Emiplegia flaccida	>75%
Emiplegia spastica (arto superiore funzionalmente perso,deambulazione con appoggio)	66%
epilessia in terapia con crisi, documentate, sporadiche	20%
epilessia in terapia con crisi, documentate, a frequenza mensile	35%
epilessia in terapia con crisi, documentate, a frequenza settimanale	50%
epilessia non compensata farmacologicamente, crisi plurime settimanali	>66%
cecità bilaterale	100%
sordità bilaterale	60%

APPARATO RESPIRATORIO	
Forme ostruttive: riferimento a riduzione % dell'indice FEV1	
Riduzione FEV1	IP
-40%	25%
-55%	40%
-60%	50%
-67%	60%
-70%+dispnea grave + complicanze extra-polmonari+PaO2 ridotta oltre 55%, ipercapnia>50mm Hg+ ossigenoterapia >18h/die	>66%
Forme restrittive: riferimento a riduzione % indice FVC	
Riduzione FVC	IP
-40%	25%
-45%	35%
-50%	40%
riduzione oltre 50%+complicanze extrapolmonari+PaO2 ridotta del 55%	60%
-70%+dispnea grave + complicanze extrapolmonari+PaO2 ridotta oltre 55%+ipercapnia >50mm Hg + ossigenoterapia >18h/die	>66%
Forme asmatiche: riferimento a riduzione % dell'indice FEV1	
Riduzione FEV1	IP
-45%	30-35%
-50%	40%
riduzione oltre 50%+compromissione altri indici+PaO2 ridotta circa del 55%	60%
-70%+dispnea grave + complicanze extrapolmonari+PaO2 ridotta oltre 55%+ipercapnia >50mm Hg + ossigenoterapia >18h/die	>66%

patologie REUMATICHE	
Artropatie infiammatorie: artrite reumatoide	
Alterazione dei parametri flogistici, coinvolgimento dello stato generale con limitazioni della funzionalità prensile delle mani, della deambulazione e della motilità del rachide di moderata-media entità	35%
Alterazione dei parametri flogistici, coinvolgimento dello stato generale con limitazioni della funzionalità prensile delle mani, della deambulazione e della motilità del rachide di medio-grave entità	50%
Connettiviti e vasculiti: lupus eritematoso sistemico	
con manifestazioni pluridistrettuali di modica-media entità	35%
con manifestazioni pluridistrettuali di medio-grave entità	50%
Artropatie degenerative: artrosi	
con limitazioni della funzionalità prensile delle mani, della deambulazione e della motilità del rachide di moderata-media entità	30%
con limitazioni della funzionalità prensile delle mani, della deambulazione e della motilità del rachide di medio-grave entità	45%

APPENDICE 3

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI ASSICURABILI

Abbattitore di piante (boscaiolo) - Accalappiacani - Agente di assicurazione - Agente di borsa (cambio) - Agente di commercio - Agente immobiliare - Agente di investigazione - Agente marittimo / Commissario di avaria, di bordo - Agente di pubblicità - Agente di viaggio - Agente teatrale, collocamento, cinematografico - Agricoltore con uso di macchine agricole - Agricoltore senza uso di macchine agricole - Agrimensore / Agronomo - Albergatore - Allenatore sportivo - Allevatore animali da cortile, ovini - Allevatore equini, bovini, suini, struzzi - Ambasciatore / Console / Diplomatico - Ambulante - Amministratore di beni o enti - Analista di laboratorio - Animatore turistico - Antennista con installazione riparazione antenne - Antiquario senza restauro (solo vendita) - Apicultore - Arbitro - Architetto - Armaiolo, negozio con riparazione e preparazione cartucce - Armatore - Arredatore - Ascensorista solo riparazione e/o manutenzione - Ascensorista con istallazione impianti - Assistente sociale - Attore / Direttore artistico / Regista (cinema, teatro, TV) - Autista di autovetture - Autista di autobus - Autorimessa /Autofficina senza lavoro manuale - Autorimessa / Autofficina con manut., lavaggio, ripar. - Autoscuola, istruttore - Autotrasportatore senza carico scarico - Autotrasportatore con carico scarico - Avvocato / Procuratore legale - Badante - Bagnino - Barcaiolo / Gondoliere - Barista, bar ed esercizi similari - Barbiere - Benestante (reddituario senza particolare occupazione) - Biciclette / Motocicli con riparazione - Bidello / Operatore scolastico - Biologo - Bigiotteria (lavorazione oggetti di) - Bronzo / Rame (lavorazione) - Calzolaio - Cameraman (anche esterno no estero) - Cameriere - Camiciaia / Bustaia - Cancelliere - Candele (lavorazione) - Cantante - Cantoniere - Cappellaio - Carpentiere solo a terra - Carpentiere con accesso impalcature, tetti, ponti, pozzi - Carrozziere - Casalinga - Casaro - Cassiere (cinema, teatro, etc.) - Cave (lavoro in) senza lavoro manuale - Cave (lavoro in) con lavoro manuale senza uso di mine - Cave (lavoro in) con lavoro manuale e con uso di mine - Ceramiche (lavorazione) con modellatura e cottura - Cesellatore / Incisore / Acqueforti (riproduttore di) - Clero (appartenente al) esclusi missionari all'estero - Collaudatore di veicoli e natanti a motore - Commercialista - Commerciante all'ingrosso - Commesso / Fattorino - Concessionario di veicoli o natanti (solo vendita) - Concessionario di veicoli o natanti (con riparazione e manutenzione) - Consigliere comunale - Consulente del lavoro - Consulente aziendale / Informatico / Softwarehouse / C.E.D. (attività presso un) - Cordami (lavorazione di) - Cornici (fabbricazione) - Cromatore / Nichelatore - Cuoco / Pizzaiolo - Custode diurno e non armato - Decoratore / Imbianchino solo interni con uso di scale - Decoratore / Imbianchino con accesso a impalcature o ponti - Dentista - Dirigente - Disegnatore - Disinfestatore - Distributore di carburanti (addetto a un) senza riparazioni/lavaggio - Distributore di carburanti (addetto a un) con riparazioni/lavaggio - Collaboratore domestico / Colf - Ebanista / Intarsiatore - Elettrauto - Elettricista solo in laboratorio - Elettricista all'interno di fabbricati - Elettricista all'esterno di fabbricati - Elettrodomestici, radio TV (no antenne) con installazione e/o riparazioni - Enologo / Enotecnico - Erborista - Esattore - Estetista / Callista / Podologo - Fabbro solo a terra - Fabbro su impalcature, tetti, ponti, pozzi - Facchino / Portabagagli - Scaricatore (portuale, doganale, mercati) - Falegname solo a terra - Falegname su impalcature, tetti, ponti, pozzi - Farmacista - Figurinista - Floricultore senza uso di trattori - Floricultore con uso di trattori - Fonditore di metalli - Fornaio - Fotografo solo in studio - Fotografo anche esterno / Fotoreporter - Fuochi d'artificio (lavorazione di) - Fuochista - Galleria d'arte (attività presso una) - Galvanoplastica (lavorazione di) - Gelataio / Pastaio / Pasticcere - Geologo - Geometra - Giardiniere / Vivaista - Giornalaio / Edicola - Giornalista (solo in ufficio) - Giornalista (anche esterno no estero) - Gommista (montaggio, riparazione e vendita) - Gruista (compreso montaggio) - Guardia campestre / forestale - Guardia caccia - Guardia pesca - Guardia giurata / Custode notturno o armato - Guida alpina / Aspirante Guida alpina - Guida turistica - Idraulico - Idraulico con accesso a impalcature, tetti, ponti, pozzi - Imbalsamatore di animali - Impagliatore (di sedie, di recipienti) - Impiegato con mansioni interne - Impiegato con funzioni esterne - Impiegato con accesso cantieri o ambienti sostante tossiche - Imprenditore - Imprenditore edile che prende parte ai lavori - Indossatore / Indossatrice - Infermiere - Ingegnere - Insegnante scolastico (no ed. fisica) - Insegnante scolastico (ed. fisica) - Insegnante di ginnastica, fitness, body building - Insegnante di basket, tennis e simili - Insegnante di arti marziali - Insegnante di equitazione - Insegnante di sci (maestro) - Insegne (installazione a non più di 4 mt. da terra) - Insegne (installazione oltre 4 mt. da terra o sui tetti) - Intagliatore legno in studio - Interprete - Ispettore di assicurazione / Bancario - Linotipista / Litografo - Liutaio - Lucidatore (pelli, mobili, metalli) - Macchine da scrivere/calcolo (riparazione) - Macchinista (di treni) - Macellaio -

Magazziniere capo senza lavoro manuale - Magazziniere - Magistrato / Giudice - Magliaia/o - Marmista solo a terra (non in cave) - Marmista su impalcature ponti (in cave) - Massaggiatore / Fisioterapista - Materassaio - Meccanico - Mediatore (esclusi legname o bestiame) - Mediatore (legname o bestiame) - Medico che non pratica la chirurgia - Medico che pratica la chirurgia - Medico radiologo (esclusi effetti radiazioni) - Ministro politico - Mobiliere (fabbricazione) - Modellista - Modista - Montatore (meccanico) - Mosaicista (all'interno di fabbricati) - Mosaicista (con accesso ad impalcature o ponti) - Mugnaio - Muratore - Musicista - Netturbino / Operatore ecologico - Notaio - Obiettore di coscienza - Odontotecnico - Operaio generico dipendente - Orefice / Lavorazione metalli e pietre preziose - Orologiaio con riparazione - Orticultore - Fabbricazione articoli ortopedici - Ostetrica - Ottico (riparazione, montaggio, costruzione materiali) - Parlamentare - Parrucchiere per signora - Pastore - Pavimentatore / Piastrellista all'interno di fabbricati - Pavimentatore / Piastrellista su impalcature e tetti - Pellettiere - Pellicciaio - Pensionato / Non occupato - Perito (libero professionista) - Pescatore con pesca costiera - Pittore - Plastica (stampaggio di materie plastiche) - Pompe funebri - Portavalori - Postino / Corriere / Pony Express 2013 - Prefetto - Presentatore - Preside / Rettore - Promotore finanziario - Psicanalista / Psicologo - Puericultrice - Pulizia (addetto alla) all'interno di fabbricati - Pulizia (addetto alla) all'esterno di fabbricati - Quadri / vendita con applicazione di cornici - Radiologo altri settori (esclusi effetti radiazioni) - Radiotecnico (senza posa o riparazione antenne) - Rammendatrice / Ricamatrice / Rimagliatrice - Restauratore opere d'arte (solo a terra o in laboratorio) - Restauratore opere d'arte (su ponteggi) - Restauratore di mobili - Ricevitoria / Lotto - Rilegatore di libri - Riscaldamento (installazione e/o riparazione impianti) - Ristorante / Pizzeria / Trattoria - Saldatore - Sarto - Scalpellino (marmi/pietre) non in cava - Scenografo / Coreografo - Scrittore - Scultore - Segretario comunale - Sindacalista - Smaltatore di oggetti artistici - Smerigliatore di vetri e cristalli - Sociologo - Soffiatore di vetro - Spazzacamino - Specchi (fabbricazione e/o lavorazione di) - Studente - Tappezziere - Tessitore - Tipografo - Topografo - Tornitore - Trattorista / Manovratore macchine movimento terra - Trivellatore - Ufficiale Giudiziario / Messo comunale - Vasaio con fabbricazione - Verniciatore di pelle, legno, metallo - Verniciatore (accesso impalcature, tetti, esterno navi) - Veterinario - Vetraio (vendita con applicazione) senza accesso ponteggi (est. fabbricati) - Vetraio (vendita con applicazione) con accesso ponteggi (est. fabbricati) - Vetrinista (anche con preparazione di mostre) - Vigile del fuoco - Vigile urbano.

ELENCO DEGLI ESERCIZI COMMERCIALI ASSICURABILI

Abiti, confezioni, filati, pellicce, tessuti, cravatte, camicie, biancheria, bottoni, calze, mercerie, pizzi, ricami, nastri, cordoni, passamanerie - Accessori auto, moto o cicli - Animali vivi - Argenteria, gioielleria, oreficeria, bigiotteria, chincaglieria, orologeria, oggetti di avorio, corno, madreperla, pietre dure - Armi e articoli caccia e pesca - Articoli igienico-sanitari con installazione - Articoli igienico-sanitari senza installazione - Articoli ortopedici - Articoli religiosi - Bar ed esercizi similari - Borse, pelletterie, calzature, guanti - Cartoleria, libreria - Casalinghi, ceramiche, cristallerie, porcellane - Cinghie e grassi industriali, prodotti chimici - Colori, vernici, ferramenta, cordami, gomma, plastica - Drogheria, vini e liquori - Elettrodomestici, radio TV - Erboristerie - Farmacie - Fiori e piante - Fotografia, ottica, dischi e musica, strumenti musicali - Frutta e verdura - Giocattoli e articoli sportivi - Materiali per l'edilizia - Mobili senza produzione e con consegna - Mobili senza produzione e senza consegna - Panetteria con produzione e vendita - Panetteria, latteria, pasticceria, gelateria (senza produzione) - Pasticceria, gelateria, pastificio con produzione e vendita - Profumeria - Sali e tabacchi - Salumeria, rosticceria, macelleria, pescheria - Tintoria, lavanderia, stireria.

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI AD ELEVATO RISCHIO - RISERVATE ALLA DIREZIONE

Allevatore di altri animali - Archeologo - Armaiolo (costruttore, riparatore, preparatore di cartucce) - Ballerina/o professionista - Calciatore professionista (serie A,B,C) - Calciatore dilettante (serie D, eccellenza, promozione) - Cameraman (inviato speciale estero) - Ciclista professionista - Ciclista dilettante/Amatore con gare "elite" - Clero (appartenente al) (missionario all'estero) - Fantino - Fotografo all'estero - Giornalista (inviato speciale all'estero) - Insegnante di altre pratiche sportive - Marinaio - Militare/Polizia - Pescatore con pesca non costiera - Questore - Radiologo con estensione a effetti radiazioni - Skipper - Speleologo - Altro

APPENDICE 4

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI IN POLIZZA

Art. 1341 Condizioni generali di contratto
Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscere usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificatamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o droghe alla competenza dell'Autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari
Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.
Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1469 bis Contratti del consumatore
Le disposizioni del presente titolo si applicano ai contratti del consumatore, ove non derogate dal codice del consumo o da altre disposizioni più favorevoli per il consumatore.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave
Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi
Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Artt. 1892 e 1893.

Art. 1897 Diminuzione del rischio
Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio
Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore. Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso. Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio
Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. (...)

Art. 1907 Assicurazione parziale
Se l'assicurazione copre solo una parte del valore che la cosa assicurata aveva nel tempo del sinistro, l'assicuratore risponde dei danni in proporzione della parte suddetta, a meno che non sia diversamente convenuto.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori
Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro
L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. (...)

Art. 1914 Obblighi di salvataggio
L'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno.
Le spese fatte a questo scopo dall'assicurato rispetto a quello che la cosa aveva nel tempo del sinistro, anche se il loro ammontare, unitamente a quello del danno, supera la somma assicurata, e anche se non si è raggiunto lo scopo, salvo che l'assicurato provi che le spese sono state fatte inconsideratamente.
L'assicuratore risponde dei danni materiali direttamente derivati alle cose assicurate dai mezzi adoperati dall'assicurato per evitare o diminuire i danni del sinistro, salvo che egli provi che tali mezzi sono stati adoperati inconsideratamente.

L'intervento dell'assicuratore per il salvataggio delle cose assicurate e per la loro conservazione non pregiudica i suoi diritti.
L'assicuratore che interviene a salvataggio deve, se richiesto dall'assicurato, anticiparne le spese o concorrere in proporzione del valore assicurato.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio
L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore
L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili. Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 Prescrizione in materia di assicurazione
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione. La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.
La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

APPENDICE 5

TABELLA DI ADEGUAMENTO DEL PREMIO PER ETÀ

Età	INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE % da applicare alla componente di premio relativa a:		DREAD DISEASE % da applicare al premio della garanzia:
	Capitale	Rendita	
18	-	-	-
19	4,76%	2,29%	19,05%
20	0,00%	0,96%	16,00%
21	2,27%	0,44%	10,34%
22	2,22%	0,19%	10,94%
23	0,00%	-0,82%	7,04%
24	0,00%	-0,38%	7,89%
25	0,00%	-1,85%	7,32%
26	0,00%	-1,43%	7,95%
27	0,00%	-1,12%	7,37%
28	0,00%	-1,60%	8,82%
29	0,00%	-1,69%	9,01%
30	0,00%	-0,07%	9,92%
31	0,00%	-1,17%	8,27%
32	2,17%	0,84%	9,03%
33	4,26%	1,59%	9,55%
34	2,04%	1,70%	9,30%
35	2,00%	1,27%	10,11%
36	1,96%	1,46%	9,66%
37	1,92%	1,04%	10,13%
38	3,77%	2,39%	10,40%
39	3,64%	3,28%	10,87%
40	5,26%	3,29%	10,78%
41	3,33%	2,78%	7,96%
42	4,84%	3,74%	7,92%
43	4,62%	3,88%	8,61%
44	5,88%	5,44%	8,62%
45	6,94%	5,31%	8,80%
46	5,19%	4,90%	8,88%
47	7,41%	6,46%	8,70%
48	5,75%	4,73%	9,33%

Età	INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE % da applicare alla componente di premio relativa a:		DREAD DISEASE % da applicare al premio della garanzia:
	Capitale	Rendita	
49	6,52%	5,79%	9,45%
50	7,14%	5,59%	9,61%
51	7,62%	6,80%	10,17%
52	7,96%	6,99%	10,38%
53	11,48%	9,78%	9,30%
54	5,15%	4,25%	9,27%
55	7,69%	5,96%	9,45%
56	8,44%	7,06%	9,75%
57	10,78%	8,67%	9,69%
58	8,11%	6,29%	9,30%
59	11,00%	9,16%	9,48%
60	6,76%	4,87%	9,49%
61	7,17%	4,80%	7,55%
62	8,27%	5,53%	7,54%
63	6,91%	4,19%	6,84%
64	9,18%	6,65%	6,89%
65	10,90%	7,75%	6,91%
66	10,96%	7,70%	6,82%
67	10,38%	6,82%	6,89%
68	9,40%	5,78%	6,44%
69	10,69%	6,90%	6,44%
70	10,98%	7,00%	6,52%

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. MAL50001/FI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

COMPAGNIA ITALIANA DI PREVIDENZA, ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI S.p.A. - Fondata nel 1889 - Sede Legale e Direzione Generale: Via Marco Ulpio Traiano, 18 - 20149 Milano (Italia) - Tel +39 02 397161 - Fax +39 02 3271270 - italiana@pec.italiana.it www.italiana.it - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale e N. Partita IVA 00774430151 - R.E.A. Milano N. 7851 - Capitale Sociale Euro 40.455.077,50 i.v. - Società con un unico socio: Società Reale Mutua di Assicurazioni - Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al numero 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione ed appartenente al Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto al numero 006 dell'Albo dei gruppi assicurativi.

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC
www.fsc.org

Il presente documento è stampato su carta certificata FSC®. Il marchio FSC® identifica i prodotti contenenti legno proveniente da foreste gestite in maniera corretta e responsabile secondo rigorosi standard ambientali, sociali ed economici.