

Tandem

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DELL'INTEGRITÀ FISICA.

Documento redatto secondo le linee guida "Contratti Semplici e Chiari" del tavolo tecnico ANIA - Associazioni Consumatori - Associazioni Intermediari

Il presente Set Informativo, composto da:
- Condizioni di Assicurazione, comprensive di Glossario dei termini,
- Documento Informativo Precontrattuale (DIP Danni),
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo (DIP Aggiuntivo Danni),

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

LEGGERE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE

ITALIANA ASSICURAZIONI

REALE GROUP

TOGETHERMORE

ITALIANA ASSICURAZIONI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE TANDEM

Mod. INF54331
Ed. 09/2019 - Rist. 03/2020

CONTATTI UTILI

	CONTATTO
ASSISTENZA - BLUE ASSISTANCE - 24 ore – 7 giorni su 7	800 686 472
SERVIZIO CLIENTI – BENVENUTI IN ITALIANA	800 101 313

AREA RISERVATA

All'indirizzo www.italiana.it è possibile accedere all'Area Riservata per consultare il dettaglio delle polizze e tenere sotto controllo le scadenze.
È possibile consultare tale Area anche tramite l'App Italiana Mobile.
L'accesso è gratuito previa la registrazione.

INTRODUZIONE

Tandem è un prodotto composto da garanzie assicurative e servizi per far fronte ad infortuni o malattie che possono compromettere la salute e/o l'integrità fisica della persona.

Ma qual è la differenza tra infortunio e malattia? Nel primo caso si tratta di un evento traumatico e repentino, dovuto a causa fortuita ed esterna, che produce lesioni corporali; nel secondo, invece, si tratta di uno stato di alterazione della salute non dipendente da infortunio.

Infortuni e malattie hanno però una cosa in comune: entrambi possono minacciare la continuità del reddito e/o costringere a sostenere spese improvvise. Tandem può quindi aiutarti a salvaguardare la stabilità economica della tua famiglia.

Il prodotto si compone di numerose garanzie, che possono essere combinate tra loro per costruire una protezione su misura. Si può scegliere tra garanzie che operano solo in caso di Infortunio, solo in caso di Malattia oppure in entrambi i casi.

Puoi tutelarti in caso di Invalidità Permanente, da Infortunio o da Malattia, scegliendo tra le apposite garanzie che prevedono l'erogazione di una somma di denaro proporzionale al grado di invalidità riscontrata. Sono disponibili diversi livelli di franchigia tra cui scegliere: sta a te decidere se ricevere l'indennizzo già a fronte di invalidità più lievi o se, invece, tutelarti solo a fronte di eventi con effetti altamente invalidanti.

Se hai un figlio o altri familiari a carico, puoi decidere di attivare la garanzia Morte da Infortunio, per lasciar loro una somma di denaro in caso di tua prematura scomparsa.

Grazie ad un'ampia gamma di Diarie, puoi inoltre scegliere di ricevere un importo giornaliero, fisso e predefinito, al verificarsi di determinate situazioni (Ricovero, Convalescenza, Inabilità Temporanea, Immobilizzazione). In questo modo potrai contare su un indennizzo per ogni giorno di lavoro perso e/o far fronte ad eventuali spese.

Se invece vuoi ricevere il rimborso puntuale delle spese mediche sostenute in caso di Infortunio, Tandem ti offre anche questa possibilità, grazie alla garanzia dedicata Rimborso Spese di Cura.

Controlla i box di consultazione che troverai all'interno delle condizioni assicurative: ti indicheranno gli aspetti più salienti, le precisazioni utili sul contratto e spiegazioni di temi complessi.
Il testo contenuto nel box è un esempio con finalità esplicative e non ha valore contrattuale. Per l'applicazione della polizza è quindi sempre necessario fare riferimento al testo contrattuale all'origine degli esempi stessi.

INDICE

GLOSSARIO 6

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE 9

1 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO 9

2 DURATA DELLA COPERTURA 10

3 DISDETTA E RECESSO 10

4 INFORMAZIONI SUL PREMIO 11

5 ALTRE INFORMAZIONI 12

SEZIONE INFORTUNI 13

6 CHE COSA POSSO ASSICURARE 13

7 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO 21

8 CHE COSA NON È ASSICURATO 23

9 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI 24

10 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 24

SEZIONE MALATTIE 27

11 CHE COSA POSSO ASSICURARE 27

12 CHE COSA NON È ASSICURATO 29

13 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI 29

14 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 30

SEZIONE INDENNITARIE 32

15 CHE COSA POSSO ASSICURARE 32

16 CHE COSA NON È ASSICURATO 35

17 TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI 36

18 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 37

ITALIANA ASSICURAZIONI

SEZIONE ASSISTENZA 39
19 CHE COSA POSSO ASSICURARE 39
20 CHE COSA NON È ASSICURATO 42
21 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 42
SEZIONE TUTELA LEGALE (a seguito di infortunio) 43
22 CHE COSA POSSO ASSICURARE 43
23 COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO 44
24 CHE COSA NON È ASSICURATO 45
25 CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 45

ALLEGATO 1 - ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI PER CLASSE DI RISCHIO 47
ALLEGATO 2 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (Allegato n. 1 al D.P.R. 30.6.1965, n. 1124) 50
ALLEGATO 3 - GRAVI MALATTIE / INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA 53
ALLEGATO 4 - TABELLA ITALIANA 58
LETTERA PER DENUNCIA DI SINISTRO – TIPO A 59
LETTERA PER DENUNCIA DI SINISTRO – TIPO B 60

LEGENDA



CHE COSA È ASSICURATO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle differenti coperture presenti in polizza.
Ricordati che le garanzie acquistate saranno indicate nel modulo di polizza.



COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO
Questo capitolo descrive il funzionamento di alcune garanzie indicando ad esempio l'ambito di copertura ed eventuali limitazioni dello stesso nonché i periodi all'interno del quale alcune garanzie non operano.



CHE COSA NON È ASSICURATO
Qui trovi le informazioni su quali persone non risultano assicurabili e su quali eventi sono esclusi dalla presente polizza.



TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI
Riepiloga per ogni singola garanzia i limiti di indennizzo, le franchigie ed eventuali regole di abbinamento tra differenti garanzie.



CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO
Fornisce informazioni sulla procedura da intraprendere in caso di evento coperto dalla presente polizza. Indica i contatti a cui fare riferimento nonché la documentazione da consegnare e le tempistiche di accertamento del sinistro nonché di liquidazione dell'indennizzo.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO
In questo capitolo sono riportati gli obblighi e gli adempimenti che derivano al contraente/assicurato all'inizio del contratto e nel corso della sua durata.

DURATA DELLA COPERTURA
Qui trovi le condizioni che regolano la data di inizio e fine del contratto.



DISDETTA E RECESSO
In questo capitolo puoi reperire le informazioni sulle modalità di scioglimento del contratto.



INFORMAZIONI SUL PREMIO
Qui trovi le informazioni sulle modalità e la durata di pagamento dei premi.

ALTRE INFORMAZIONI
Qui trovi tutte le informazioni presenti nella Sezione "Norme comuni a tutte le garanzie" non indicate nei capitoli precedenti.

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

GLOSSARIO

Il significato di alcuni termini delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguito.
I termini definiti al singolare si intendono definiti anche al plurale e viceversa.

ASSICURATO
La persona protetta dall'assicurazione.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA
Assistenza prestata da personale delle strutture sanitarie o a domicilio da infermieri in possesso di specifico diploma.

BENEFICIARI
Le persone designate dall'Assicurato a riscuotere l'indennizzo in caso di proprio decesso. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

CARTELLA CLINICA
Documento ufficiale avente la natura di atto pubblico redatto durante la degenza con pernottamento o, in caso di Day Hospital e Day Surgery, diurna in struttura sanitaria, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

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 previsti nella Sezione Assistenza.

CONTRAENTE
Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DANNO ESTETICO
Deturpazione obiettivamente constatabile comprovata da referto di Pronto Soccorso Ospedaliero.

FRANCHIGIE / SCOPERTO
Parte del danno indennizzabile, espressa rispettivamente in cifra fissa, in percentuale o in giorni (franchigia) o in percentuale sull'ammontare del danno (scoperto), che rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO
Evento dovuto a causa fortuita, esterna e violenta, che produce lesioni ovvero alterazioni o guasti anatomici ad una qualsiasi parte del corpo, con esclusione delle alterazioni psichiche, obiettivamente constatabili ed accertabili quindi medicalmente, anche se materialmente non rilevabili, che hanno come conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

INFORTUNIO EXTRAPROFESSIONALE
Infortunio verificatosi nello svolgimento da parte dell'Assicurato di attività che non abbiano carattere di professionalità.

INFORTUNIO PROFESSIONALE
Infortunio verificatosi durante lo svolgimento da parte dell'Assicurato delle attività professionali (principali e secondarie).

INTERVENTO CHIRURGICO
Atto medico, realizzato da personale regolarmente abilitato in base ai requisiti di legge, avente diretta finalità terapeutica ed effettuato - anche senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio del medico chirurgo curante - 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 riduzione incruenta di fratture seguita da gessatura e le endoscopie a qualsiasi titolo effettuate.
Non sono comunque considerati interventi chirurgici, ancorché effettuati con i predetti strumenti:
- le procedure aventi esclusiva finalità diagnostica o di controllo (salvo le endoscopie sopra descritte);
- le iniezioni.

INVALIDITÀ PERMANENTE
Diminuzione o perdita definitiva ed irrimediabile della generica capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

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

MALFORMAZIONE – DIFETTO FISICO
Alterazione organica, congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia stata diagnosticata prima della stipulazione della polizza.

MASSIMALE
Somma massima liquidabile dalla Società a titolo di risarcimento di spese.

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

QUESTIONARIO SANITARIO
Documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà.

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

RICOVERO - DEGENZA
Permanenza in struttura sanitaria con pernottamento o, in caso di Day Hospital o Day Surgery, senza pernottamento, in ogni caso documentata da relativa cartella clinica.

SCHEDA DI POLIZZA
Documento che riporta i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, le dichiarazioni e le scelte del Contraente, i dati identificativi del rischio assicurato, il premio e la sottoscrizione delle Parti (Mod. INF54330).

SINISTRO
Il verificarsi dell'evento per cui è prestata la garanzia.

SOCIETÁ
ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.

SPESE DI GIUSTIZIA
Spese del processo o processuali che, in un giudizio civile, sono pagate dalle Parti contemporaneamente allo svolgimento degli atti processuali e che, a conclusione del giudizio, il soccombente è condannato a rifondere.

STALKING
Serie di atteggiamenti tenuti da un individuo che affligge un'altra persona, perseguitandola ed ingenerando stati d'ansia e paura, che possono arrivare a comprometterne il normale svolgimento della quotidianità.

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

TERZI
Soggetti estranei alle parti tra cui intercorre un rapporto giuridico.

TRATTAMENTI SANITARI
Insieme di medicamenti e rimedi per il trattamento delle conseguenze di un infortunio: accertamenti diagnostici, cure mediche, materiale di intervento, endoprotesi applicate nel corso di un intervento chirurgico, trattamenti riabilitativi; rientrano convenzionalmente gli onorari dei medici. Sono esclusi farmaci e specialità medicinali.

VIOLENZA FISICA
Azione fisica esercitata da una persona o più persone su un'altra che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

VIOLENZA SESSUALE
Azione volta a costringere taluno a compiere o subire atti sessuali contro la propria volontà.

NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Norme valide per tutte le garanzie prestate dall'assicurazione.

1. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

1.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE INFLUENTI SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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.

1.2 AGGRAVAMENTO DI RISCHIO – CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio, con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dichiarate.
In caso di sinistro, la mancata comunicazione delle circostanze di aggravamento può comportare – come previsto dall'art. 1898 del Codice Civile – la perdita totale o parziale del diritto di indennizzo.
In particolare, per la Sezione Infortuni e per le garanzie Diaria da Ricovero (limitata ai soli infortuni) e Post Ricovero (limitata ai soli infortuni), Diaria da Immobilizzazione e Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio della Sezione Indennitarie, qualora l'infortunio si verifichi nello svolgimento di un'attività professionale diversa da quella indicata nella scheda di polizza, l'indennizzo spettante a termini di polizza è corrisposto:

- in misura integrale, se all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe di rischio professionale uguale o inferiore a quella dichiarata;
- nella percentuale indicata nella tabella sottostante, se all'attività svolta al momento del sinistro corrisponde una classe di rischio professionale più elevata.

		Attività indicata nella scheda di polizza			
		Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Attività al momento del sinistro	Classe A	=	=	=	=
	Classe B	90%	=	=	=
	Classe C	75%	80%	=	=
	Classe D	55%	60%	75%	=

Al fine della valutazione del grado di rischio inerente alle varie attività professionali, si fa riferimento alla classificazione risultante dall'ALLEGATO 1 - ELENCO ATTIVITA' PROFESSIONALI PER CLASSE DI RISCHIO delle presenti Condizioni di Assicurazione..
Qualora l'attività svolta al momento del sinistro sia classificata come "Rischio riservato alla Direzione", l'infortunio occorso nello svolgimento di detta attività è assoggettato alle disposizioni previste dall'art. 1898 Codice Civile.

1.3 ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato che abbia in corso o che stipuli oltre alla presente un'altra copertura assicurativa con una diversa Società di assicurazione (escluse le coperture connesse con altri rapporti contrattuali es. c/c bancari, carte di credito etc.), ma per rischi già coperti da una Sezione del presente contratto, è esonerato dall'obbligo di denunciarla.
Ulteriori assicurazioni per lo stesso rischio devono invece essere denunciate per iscritto alla Società che, entro 60 giorni da tale comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.
L'Assicurato che dolosamente omette la dichiarazione di cui sopra decade dal diritto dell'indennizzo.
In caso di sinistro l'Assicurato deve comunque darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

1.4 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.
Nel caso in cui il Contraente, nel corso della durata del contratto, trasferisca la propria residenza in qualunque altro Stato, è obbligato a comunicarlo alla Società a mezzo lettera entro 30 giorni dal trasferimento. Si ricorda che il trasferimento di residenza potrebbe comportare un ulteriore onere al Contraente, se previsto dall'Autorità dello Stato estero della nuova residenza. Qualora il Contraente ometta di comunicare tale variazione, la Società potrà richiedere allo stesso il pagamento di un importo pari a quello che la stessa abbia eventualmente versato all'Autorità dello Stato estero.
Il Contraente si obbliga altresì a comunicare alla Società il trasferimento del proprio domicilio, se persona fisica, o della sede o stabilimento cui sono addette le persone assicurate, se persona giuridica, in Stato diverso da quello indicato al momento della stipula della polizza.

2. DURATA DELLA COPERTURA

La copertura 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.
Il premio è interamente dovuto dal Contraente, anche se sia stato concordato il frazionamento in più rate.
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza. L'assicurazione riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme restando le scadenze successive contrattualmente stabilite, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.
In caso di pagamento del premio dopo 60 giorni successivi alla scadenza di ogni rata del contratto, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti nella Sezione Indennitarie all'art. 16.2.

Salvo diversa indicazione riportata nella scheda di polizza, in mancanza di disdetta, effettuata mediante lettera raccomandata da spedirsi almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione, di durata non inferiore ad un anno, è prorogata per un anno e così ad ogni successiva scadenza.

3. DISDETTA E RECESSO

3.1 DISDETTA

È possibile impedire il rinnovo della polizza tramite disdetta mediante comunicazione con lettera raccomandata o tramite posta elettronica certificata (PEC) che deve essere spedita entro 30 giorni dalla scadenza del contratto.
La disdetta ha come effetto la risoluzione definitiva del rapporto contrattuale.

3.2 RECESSO DAL CONTRATTO

Relativamente alle seguenti Sezioni:

- Sezione Infortuni;
- Sezione Indennitarie, per le sole garanzie Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio e Diaria da Immobilizzazione;

dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente o la Società possono recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni.
Qualora tale facoltà sia esercitata dalla Società, la stessa 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.

4. INFORMAZIONI SUL PREMIO



4.1 INDICIZZAZIONE DEL CONTRATTO

(non opera se nella casella "indicizzazione" del modulo 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.

4.2 INCREMENTO DEL PREMIO PER ETA' – SEZIONE MALATTIE

Il premio della Sezione Malattie, relativamente alle polizze di durata annuale, è incrementato ad ogni scadenza annuale successiva alla stipula, qualora a tale data l'Assicurato abbia raggiunto un'età compresa nella fascia successiva a quella in cui si trovava l'anno precedente; le percentuali di incremento del premio e le garanzie interessate sono indicate nella tabella sotto riportata. Tale adeguamento non viene applicato sulla garanzia Rendita Vitalizia (a seguito di malattia).
All'importo così ottenuto viene quindi applicata l'indicizzazione, ai sensi del precedente art. 4.1.

Fasce di età		% incremento per passaggio da una fascia di età all'altra	
		I.P.M.	I.P. Ictus o Infarto
da 0-30	a 31-35	19%	40%
da 31-35	a 36-42	30%	67%
da 36-42	a 43-48	47%	43%
da 43-48	a 49-54	19%	50%
da 49-54	a 55-60	20%	31%
da 55-60	a 61-65	38%	

5. ALTRE INFORMAZIONI

5.1 CONTROVERSIE – VALUTAZIONE COLLEGIALE ED ARBITRATO IRRITUALE

In caso di divergenza sull'indennizzabilità del sinistro o sulla misura degli indennizzi 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.

5.2 FORO COMPETENTE

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

5.3 RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato, dei suoi aventi diritto o beneficiari, al diritto di rivalsa di cui all'art. 1916 Codice Civile verso i civilmente responsabili, salvo per quanto riguarda il rimborso delle spese di cui all'Art. 6.4 della Sezione Infortuni.

5.4 PERSONE ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Limitatamente alla Sezione Infortuni le persone colpite da apoplessia o infarto, o affette da diabete, epilessia, emofilia, leucemia, altre infermità permanenti giudicabili gravi con la diligenza del buon padre di famiglia, sono assicurabili soltanto con patto speciale, in mancanza del quale la garanzia non vale.
Qualora dette infermità sopravvengano durante la validità del contratto, il Contraente/Assicurato è tenuto a comunicare alla Società l'aggravamento del rischio; la mancata comunicazione comporta l'applicazione di quanto stabilito nell'art. 1898 del Codice Civile.

SEZIONE INFORTUNI

La Società presta le garanzie della presente Sezione se richiamate nella scheda di polizza, per le persone e le somme ivi indicate.

6. CHE COSA POSSO ASSICURARE

6.1 MORTE

Se l'Assicurato muore a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza la Società liquida la somma assicurata ai beneficiari.
L'indennizzo non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza fra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di Morte, ove questa sia maggiore.
Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato, la Società liquida ai beneficiari la somma assicurata dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.
Se risulta che l'Assicurato è vivo dopo che la Società ha pagato l'indennizzo, quest'ultima ha diritto alla restituzione, da parte dei beneficiari, della somma loro pagata. L'Assicurato avrà così diritto all'indennizzo spettante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

INDENNIZZO SPECIALE PER I MINORI
Qualora fra i beneficiari vi siano uno o più figli conviventi minori o riconosciuti invalidi civili con percentuale pari o superiore al 60%, la quota di indennizzo spettante a ciascuno di loro viene aumentata del 50% in caso di commorienza per infortunio nel medesimo sinistro di entrambi i genitori, dei quali almeno uno assicurato.
La somma di questo indennizzo speciale e di quello per il caso Morte non potrà essere superiore a euro 300.000. Le eventuali somme assicurate per il caso Morte oltre questo limite verranno regolarmente erogate, verificandosi il caso, senza tener conto dell'indennizzo speciale medesimo.

6.2 INVALIDITÀ PERMANENTE

La Società garantisce l'indennizzo per invalidità permanente a seguito di infortunio.

6.2.1 VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITA PERMANENTE

Il grado di invalidità è accertato, da specialisti in medicina legale e delle assicurazioni, con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nella seguente tabella.

A) TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
▪ un arto superiore	70%	60%
▪ una mano o un avambraccio	60%	50%
▪ un pollice	18%	16%
▪ un indice	14%	12%
▪ un medio	8%	
▪ un anulare	8%	
▪ un mignolo	12%	
▪ una falange ungueale del pollice	9%	
▪ una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
anchilosi:		
▪ della scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
▪ del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
▪ del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
paralisi completa:		
▪ del nervo radiale	35%	30%
▪ del nervo ulnare	20%	17%
perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
▪ un arto inferiore		
– al di sopra della metà della coscia	70%	
– al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
▪ un piede	40%	
▪ ambedue i piedi	100%	
▪ un alluce	5%	
▪ un altro dito del piede	1%	
▪ una falange ungueale dell'alluce	2,5%	
anchilosi:		
▪ dell'anca in posizione favorevole	35%	
▪ del ginocchio in estensione	25%	
▪ della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
▪ paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
perdita totale, anatomica o funzionale, di:		
▪ un occhio	25%	
▪ ambedue gli occhi	100%	
perdita totale della capacità uditiva di:		
▪ un orecchio	10%	
▪ ambedue le orecchie	40%	

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
stenosi nasale assoluta:		
▪ Monolaterale	4%	
▪ Bilaterale	10%	
esiti di frattura:		
▪ scomposta somatica di una costa	1%	
▪ amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
– una vertebra cervicale	12%	
– una vertebra dorsale	5%	
– 12° dorsale	10%	
– una vertebra lombare	10%	
▪ di un metamero sacrale	3%	
▪ di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
perdita anatomica:		
▪ di un rene senza compromissioni significative della funzionalità renale	15%	
▪ della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	
▪ afonia (perdita totale della voce) (la perdita parziale della voce non è indennizzabile)	30%	

In caso di mancinismo le percentuali di invalidità permanente previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro o viceversa.
L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.
La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.
Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al limite massimo del 100%. Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera invalidità permanente l'asportazione totale.
Qualora l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella suesposta tabella, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

B) ADOZIONE DELLE TABELLE DI LEGGE (TABELLE INAIL)

Se richiamata la relativa condizione particolare in scheda di polizza, esclusivamente in relazione all'Art. 6.2 lettera A) delle presenti Condizioni di Assicurazione ed a sua parziale deroga, la tabella delle percentuali di invalidità ivi prevista si intende sostituita con quella di cui al D.P.R. 30.6.1965 n. 1124, riportata nell'Allegato 2 delle presenti Condizioni di Assicurazione con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge. Restano ferme le altre norme stabilite dal predetto articolo 6.2 lettera A).

6.2.2 TIPOLOGIA DI FRANCHIGIA

Le forme di franchigia di seguito indicate sono alternative tra loro e opera quella esplicitamente richiamata sulla scheda di polizza. L'indennizzo è calcolato applicando la percentuale di invalidità accertata - diminuita delle franchigie di seguito indicate - alle componenti di importo nelle quali si intende suddivisa la somma assicurata per Invalidità Permanente totale.

A) FRANCHIGIA 3%

Qualora il Contraente abbia scelto la forma con franchigia 3%, l'indennizzo è calcolato:

– sulla prima parte della somma assicurata fino a euro 200.000:
  a) per invalidità permanente pari o inferiore al 3% non è dovuto alcun indennizzo;
  b) per invalidità permanente superiore al 3% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 3%;
– sulla seconda parte della somma assicurata pari all'eccedenza oltre euro 200.000 e fino a euro 500.000:
  a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
  b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%;
– sulla parte della somma assicurata pari all'eccedenza oltre euro 500.000
  a) per invalidità permanente pari o inferiore al 15% non è dovuto alcun indennizzo;
  b) per invalidità permanente superiore al 15% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 15%.

Franchigia	Frazioni di capitale
3%	Fino a € 200.000
10%	Oltre € 200.000 e fino a € 500.000
15%	Oltre € 500.000

Esempio di franchigia espressa in percentuale:
- Franchigia 3%
- Somma assicurata € 50.000
- Invalidità permanente accertata 12%

➔ Viene liquidato un indennizzo di € 4.500 (ottenuto con il seguente conteggio: 12% - 3% = 9% da applicare sulla somma assicurata di € 50.000).

B) ELEVAZIONE DELLA FRANCHIGIA SUL CAPITALE INVALIDITÀ PERMANENTE - FRANCHIGIA 5%

Qualora il Contraente abbia scelto la forma con franchigia 5%, l'indennizzo è calcolato:

– sulla prima parte della somma assicurata fino a euro 200.000:
  c) per invalidità permanente pari o inferiore al 5% non è dovuto alcun indennizzo;
  d) per invalidità permanente superiore al 5% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 5%;
– sulla seconda parte della somma assicurata pari all'eccedenza oltre euro 200.000 e fino a euro 500.000:
  c) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
  d) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%;
– sulla parte della somma assicurata pari all'eccedenza oltre euro 500.000
  c) per invalidità permanente pari o inferiore al 15% non è dovuto alcun indennizzo;
  d) per invalidità permanente superiore al 15% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 15%.

Franchigia	Frazioni di capitale
5%	Fino a € 200.000
10%	Oltre € 200.000 e fino a € 500.000
15%	Oltre € 500.000

C) ESONERO APPLICAZIONE FRANCHIGIA SUL 30% DEL CAPITALE - ESENTE FRANCHIGIA

Qualora il Contraente abbia scelto la forma con esonero applicazione franchigia sul 30% del capitale, l'indennizzo è calcolato:

- per la parte corrispondente al 30% del capitale assicurato e fino ad un massimo di euro 100.000 senza applicazione della franchigia;
- per la seconda parte della somma assicurata pari all'eccedenza della prima e fino a euro 200.000
  a) per invalidità permanente pari o inferiore al 3% non è dovuto alcun indennizzo;
  b) per invalidità permanente superiore al 3% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 3%;
- sulla parte della somma assicurata pari all'eccedenza oltre euro 200.000
  a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
  b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%.

Franchigia	Frazioni di capitale
0%	Per il 30% del capitale, fino ad un massimo di € 100.000
3%	Oltre la prima parte di capitale e fino a € 200.000
10%	Oltre € 200.000

Tale esonero di franchigia sul capitale di Invalidità Permanente non sarà in ogni caso operante per i sinistri occorsi durante lo svolgimento delle attività sportive elencate nell'art. 7.3 delle Condizioni di Assicurazione.

D) ESONERO APPLICAZIONE FRANCHIGIA SUL 20% DEL CAPITALE - ESENTE FRANCHIGIA

Qualora il Contraente abbia scelto la forma con esonero applicazione franchigia sul 20% del capitale, l'indennizzo è calcolato:

- per la parte corrispondente al 20% del capitale assicurato e fino ad un massimo di euro 50.000 senza applicazione della franchigia;
- per la seconda parte della somma assicurata pari all'eccedenza della prima e fino a euro 200.000
  a) per invalidità permanente pari o inferiore al 3% non è dovuto alcun indennizzo;
  b) per invalidità permanente superiore al 3% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 3%;
- sulla parte della somma assicurata pari all'eccedenza oltre euro 200.000
  a) per invalidità permanente pari o inferiore al 10% non è dovuto alcun indennizzo;
  b) per invalidità permanente superiore al 10% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 10%.

Franchigia	Frazioni di capitale
0%	Per il 20% del capitale, fino ad un massimo di € 50.000
3%	Oltre la prima parte di capitale e fino a € 200.000
10%	Oltre € 200.000

Tale esonero di franchigia sul capitale di Invalidità Permanente non sarà in ogni caso operante per i sinistri occorsi durante lo svolgimento delle attività sportive elencate nell'art. 7.3 delle Condizioni di Assicurazione.

E) TABELLA ITALIANA

Qualora il Contraente abbia scelto la forma con Tabella Italiana, si conviene che, sulla somma assicurata fino a euro 500.000, l'indennizzo è determinato in percentuale sulla somma assicurata, come da tabella riportata nell'Allegato 4 - SEZIONE INFORTUNI - TABELLA ITALIANA in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertato.
Relativamente alle eventuali somme assicurate oltre euro 500.000 vale quanto segue:

- per invalidità permanente pari o inferiore al 15% non è dovuto alcun indennizzo;
- per invalidità permanente superiore al 15% l'indennizzo viene liquidato solo per l'aliquota di invalidità permanente eccedente il 15%.
  Se l'invalidità permanente accertata è superiore al 20% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità Permanente oltre all'eccedenza di euro 500.000 senza alcuna franchigia.

6.2.3 ASSORBIMENTO DELLA FRANCHIGIA

Ad eccezione della franchigia Tabella Italiana di cui all'art. 6.2.2E) se l'invalidità permanente accertata è superiore al 15% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità Permanente sino a euro 500.000, senza alcuna franchigia. Inoltre, relativamente alle eventuali somme assicurate oltre euro 500.000, se l'invalidità permanente accertata è superiore al 20% della totale, l'indennizzo è liquidato applicando la percentuale di invalidità accertata alla somma assicurata per Invalidità Permanente oltre all'eccedenza di euro 500.000 senza alcuna franchigia.

6.2.4 INDENNIZZO TOTALE

Nel caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% della totale, l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata

6.3 INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE

Il grado di invalidità è sempre accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nell'Allegato 2 (tabelle INAIL), riportato nelle presenti Condizioni di Assicurazione.
Sulla somma assicurata per Invalidità Permanente Grave l'indennizzo è calcolato secondo i seguenti criteri:

- per invalidità permanente pari o inferiore al 25% non è dovuto alcun indennizzo;
- in caso di invalidità uguale o superiore al 65% della totale l'indennizzo corrisponde al 100% della somma assicurata;
- in tutti gli altri casi l'indennizzo è determinato in percentuale sulla somma assicurata, come da tabella che segue:

Grado % di Invalidità accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare	Grado % di Invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare
26	27	46	62
27	28	47	64
28	30	48	66
29	31	49	68
30	32	50	70
31	34	51	72
32	35	52	74
33	36	53	76
34	38	54	78
35	40	55	80
36	42	56	82
37	44	57	84
38	46	58	86
39	48	59	88
40	50	60	90
41	52	61	92
42	54	62	94
43	56	63	96
44	58	64	98
45	60	65	100

La somma assicurata rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale: pertanto l'indennizzo, relativo a uno o più sinistri, non potrà essere, nell'arco della durata contrattuale, maggiore della somma assicurata medesima. La corresponsione dell'intera somma assicurata implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.

6.4 RIMBORSO SPESE DI CURA

La Società, per la cura delle lesioni determinate dal medesimo infortunio rimborsa, fino alla concorrenza del massimale assicurato previsto nella scheda di polizza, le spese sostenute:

6.4.1 SPESE SOSTENUTE IN CASO DI RICOVERO E SUCCESSIVE ALLO STESSO

A) DURANTE IL RICOVERO

- trattamenti sanitari, diritti di sala operatoria, rette di degenza, cure e protesi dentarie, farmaci e specialità medicinali;

Qualora le spese siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, in sostituzione del rimborso, corrisponde una diaria di € 100 per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di 100 giorni per sinistro.

B) SUCCESSIVE AL RICOVERO

- trattamenti sanitari effettuati entro 360 giorni dalla dimissione, queste prestazioni verranno garantite, fino ad un massimo pari al 30% della somma assicurata e fermi i successivi scoperti e franchigie, anche a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia reso necessario un accesso al Pronto Soccorso Ospedaliero;
- cure e protesi dentarie rese necessarie da infortunio;
- acquisto di protesi anatomiche fino alla concorrenza del 50% del massimale indicato nella scheda di polizza e comunque con il massimo di € 5.000; non sono rimborsabili le spese per la riparazione o sostituzione di protesi;
- noleggio o acquisto, con il limite per l'acquisto di € 2.500 per sinistro, di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.

Le spese indicate alla presente lettera B) sono rimborsate fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'Assicurato uno scoperto del 20% con il minimo di € 75. Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.
Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto.

Relativamente alle due lettere precedenti A) e B), sia in caso di ricovero che successivamente ad esso, sono inoltre comprese, fino a concorrenza del medesimo massimale indicato nella scheda di polizza, le spese sostenute:

- per l'assistenza infermieristica domiciliare, con il limite di € 50 giornalieri per un massimo di 90 giorni per anno assicurativo;
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica, fino a € 5.000 per sinistro, purchè l'infortunio sia provato da documentazione medica e l'intervento avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio;
- dall'Assicurato per il trasporto fino alla struttura sanitaria o al luogo di soccorso o da una struttura sanitaria all'altra, con il limite di € 2.500.

6.4.2 SPESE SOSTENUTE IN ASSENZA DI RICOVERO

- accertamenti diagnostici ed onorari dei medici nei 180 giorni successivi all'infortunio;
- noleggio o acquisto, con il limite per l'acquisto di € 2.500 per sinistro, di apparecchiature terapeutiche o ortopediche.
- cure e protesi dentarie, di cui sia accertato l'infortunio da referto del Pronto Soccorso Ospedaliero, fino alla concorrenza di € 3.000;
- in caso di intervento riparatore del danno estetico per la chirurgia plastica, fino a € 5.000 per sinistro, purché l'infortunio sia provato da documentazione medica e l'intervento avvenga entro due anni dal giorno dell'infortunio.

Le spese indicate al presente articolo sono rimborsate fino alla concorrenza del 80% delle spese effettivamente sostenute, restando a carico dell'Assicurato uno scoperto del 20% con il minimo di € 75 e fino alla concorrenza del 50% del massimale assicurato. Sono comunque escluse le spese per le specialità medicinali e i farmaci.
Qualora le spese stesse siano a carico del Servizio Sanitario Nazionale e l'Assicurato sostenga le spese relative ai ticket, la Società rimborsa il corrispondente costo, senza applicazione dello scoperto.

Esempio di scoperto con il minimo:

- Importo della prestazione effettuata in assenza di ricovero e indennizzabile pari a € 1000
- Scoperto 20%, minimo € 75

➔ Importo scoperto che rimane a carico dell'Assicurato: lo scoperto ammonta al 20% del danno, ovvero € 1.000*20% = € 200.
Poiché lo scoperto del 20% (€ 200) è maggiore del minimo previsto (€ 75), l'importo liquidato dunque è dato da € 1.000 - € 200 = € 800

6.4.3 VIOLENZA FISICA, VIOLENZA SESSUALE O STALKING

Qualora l'Assicurato subisca comprovata violenza fisica, violenza sessuale o stalking da parte di terzi, compresi coniuge o convivente e familiari, la Società, in accordo con l'Assicurato, rimborsa i costi relativi all'assistenza prestata da uno psicologo o da uno psicoterapeuta per l'attuazione di un trattamento specialistico finalizzato alla cura del trauma psichico subito.
La Società rimborsa le spese relative alle visite dello psicologo ed alle sedute di psicoterapia, previa presentazione di regolare fattura, fino al limite del 10% della somma assicurata, con il minimo di euro 1.000.
La garanzia è operante solo se il trattamento specialistico viene iniziato entro i 60 giorni successivi alla proposizione della querela da parte della persona offesa, o entro i 180 giorni successivi all'avvio delle attività da parte delle Autorità competenti nei casi di procedibilità di ufficio.

6.5 RENDITA VITALIZIA (A SEGUITO DI INFORTUNIO)

Se l'infortunio determina una invalidità permanente accertata pari o maggiore del 60% della totale, la Società - mediante una polizza Vita - assicura il pagamento di una rendita vitalizia rivalutabile dell'importo iniziale lordo annuo indicato nella scheda di polizza.
Il grado di invalidità è sempre accertato con riferimento ai valori ed ai criteri indicati nell'Allegato 2 (tabelle INAIL), riportato nelle presenti Condizioni di Assicurazione.
L'effetto della polizza Vita è 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 trascorsi 12 mesi dall'effetto della polizza Vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

6.6 GARANZIE AGGIUNTIVE SEZIONE INFORTUNI

Tali garanzie sono sempre operanti in caso di acquisto di una garanzia della Sezione Infortuni.

6.6.1 INDENNIZZO FORFETTARIO PER CONTAGIO DA VIRUS H.I.V.

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile a termini di polizza e comprovata da referto della prestazione di Pronto Soccorso o da cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo di euro 10.000.

6.6.2 INDENNIZZO FORFETTARIO PER MANCATA FREQUENZA AI CORSI DI ISTRUZIONE

Qualora l'Assicurato - studente di età non superiore ai 25 anni, in conseguenza di infortunio, non sia in condizione di frequentare i corsi di istruzione per 60 giorni consecutivi, la Società corrisponde un indennizzo di euro 1.000 per favorire il recupero della preparazione scolastica.

7. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO

7.1 AMBITO DI COPERTURA

La Società assicura contro gli infortuni professionali ed extraprofessionali le persone indicate nella scheda di polizza, fatta salva la disciplina relativa ai rischi sportivi di cui all'art. 7.3. Limitatamente a determinate professioni, l'Assicurato può scegliere, specificando l'opzione sulla scheda di polizza, di limitare l'operatività delle garanzie della presente Sezione e delle garanzie: Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio, Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni), Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni) della Sezione Indennitarie, scegliendo una delle seguenti opzioni:

7.1.1 LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AI SOLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

Se richiamata la relativa condizione particolare in scheda di polizza le garanzie valgono esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione od interruzione del rapporto di lavoro la garanzia rimarrà operante sino al 15° giorno dalla data di cessazione o interruzione per gli stessi capitali indicati in polizza. Trascorso tale termine e fin tanto che l'Assicurato non abbia ripreso il normale rapporto di lavoro o instaurato altro rapporto di lavoro alle dipendenze di terzi con orario fisso, la garanzia si intende prestata per somme ridotte del 40%.
L'Assicurato si impegna a denunciare alla Società tutti gli infortuni che - anche se esplicitamente esclusi dalla garanzia - comportino una invalidità permanente.

7.1.2 LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AI SOLI INFORTUNI PROFESSIONALI

Se richiamata la relativa condizione particolare in scheda di polizza le garanzie valgono esclusivamente per gli infortuni che dovessero verificarsi nello svolgimento delle attività professionali specificate nella scheda di polizza.
È escluso il rischio "in itinere".
L'Assicurato si impegna a denunciare alla Società tutti gli infortuni che - anche se esplicitamente esclusi dalla garanzia - comportino una invalidità permanente.

7.1.3 LIMITAZIONE DELLA GARANZIA AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI COMPRESO IL RISCHIO IN ITINERE

Se richiamata la relativa condizione particolare in scheda di polizza le garanzie valgono esclusivamente per gli infortuni che dovessero verificarsi:
- nello svolgimento delle attività professionali specificate nella scheda di polizza;
- durante il tempo necessario a compiere il tragitto, anche con l'uso di mezzi di locomozione, dall'abitazione dell'Assicurato al luogo di lavoro e viceversa, comunque verificatisi entro due ore dall'inizio o dal termine dell'orario di lavoro.

L'Assicurato si impegna a denunciare alla Società tutti gli infortuni che - anche se esplicitamente esclusi dalla garanzia - comportino una invalidità permanente.

7.2 RISCHI ASSICURATI CON PARTICOLARI DELIMITAZIONI

L'assicurazione comprende anche gli infortuni subiti:
a) in conseguenza di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; stato di malore o incoscienza; atti di terrorismo, tumulti popolari purchè l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva; atti di temerarietà compiuti per dovere di solidarietà umana o per legittima difesa;
b) 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 è valida per polizze di durata non inferiore all'anno ed opera per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità.

c) a causa di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, trombe d'aria e uragani. Se l'infortunio si verifica in Italia, nella Repubblica di San Marino o nello Stato del Vaticano, l'indennizzo è ridotto del 50%;
d) in stato di ubriachezza accertata, esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione. Si conviene che l'ubriachezza sussiste quando l'alcolemia accertata risulti pari o superiore a 1 grammo per litro.

Sono considerati infortuni anche:
- l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole o di calore o di freddo, le embolie conseguenti ad immersioni subacquee con autorespiratore;
- 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.

7.3 RISCHI SPORTIVI

Le garanzie della presente Sezione e le garanzie Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio, Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni), e Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni) della Sezione Indennitarie sono operanti durante la pratica di ogni disciplina sportiva svolta a titolo non professionistico con le modalità indicate di seguito.

A L'indennizzo è corrisposto:
1. al 50% e sulla garanzia Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio, se presente, la franchigia è elevata di cinque giorni oltre a quelli pattuiti contrattualmente qualora l'infortunio si verifichi durante:
   - la pratica di alpinismo oltre al 5° grado della scala di valutazione della difficoltà U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), sci alpinismo per i gradi di difficoltà O.S. (Ottimo Sciatore) e O.S.A. (Ottimo Sciatore Alpinista); immersioni subacquee con autorespiratore (compresi i casi di embolia), rafting o canoa o idrospeed in tratti caratterizzati da rapide, surf e kitesurf;
   - la partecipazione a gare – e relativi allenamenti o prove - organizzate dalle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva riconosciute dal C.O.N.I. di: calcio, calcio a 5 (e simili), judo, karate e arti marziali in genere, ciclismo, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano, hockey, sci, snowboard, sport equestri.
2. al 70% qualora l'infortunio si verifichi durante la pratica di:
   calcio, calcio a 5 (e simili), judo, karate e arti marziali in genere, pallacanestro, pallavolo, rugby, football americano, hockey, sci, snowboard, sport equestri, nei casi in cui le attività di cui al presente punto siano praticate al di fuori dell'egida delle competenti Federazioni o Enti di promozione sportiva.

B La garanzia non vale comunque per gli infortuni derivanti da:
- pratica di paracadutismo e sport aerei in genere (deltaplani, ultraleggeri e simili);
- pratica a titolo professionistico di sport in genere;
- partecipazione a gare e/o prove motoristiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
- partecipazione a imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- pratica di pugilato, speleologia, salto dal trampolino con sci, sci di velocità, sci acrobatico, idroscì, snowboard acrobatico, bob-slittino-skeleton praticati su pista, alpinismo o free climbing, in solitaria o in territorio extra-europeo.
  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.

Per le attività sportive assimilabili a quelle riportate alla lettera B, ma non specificatamente indicate, sarà utilizzato il criterio analogico con riferimento alla più simile tra le attività sportive elencate.

7.3.1 ESTENSIONE RISCHI SPORTIVI

Se richiamata la relativa condizione particolare in scheda di polizza, a parziale deroga di quanto stabilito all'Art. 7.3 lettera A) delle Condizioni di Assicurazione, le percentuali di indennizzo riportate ai punti 1 e 2 si intendono elevate al 100%.
La tabella INAIL di cui all'art. 6.2.1B) non è operante anche se richiamata in scheda di polizza.

8. CHE COSA NON È ASSICURATO

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, A.I.D.S. o sindromi correlate, o dalle seguenti malattie neuropsichiche: patologie cerebrali su base organica, psicosi in genere ed altri disturbi comportanti alterazioni cognitive.
L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.
Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il premio medesimo, al netto dell'imposta, verrà restituito dalla Società.

Avviso per gli Assicurati
LIMITI DI ETÀ
Si avvisa che alla scadenza dell'annualità successiva al compimento di 80 anni la Società potrà procedere ad esercitare il recesso contrattuale.

La Società non indennizza gli infortuni derivanti da:

A. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
B. guida di veicoli in stato di ubriachezza, ovvero quando l'alcolemia accertata risulti pari o superiore a 1 grammo per litro;
C. atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
D. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
E. guerre ed insurrezioni in genere salvo quanto previsto all'art. 7.2 lettera c);
F. guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore, salvo il caso di guida con patente scaduta o di guida senza permesso internazionale dove necessario (c.d. patente internazionale), a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo o per il rilascio del permesso;
G. operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessari da infortunio;

La Società non indennizza altresì gli infortuni subiti dall'Assicurato alla guida di aeromobili o in qualità di 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.
Sono comunque esclusi gli infarti e le ernie, salvo quanto previsto all'Art. 10.2.
Sono inoltre confermate le esclusioni di cui all'art. 7.3 lettera B.

9. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Garanzia	Scoperto e/o franchigia
Invalidità Permanente	Franchigia 3% Franchigia 5% Esente franchigia sul 30% del capitale assicurato (fino ad un massimo di € 100.000) Esente franchigia sul 20% del capitale (fino ad un massimo di € 50.000) Tabella Italiana (% variabile in base al grado di Invalidità accertato)
Invalidità Permanente Grave	Franchigia 25%
Rimborso Spese di Cura	Scoperto 20% con il minimo di € 75 per spese successive al ricovero o in assenza di ricovero.
Rendita Vitalizia (a seguito di infortunio)	Franchigia 59%

10. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

I criteri ivi descritti sono validi soltanto per le garanzie scelte dall'Assicurato e indicate nella scheda di polizza.

10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La garanzia è operante purché la Morte, l'Invalidità Permanente, la Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio, la Diaria da Ricovero (limitata ai soli infortuni), la Diaria Post Ricovero (limitata ai soli infortuni) o le altre prestazioni rimborsabili si siano verificate entro due anni dal giorno dell'infortunio, anche se successivamente alla scadenza del contratto. 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;
- con particolare riferimento alla garanzia Invalidità Permanente, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già menomati, le percentuali di cui alla tabella indicata all'art. 6.2.1 o, se resa operante, quella richiamata nell' Allegato 2, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

10.2 LESIONI SPECIALI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società corrisponde gli indennizzi forfettari sottoelencati a condizione che le lesioni subite siano conseguenti ad infortunio.

A) MENOMAZIONI VISIVE ED UDITIVE

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 6.2.1 lettera A), o B) se richiamata nella scheda di polizza, in caso di menomazioni visive ed uditive la valutazione del grado di invalidità permanente sarà effettuata senza tenere conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi; il grado di invalidità permanente così determinato verrà convenzionalmente diminuito del 30%.

B) LESIONI TENDINEE

Relativamente agli esiti di rottura sottocutanea, intesa come lesione di un tendine avvenuta, a differenza delle lesioni da taglio, senza interruzione o sezione del mantello cutaneo sovrastante, di:

- tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;

la Società, derogando ai criteri di indennizzabilità per la sola garanzia Invalidità Permanente, riconosce un grado di invalidità pari al 3% con il massimo di euro 7.000, qualsiasi sia la tabella di valutazione dell'invalidità, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste, conseguentemente non sarà riconosciuto altro indennizzo, relativo alla Sezione Infortuni, alla Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio o relativo alla Sezione Indennitarie qualora limitata ai soli infortuni, anche se garantite. Questa estensione non è operante per la garanzia Invalidità Permanente Grave di cui all'art. 6.3.

C) ERNIE

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 8, relativamente alle ernie addominali (inguinali, crurali, linea alba) e discali, che comportino ricovero o intervento chirurgico, la Società corrisponde una diaria di € 100 per ogni pernottamento in struttura sanitaria o giorno di degenza in day hospital/day surgery, con il minimo di € 500 per sinistro. La diaria suindicata sostituisce tutte le garanzie eventualmente previste.
Le ernie addominali e discali che non comportino ricovero o intervento chirurgico non danno luogo ad alcun indennizzo.

D) INDENNIZZI FORFETTIZZATI

Indipendentemente dalla tabella utilizzata per la valutazione dell'invalidità permanente, sia essa quella contrattuale prevista all'Art. 6.2.1 o quella prevista nell'Allegato 2 (tabelle INAIL), si conviene che in caso di infortunio indennizzabile ai sensi contrattuali con:

- esiti da lesione di uno o più menischi dell'arto interessato verrà riconosciuto un grado di invalidità permanente del 3% con il massimo di euro 5.000, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste;
- esiti da lesione alla cuffia dei rotatori della spalla interessata verrà riconosciuto un grado di invalidità permanente del 2% con il massimo di euro 5.000, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste.
- esiti di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione del movimento del capo e del collo verrà riconosciuto un grado di invalidità permanente del 1% con il massimo di euro 2.000, senza applicazione delle franchigie eventualmente previste.

Per i suddetti eventi non sarà riconosciuto altro indennizzo oltre al presente forfait, relativo alla Sezione Infortuni, alla Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio o relativi alla Diaria da Ricovero (limitata ai soli infortuni) e alla Diaria Post Ricovero (limitata ai soli infortuni), anche se garantite.

10.3 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO

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 da parte dell'Assicurato e deve essere trasmessa entro 10 giorni dal sinistro, con avviso scritto, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società.
Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni.
L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.
Per ottenere il rimborso delle spese di cura l'Assicurato deve presentare i documenti di spesa in originale (fiscalmente regolari e quietanzati) e la documentazione medica. La liquidazione viene effettuata a cura ultimata. Qualora intervenga il Servizio Sanitario Nazionale o altra assicurazione privata, detti originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione del contributo erogato dal Servizio Sanitario Nazionale o delle spese rimborsate dall'assicuratore privato.
L'Assicurato deve consentire alla visita dei medici della Società ed a qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, sciogliendo dal segreto professionale nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso.

La Società, a richiesta, restituisce i certificati originali, previa apposizione della data di avvenuta liquidazione.
In caso di morte dell'Assicurato, i beneficiari devono presentare:

- documentazione medica, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero;
- copia del referto autoptico o del riscontro diagnostico, se eseguiti;
- certificato di morte;
- stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- certificato di non gravidanza della vedova, se in età fertile;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- decreto del Giudice Tutelare qualora fra i beneficiari vi siano minorenni, che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro, nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Relativamente alla garanzia di cui all'art. 6.4.3 le garanzie sono prestate a condizione che l'Assicurato:

1. sporga formale e regolare denuncia o, laddove necessario per la perseguibilità, denuncia-querela alle Autorità competenti nei termini stabiliti dalla Legge e, in caso di stalking, vi segua costituzione di parte civile;
2. presenti alla Società regolari documenti di diagnosi rilasciati da struttura ospedaliera (ad esclusione dell'evento di stalking).

Ai fini dell'inoltro della denuncia alle Autorità Giudiziarie e per la richiesta di erogazione delle garanzie previste dalla presente polizza, si ritiene valida in ogni caso anche il supporto e la rappresentanza (purché autorizzata dall'Assicurato mediante delega scritta) di un'Associazione di genere con funzioni specifiche ed idonee di accompagnamento e consulenza. Tale rappresentanza non sostituisce in alcun caso la certificazione delle Autorità e/o degli Enti sanitari.

10.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile a beneficiari, eredi o aventi causa.
Tuttavia, se l'infortunato muore – per cause indipendenti dalle lesioni subite - prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida ai beneficiari:
A l'importo già concordato, o in alternativa,
B l'importo offerto.

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni riportate nell'infortunio denunciato e prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in polizza, la Società liquida ai beneficiari, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 10.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ e 10.3 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO, anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dai beneficiari, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.
La Società corrisponde su richiesta dell'Assicurato un indennizzo a titolo di anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo in caso di invalidità permanente stimata da parte della Società superiore al 25% in base alla documentazione acquisita.
L'Assicurato può richiedere l'anticipo trascorsi 60 giorni dalla guarigione clinica. 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.
Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'euro avverrà applicando il cambio contro Euro, come da rilevazioni della Banca Centrale Europea desunto dalle pubblicazioni sui principali quotidiani economici a tiratura nazionale o, in sua mancanza, quello contro dollaro U.S.A. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.
Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.

SEZIONE MALATTIE

La Società presta le garanzie della presente Sezione se richiamate nella scheda di polizza, per le persone e le somme ivi indicate.

11. CHE COSA POSSO ASSICURARE

11.1 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La garanzia Invalidità Permanente da Malattia è prestata in base alle dichiarazioni, ovvero alle risposte, rese dall'Assicurato nel questionario sanitario, che costituisce parte integrante del contratto.
È necessario che tali risposte risultino quindi precise e veritiere, che non omettano circostanze o informazioni concernenti il proprio stato di salute.
Prima della sottoscrizione del questionario sanitario l'Assicurato verifica l'esattezza delle dichiarazioni riportate nello stesso e può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

La garanzia opera in caso di invalidità permanente:
- determinata da malattia conseguente a situazione patologica insorta successivamente all'effetto dell'assicurazione;
- verificatasi non oltre un anno dalla scadenza del contratto (purché la malattia che la determina sia insorta prima della scadenza del contratto stesso).

La Società assicura il pagamento di un indennizzo fino alla concorrenza della somma assicurata, secondo i criteri stabiliti agli Artt. 14.1 e 14.4.

Fermo restando quanto previsto agli artt. 14.1 e 14.4, si conviene che:
- se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 25% della totale, nessun indennizzo spetta all'Assicurato;
- i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 25% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando alla somma assicurata la percentuale riportata nella tabella sottoindicata, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata.

Grado % di invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare	Grado % di invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare
25	5	56	59
26	8	57	63
27	11	58	67
28	14	59	71
29	17	60	75
30	20	61	79
31	23	62	83
32	26	63	87
33	29	64	91
34	32	65	95
dal 35 al 55	dal 35 al 55	66 e oltre	100

11.2 RENDITA VITALIZIA (A SEGUITO DI MALATTIA)

Se la malattia determina un'invalidità permanente accertata pari o maggiore del 66% della totale, la Società – mediante una polizza Vita – assicura il pagamento di una rendita vitalizia rivalutabile dell'importo iniziale lordo annuo indicato nella scheda di polizza.
L'effetto della polizza Vita è 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 trascorsi 12 mesi dall'effetto della polizza Vita. La rendita sarà corrisposta fintanto che l'Assicurato sarà in vita.

11.3 INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

La garanzia opera esclusivamente in caso di invalidità permanente determinata da ICTUS o INFARTO insorti successivamente all'effetto dell'assicurazione e verificatasi non oltre un anno dalla scadenza del contratto (purché insorti prima della scadenza del contratto stesso).
Premesso che per:

- ICTUS CEREBRALE, di seguito indicato semplicemente con ictus, si intende un accidente cerebrovascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuto all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale.
  Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori non danno diritto ad alcun indennizzo.
  La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., E.E.G. (elettroencefalogramma);
- INFARTO DEL MIOCARDIO, di seguito indicato semplicemente con infarto, si intende la morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.
  La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:
  - ripetuti dolori al torace;
  - cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
  - aumento degli enzimi cardiaci.

  La garanzia vale esclusivamente per Invalidità Permanenti da Malattia, di grado pari o maggiore del 36%, conseguenti a ictus o infarto, insorti successivamente alla data di effetto dell'assicurazione.

Fermo restando quanto previsto agli artt. 14.1 e 14.4, si conviene che:

- se l'invalidità permanente accertata è inferiore al 36% della totale, nessun indennizzo spetta all'Assicurato;
- i casi di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 36% della totale, danno diritto ad un indennizzo calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella tabella sottoindicata, in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata

Grado % di invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare
dal 36 al 55	dal 36 al 55
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83
63	87
64	91
65	95
66 e oltre	100

12. CHE COSA NON È ASSICURATO

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, A.I.D.S. o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.
Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il premio medesimo, al netto dell'imposta, verrà restituito dalla Società.

Avviso per gli Assicurati
LIMITI DI ETÀ
Si avvisa che alla scadenza dell'annualità successiva al compimento di 65 anni la Società potrà procedere ad esercitare il recesso contrattuale.

La garanzia non opera per le invalidità permanenti:
A. preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
B. determinate da malattie conseguenti a situazioni patologiche insorte prima dell'effetto dell'assicurazione.
La garanzia non comprende, inoltre, le invalidità permanenti conseguenti a:
C. alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci;
D. patologie psichiatriche, disturbi psichici e loro conseguenze;
E. trattamenti estetici, prestazioni aventi finalità dimagranti e fitoterapiche;
F. sieropositività da virus H.I.V.
G. atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato; conseguenti a partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (a titolo esemplificativo: spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
H. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapiche;
I. guerre, insurrezioni;
J. malformazioni o difetti fisici preesistenti all'effetto dell'assicurazione;
K. movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano.

13. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI

Garanzia	Scoperto e/o franchigia	Regole di abbinamento/cumuli
Invalidità Permanente	24%	
Invalidità Permanente da ictus o infarto	35%	Acquistabile in aggiunta alla garanzia Invalidità Permanente. Alternativa alla garanzia Rendita Vitalizia (a seguito di malattia).
Rendita Vitalizia (a seguito di malattia)	65%	Acquistabile in aggiunta alla garanzia Invalidità Permanente. Alternativa alla garanzia Invalidità Permanente da Ictus o Infarto .

14. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

14.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

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 senza considerare le invalidità, conseguenti alle singole malattie, di grado inferiore al 10% della totale. Dall'indennizzo spettante per il grado di invalidità permanente così accertato viene detratto l'importo corrisposto per le invalidità permanenti precedentemente liquidate.
Il grado di invalidità permanente indennizzabile a seguito di uno o più sinistri, non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.
Il grado di invalidità permanente viene valutato in un periodo compreso fra 6 e 18 mesi dalla data denuncia della malattia e della certificazione medica attestabile il grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata e applicando la tabella riportata nell'Allegato 2 (tabelle INAIL).
Nei casi di invalidità permanente non previsti dalla suddetta tabella, la valutazione è concordata tra il Medico dell'Assicurato e il Consulente Medico della Società che terranno 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.
Ove, a giudizio sia del Medico dell'Assicurato sia del Consulente Medico della Società, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente la prognosi della malattia denunciata e qualora l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene 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.

14.2 DENUNCIA DEL SINISTRO - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per avere diritto alle prestazioni offerte dalla polizza l'Assicurato 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.
- 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 nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato;
- fornire alla Società, trascorsi 180 giorni ma non oltre 18 mesi dalla data della denuncia, certificato di guarigione o equivalente, per l'attestazione del grado di invalidità permanente direttamente ed esclusivamente residuato dalla malattia denunciata.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.
Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

14.3 DATA DEL SINISTRO

Per "data del sinistro" si intende il giorno in cui è stata denunciata la malattia quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa possa comportare una invalidità permanente.

14.4 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La Società, ricevuta la documentazione indicata all'Art. 14.2 e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 25 giorni al pagamento.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile a eredi o aventi causa.
Tuttavia, se l'Assicurato muore - per cause indipendenti dalla malattia denunciata - prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato, o in alternativa,
- l'importo offerto.

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalla malattia denunciata prima che siano stati effettuati gli accertamenti e le verifiche previsti in polizza, la Società liquida agli eredi o aventi causa, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, l'importo offribile se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti dagli artt. 14.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ e 14.2 DENUNCIA DEL SINISTRO – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO anche attraverso l'esame di documentazione prodotta dagli eredi o aventi causa, attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti (a titolo esemplificativo certificato di invalidità INPS/INAIL) corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato ricovero.
Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da Malattia ed Invalidità Permanente da Ictus o Infarto la somma assicurata rappresenta il massimo importo indennizzabile nell'intera durata contrattuale.
Pertanto la sommatoria degli indennizzi, relativi ad invalidità permanenti determinate da una o più malattie, non potrà essere, nell'arco dell'intera durata contrattuale, maggiore della somma assicurata. La corresponsione dell'intera somma assicurata implica, per l'Assicurato che ne ha usufruito, la cessazione della garanzia.
L'indennizzo viene corrisposto in Italia

SEZIONE INDENNITARIE

La Società presta le garanzie della presente Sezione se richiamate nella scheda di polizza, per le persone e le somme ivi indicate.

15. CHE COSA POSSO ASSICURARE

15.1 DIARIA DA RICOVERO

La Società corrisponde la diaria indicata nella scheda di polizza in caso di ricovero reso necessario da infortunio, malattia, donazione organi, parto cesareo e naturale, per un massimo di 90 giorni per sinistro. Per la dialisi il massimo è di 30 applicazioni per anno assicurativo e per Assicurato.
La diaria è raddoppiata dal primo giorno in caso di:

- ricovero di almeno 30 pernottamenti consecutivi;
- grave malattia o intervento di alta chirurgia (elencati nell'Allegato 3), a prescindere dalla durata del ricovero.

Per il pagamento dell'indennizzo si tiene conto del numero dei giorni di ricovero che abbiano previsto pernottamento, se non avvenuti in Day Hospital o Day Surgery.
La presente garanzia è alternativa alla Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni) di cui al successivo articolo.

15.2 DIARIA DA RICOVERO (LIMITAZIONE AI SOLI INFORTUNI)

La Società corrisponde la diaria indicata nella scheda di polizza per ogni pernottamento in caso di ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile ai sensi di polizza per un periodo non superiore a 365 giorni per sinistro.
Per il pagamento dell'indennizzo si tiene conto del numero dei giorni di ricovero che abbiano previsto pernottamento, se non avvenuti in Day Hospital o Day Surgery.
La presente garanzia è alternativa alla Diaria da Ricovero di cui al precedente articolo.

15.3 DIARIA POST RICOVERO

La Società corrisponde la diaria indicata nella scheda di polizza in caso di convalescenza prescritta dal medico curante conseguente a ricovero reso necessario da:

- malattia, donazione organi, parto cesareo e naturale, in tutti i casi a condizione che il ricovero abbia previsto almeno due pernottamenti o, in caso di Day Hospital e Day Surgery, due giorni consecutivi di degenza;
- infortunio, a condizione che il ricovero abbia previsto almeno un pernottamento o, in caso di Day Hospital e Day Surgery, un giorno di degenza;
- neoplasia maligna (escluso cancro in situ) indipendentemente dalla durata del ricovero.

La diaria è corrisposta con riferimento al periodo di convalescenza, successivo alla dimissione dalla struttura sanitaria, nel quale l'Assicurato sia impedito a svolgere le sue normali occupazioni lavorative, secondo i seguenti criteri:

- integralmente per 2/3 del periodo di convalescenza e con il massimo di 120 giorni per sinistro;
- al 50% per il restante 1/3 del periodo di convalescenza e con il massimo di 60 giorni per sinistro.

Qualora la convalescenza complessiva si protragga oltre il 40° giorno successivo alla dimissione dalla struttura sanitaria, l'Assicurato può richiedere il pagamento dell'indennizzo maturato al termine di ciascun mese.
La presente garanzia vale per le convalescenze in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.
La presente garanzia è alternativa alla Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni) di cui al successivo articolo.

15.4 DIARIA POST RICOVERO (LIMITAZIONE AI SOLI INFORTUNI)

Qualora l'Assicurato a seguito di ricovero, che comporti almeno un pernottamento, conseguente a infortunio indennizzabile ai sensi di polizza, debba trascorrere un periodo di convalescenza domiciliare che gli impedisca totalmente di svolgere la sua normale attività (inabilità totale documentata da certificato medico), verrà corrisposta una diaria nella misura indicata in polizza per un periodo massimo di 60 giorni per sinistro. Ai fini del computo dell'indennità post-ricovero il primo e l'ultimo giorno di inabilità temporanea totale si considerano giorno unico.
La presente garanzia è alternativa alla Diaria Post Ricovero di cui al precedente articolo.

15.5 DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE

La Società corrisponde la diaria indicata nella scheda di polizza, nel caso in cui un infortunio indennizzabile ai sensi contrattuali comporti immobilizzazione, alle seguenti condizioni:

- se l'immobilizzazione, dovuta dall'applicazione di un qualsiasi mezzo di contenzione, è resa necessaria da una frattura o da una lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale) diagnosticata in ambiente ospedaliero o da un medico ortopedico, la Società corrisponde, a partire dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato, la diaria assicurata per un massimo di 90 giorni per sinistro dietro presentazione di documentazione medica.
- Il periodo di corresponsione viene limitato a 50 giorni negli eventi di immobilizzazione fisica comportante la totale incapacità ad attendere alle proprie occupazioni, in caso di frattura ossea certificata da Ente Ospedaliero alla quale non venga applicato alcun mezzo di contenzione.
- Il periodo di corresponsione viene invece limitato a 35 giorni qualora la cura della frattura o della lesione articolare (capsulare, legamentosa, meniscale) venga effettuata chirurgicamente con applicazione di mezzi di sintesi interni, con presidi dinamici o comunque senza necessità o possibilità di immobilizzazione; in casi differenti da quelli di cui al precedente comma, come da diagnosi ospedaliera o di un medico specialista ortopedico.
- Se l'immobilizzazione è invece resa necessaria da una distorsione, senza lesione dei legamenti o di altre strutture articolari, certificata da Ente Ospedaliero e sempreché duri per almeno 20 giorni consecutivi, la Società riconosce un indennizzo forfettario pari a 10 volte la diaria assicurata.

La garanzia non è comunque operante in caso di applicazione di collari ortopedici a seguito di distorsione o contusione del rachide cervicale. Se l'immobilizzazione si verifica quando l'Assicurato si trovi in territorio extraeuropeo, l'indennizzo spetta soltanto per il periodo di degenza documentata in struttura sanitaria; permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato alla Società entro tre giorni, pena la decadenza del diritto all'indennizzo corrispondente.

15.6 DIARIA PER INABILITA' TEMPORANEA DA INFORTUNIO

Se un infortunio indennizzabile ai sensi di polizza ha per conseguenza un periodo di inabilità temporanea, durante il quale l'Assicurato sia impedito a svolgere le sue normali occupazioni, la Società liquida la diaria assicurata.
La liquidazione dell'indennizzo avverrà applicando le seguenti franchigie:

- 5 giorni sull'intera somma assicurata prevista in polizza, qualora non sia superiore a euro 50;
- 10 giorni sull'intera somma assicurata prevista in polizza per importi oltre euro 50 e fino a euro 80;
- 15 giorni sull'intera somma assicurata per importi oltre euro 80.

In caso di ritardo della denuncia l'indennità per inabilità decorre dal giorno successivo a quello della denuncia. Si rinvia a quanto previsto all'Art. 18.3.
La franchigia decorre dal giorno successivo a quello della denuncia stessa, restando inteso che l'indennità per Inabilità da Infortunio sarà corrisposta a partire dal giorno seguente al compimento della franchigia; resteranno esclusi dal pagamento i casi guariti entro il periodo stesso.
Si conferma l'operatività di quanto stabilito per i rischi sportivi all'Art. 7.3 lettera A, nonché dei criteri di indennizzabilità di cui all'Art. 10.1.
Se l'inabilità temporanea si verifica quando l'Assicurato si trovi in territorio extraeuropeo, l'indennizzo spetta soltanto per il periodo di degenza documentata in Struttura Sanitaria; permanendo lo stato di inabilità al rientro in Europa, questo deve essere comunicato alla Società entro tre giorni, pena la decadenza del diritto all'indennizzo corrispondente.

15.6.1 METODO DI LIQUIDAZIONE

La diaria è corrisposta:
- integralmente per 2/3 del periodo di inabilità e con il massimo di 240 giorni per sinistro;
- al 50% per il restante 1/3 del periodo di inabilità e con il massimo di 120 giorni per sinistro.

Se richiamata la condizione particolare DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO - LIQUIDAZIONE TOTALE in scheda di polizza la diaria è corrisposta integralmente per tutto il periodo certificato indipendentemente dalla totale o parziale incapacità lavorativa dell'Assicurato con il massimo di 360 giorni per sinistro.

15.7 DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA

La Società corrisponde la diaria indicata nella scheda di polizza per ogni giorno di malattia nel quale l'Assicurato sia impedito a svolgere totalmente le sue normali occupazioni lavorative.
La Diaria è corrisposta a partire dall'11° giorno di malattia, regolarmente denunciata e documentata con certificazione medica, per un massimo di 180 giorni consecutivi.
La presente garanzia vale esclusivamente per i periodi di inabilità trascorsi in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato del Vaticano.



Esempio di applicazione di franchigia espressa in giorni:
- Giorni di inabilità certificati 40
- Diaria assicurata € 50
- Il danno indennizzato sarà di € 1.500 ottenuto con il seguente conteggio:
  40 giorni di inabilità meno 10 giorni di franchigia = 30 giorni indennizzabili da moltiplicare per l'importo della Diaria Inabilità Temporanea da Malattia, nell'esempio pari a € 50.

16. CHE COSA NON È ASSICURATO

16.1 ESCLUSIONI

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenze e loro conseguenze, A.I.D.S. o sindromi correlate. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.
Non costituisce deroga a quanto sopra stabilito l'eventuale incasso del premio dopo che si siano verificate le condizioni ivi previste; il premio medesimo, al netto dell'imposta, verrà restituito dalla Società.

Avviso per gli Assicurati
LIMITI DI ETÀ
Si avvisa che alla scadenza dell'annualità successiva al compimento di:
- 75 anni per Diaria da Ricovero e Diaria Post Ricovero a seguito di infortunio o malattia;
- 70 anni per Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia;
- 80 anni per Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni), e Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni), Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio e Diaria da Immobilizzazione,

la Società potrà procedere ad esercitare il recesso contrattuale.

La Società rinuncia, al momento della stipulazione della polizza, a richiedere all'Assicurato dichiarazioni relative al suo stato di salute, ma non presta le garanzie previste in polizza per:
A. conseguenze di:
   - infortuni occorsi prima dell'effetto dell'assicurazione;
   - malattie diagnosticate e/o che abbiano resi necessari cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'assicurazione;

B. infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere e dalla partecipazione a gare e/o prove motoristiche, compresi i liberi accessi a circuiti;
C. infortuni derivanti da stato di ubriachezza accertata, ovvero quando l'alcolemia accertata risulti pari o superiore a 1 grammo per litro; ricoveri determinati da alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o allucinogeni e/o psicofarmaci;
D. stati patologici preesistenti di cui alla lettera A;
E. malformazioni o difetti fisici;
F. conseguenze di:
   - 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 ed insurrezioni;
   - movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche verificatisi in Italia, Repubblica di San Marino, Stato del Vaticano;

G. patologie psichiatriche e disturbi psichici e loro conseguenze;
H. prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasia o da infortunio), prestazioni aventi finalità dimagranti e fitoterapiche;
I. check-up di medicina preventiva;
J. interventi chirurgici per la correzione di ametropie e di presbiopia;
K. paradontopatie, cure e protesi dentarie o ortodontiche;
L. aborto volontario non terapeutico;
M. infertilità, sterilità, impotenza;
N. sieropositività da virus H.I.V.

16.2 DECORRENZA DELLA GARANZIA

La garanzia decorre dalle ore 24:
a) del giorno di effetto del contratto per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
b) del 300° giorno successivo a quello di effetto del contratto per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio (a meno che non si dimostri che la gravidanza ha avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione);
c) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie.

In caso di ricovero o di inabilità verificatisi in uno dei periodi di tempo suindicati, non verrà corrisposto alcun indennizzo, anche se il ricovero o l'inabilità siano proseguiti oltre.

16.3 CLAUSOLA DI SOSTITUZIONE

Qualora la polizza sia emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra analoga in essere con la Società:
- le disposizioni all'Art. 16.1 lettera A si applicano agli Assicurati eventualmente non previsti nel contratto sostituito e, per gli altri e fino alla scadenza del contratto sostituito ma non oltre la scadenza del sostituente, alle maggiori somme assicurate o alle diverse garanzie prestate dalla presente Sezione.
  Oltre il termine dell'eventuale durata residua del contratto sostituito, la Società riconoscerà un indennizzo pari al 50% di quello calcolato a termini del contratto sostituente per le conseguenze ricadute o recidive di infortuni occorsi prima dell'effetto della presente polizza e di malattie diagnosticate che abbiano reso necessari cure mediche o esami clinici prima dell'effetto dell'assicurazione della presente polizza, ma rientranti in garanzia secondo la disciplina della polizza sostituita;
- relativamente agli stessi Assicurati i termini di cui all'Art. 16.2 operano per le maggiori somme assicurate e per le diverse garanzie prestate dalla presente Sezione.

17. TABELLA RIASSUNTIVA DI LIMITI, FRANCHIGIE E/O SCOPERTI



Garanzia	Scoperto e/o franchigia	Regole di abbinamento/cumuli
Diaria da Ricovero		Alternativa alla garanzia Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni).
Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni)		Alternativa alla garanzia Diaria da Ricovero.
Diaria Post Ricovero		Alternativa alla garanzia Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni). Acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Diaria da Ricovero.
Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni)		Alternativa alla garanzia Diaria Post Ricovero. Acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni).
Diaria da Immobilizzazione		Se da sola può essere acquistata in abbinamento alla Sezione Infortuni.

Garanzia	Scoperto e/o franchigia	Regole di abbinamento/cumuli
Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio	▪ 5 giorni sull'intera somma assicurata prevista in polizza, qualora non sia superiore a euro 50; ▪ 10 giorni sull'intera somma assicurata prevista in polizza per importi oltre euro 50 e fino a euro 80; ▪ 15 giorni sull'intera somma assicurata per importi oltre euro 80.	Acquistabile solo in abbinamento con la Sezione Infortuni.
Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia	10 giorni	Acquistabile solo in abbinamento alla garanzia Diaria da Ricovero.

18. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

18.1 LIMITE DI INDENNIZZO

Fermo quanto previsto agli Artt. 15.3 - 15.5 - 15.7 , relativamente alle Diarie:
- Post Ricovero;
- da Immobilizzazione;
- Inabilità Temporanea da Malattie,

il massimo esborso annuo per ogni assicurato non potrà superare il limite di euro 25.000.

18.2 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

L' Assicurato deve:
- sottoporsi, anche in fase di ricovero, agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società o dai suoi incaricati;
- fornire alla stessa ogni informazione;
- produrre la documentazione medica del caso sciogliendo dal segreto professionale nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato o curato.

Qualora per lo stesso rischio siano stipulate altre assicurazioni, l'Assicurato deve altresì dare avviso del sinistro a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

18.3 DENUNCIA DEL SINISTRO

Per tutte le garanzie della presente Sezione, entro 10 giorni dalla data del sinistro (individuata come all'Art. 18.4) l'Assicurato deve darne avviso scritto, allegando alla denuncia di sinistro la certificazione medica sulla natura della patologia o delle lesioni e relativa prognosi.
Se la denuncia si riferisce ad un infortunio, la stessa deve contenere la descrizione dell'evento, 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 da parte dell'Assicurato.
In caso di ricovero deve fornire copia della cartella clinica completa.
Per la garanzia Diaria da Immobilizzazione, la natura della lesione, la relativa immobilizzazione e la sua durata devono essere provati da cartella clinica o da documento equivalente rilasciato dalla struttura sanitaria o dal medico che ha

effettuato l'intervento; la permanenza continuativa a letto a seguito di frattura e le lesioni distorsive articolari senza interessamento dei legamenti devono essere certificate da Ente Ospedaliero Pubblico.
Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.
Per le garanzie Diaria Post Ricovero, Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia e Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio, l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso della malattia o dell'infortunio. I certificati medici dovranno essere rinnovati alle successive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.
Se la denuncia viene fatta in ritardo il conteggio dei giorni di inabilità decorre dal giorno della denuncia stessa.
La denuncia di sinistro e relativa documentazione deve essere trasmessa a seconda della garanzia interessata:
a Blue Assistance in caso di:
- Diaria da Ricovero
- Diaria Post Ricovero
- Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia

Blue Assistance
ha sede a Torino (c.a.p. 10122) in Via Santa Maria n° 11 e risponde ai numeri telefonici:

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

all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società in caso di:
- Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni)
- Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni)
- Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio
- Diaria da Immobilizzazione

18.4 DATA DEL SINISTRO

Fermo quanto previsto all'Art. 16.2 per "data del sinistro" si intende:
- per le garanzie Diaria da Ricovero, Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni), Diaria Post Ricovero e Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni) la data in cui si è verificato il ricovero o l'intervento chirurgico;
- per la garanzia Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio e Diaria da Immobilizzazione, la data di accadimento dell'infortunio;
- per la garanzia Diaria per Inabilità Temporanea da Malattia, il primo giorno di inabilità documentato da certificazione medica.

18.5 LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

La Società o Blue Assistance ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.
Le spese per i certificati restano a carico dell'Assicurato.

SEZIONE ASSISTENZA

All'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito di malattia o di infortunio verificatosi durante il periodo di validità della polizza o che necessiti di informazioni in ambito sanitario, Blue Assistance, società di servizi specializzata nel settore sanitario, offre le seguenti prestazioni di assistenza.
Per poterne usufruire l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, funzionante 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, attivabile con le seguenti modalità:

- Recapiti telefonici

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

- posta elettronica: assistenza@blueassistance.it

COMUNICANDO:

- le proprie generalità
- il numero di polizza
- il tipo di assistenza richiesta
- il numero di telefono del luogo di chiamata e l'indirizzo, anche temporaneo.

19. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La Società presta le garanzie della presente Sezione se richiamate nella scheda di polizza, per le persone ivi indicate.

19.1 ASSISTENZA STANDARD

✓ **Trasporto in autoambulanza**
Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, richieda un trasporto in autoambulanza dal luogo in cui si trova al Pronto Soccorso Pubblico o ad una struttura sanitaria oppure da questi luoghi alla sua residenza, la Centrale Operativa, nel caso che i propri medici lo valutino necessario, provvede all'invio.
La prestazione opera fino alla concorrenza di euro 500 per sinistro.

✓ **Invio di un infermiere a domicilio**
Qualora l'Assicurato, al momento della dimissione da una struttura sanitaria richieda, in quanto certificato nella cartella clinica di dimissione, l'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 euro 500 per sinistro.

✓ **Invio di un medico generico**
Qualora l'Assicurato richieda una visita medica urgente 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 di guardia lo valutino necessario, provvede ad inviare un medico.
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 in una struttura sanitaria mediante autovettura, autoambulanza o altri mezzi adatti alla circostanza.

19.2 ASSISTENZA DA INFORTUNIO

✓ **Fornitura di attrezzatture medico chirurgiche**

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di una o più delle seguenti attrezzature medicochirurgiche:

- 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 euro 300 per sinistro, a fronte di presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

La garanzia è operante esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nella Città del Vaticano.

✓ **Invio di una collaboratrice domestica**

Qualora, a seguito di infortunio, 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, 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 30 ore per sinistro.

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

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato, o qualsiasi altra persona che agisca in sua vece, deve comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione con 3 giorni di anticipo.

✓ **Servizio spesa a domicilio**

Qualora l'Assicurato venga a trovarsi in uno stato di non autosufficienza presso la propria residenza, a seguito di infortunio che comporti una permanenza a letto o una situazione di forte disagio – certificati da prescrizione medica – la Centrale Operativa per un periodo di 30 giorni successivi al sinistro, provvede a garantire la consegna a domicilio di generi alimentari e/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'organizzazione del servizio, 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.

19.3 ASSISTENZA SANITARIA

✓ **Consigli medici telefonici**

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

✓ **Second opinion**

La Second Opinion è rivolta all'Assicurato affetto da una grave alterazione dello stato di salute per la quale sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico e ritenga opportuno richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica.

L'Assicurato potrà rivolgersi ai medici della Centrale Operativa di Blue Assistance e illustrare il caso clinico per il quale viene richiesta la seconda opinione medica.

Questi forniranno indicazione all'Assicurato su tutta la documentazione che dovrà presentare al suo medico curante (cartella clinica od equipollente, esiti di esami diagnostici, referti di visite specialistiche, immagini radiografiche o quant'altro necessario).

Il medico curante, a suo giudizio, contatterà i medici della Centrale Operativa e, di concerto con loro, valuterà necessità ed appropriatezza della richiesta di Second Opinion.

Nel caso in cui entrambi i medici ritenessero necessaria la Second Opinion, l'Assicurato disporrà l'inoltro, a sue spese e cura, di tutta la suddetta documentazione alla Centrale Operativa di Blue Assistance.

Una volta raccolta e visionata la documentazione, i medici della Centrale Operativa provvederanno a:

- individuare, grazie alla partnership di Blue Assistance con poli scientifico-sanitari di eccellenza, la struttura (ed al suo interno l'équipe medica e gli specialisti) più qualificata e più appropriata per l'esame del caso;
- elaborare eventuali quesiti di approfondimento; trasmettere, tramite la Centrale Operativa, la documentazione alla struttura prescelta.

La struttura, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formulerà una risposta scritta di seconda opinione medica che verrà inviata all'Assicurato, unitamente alla documentazione medica originale da questi precedentemente prodotta, per il tramite della Centrale Operativa di Blue Assistance.

La presente garanzia è fornita dal lunedì al venerdì, dalle ore 9:00 alle ore 18:00, esclusi i festivi infrasettimanali.

✓ **Prelievo di campioni da analizzare**

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato a muoversi dalla propria residenza per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e sia richiesta l'effettuazione presso la sua residenza di un'analisi clinica (esami del sangue, feci, urine ed esami colturali chimico fisici di altre secrezioni biologiche), la Centrale Operativa, compatibilmente con la disponibilità delle locali strutture sanitarie, provvede ad organizzare il prelievo dei campioni d'analizzare, la consegna presso il laboratorio di analisi ed il successivo recapito del referto all'Assicurato stesso.

Nel caso in cui l'esame non possa essere effettuato presso la residenza dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvede ad organizzare, in alternativa ed 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.

✓ **Rientro del convalescente**

Qualora l'Assicurato, nel corso di un viaggio, purché convalescente a seguito di un ricovero, sia impossibilitato a rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto, Blue Assistance, nel caso in cui i propri medici di guardia, d'intesa con i medici curanti sul posto, lo valutino necessario, provvede a:

- organizzare il trasferimento dell'Assicurato alla sua residenza nei tempi e con il mezzo di trasporto che i propri medici di guardia ritengono più idonei alle sue condizioni tra aereo di linea (classe economica), treno (prima classe), autoambulanza od altri mezzi adatti alla circostanza;
- fare assistere l'Assicurato durante il trasferimento da personale medico e/o paramedico se necessario. In caso contrario l'Assicurato verrà accompagnato, compatibilmente con le disponibilità del mezzo di trasporto, da un familiare in viaggio con lui.

✓ **Rientro funerario**

Qualora l'Assicurato deceda nel corso di un viaggio, Blue Assistance provvede ad organizzare il trasporto del corpo fino al luogo d'inumazione, dopo aver adempiuto a tutte le formalità. Il trasporto viene eseguito secondo le norme internazionali in materia.

Restano a carico dei familiari dell'Assicurato le spese di ricerca del corpo, quelle relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. Qualora si renda necessario il riconoscimento del corpo oppure in caso di disposizioni di legge del luogo che ne impediscano il trasporto o se l'Assicurato ha espresso il desiderio d'essere inumato sul posto, Blue Assistance mette a disposizione di un familiare un biglietto d'andata e ritorno in treno (prima classe), in aereo (classe economica) o organizza il viaggio con altro mezzo di trasporto.

20. CHE COSA NON È ASSICURATO

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

A. guerre, insurrezioni, occupazioni militari;
B. eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni ed altri sconvolgimenti della natura;
C. trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazioni di particelle atomiche;
D. atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
E. infortuni derivanti dalla pratica di:
   - sport aerei in genere;
   - partecipazione a gare e/o prove con veicoli o natanti a motore.

Valgono inoltre le specifiche esclusioni o deroghe eventualmente previste nelle singole garanzie.

21. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

21.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

Per attivare la garanzia l'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa e deve inoltre:
A. fornire ogni informazione richiesta;
B. sottoporsi agli accertamenti medici eventualmente richiesti dalla Centrale Operativa;
C. produrre, se richiesta dalla Centrale Operativa, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale nei confronti della Società e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, 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 a far valere in qualunque momento ed in ogni caso eventuali eccezioni.

21.2 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 od 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.

SEZIONE TUTELA LEGALE
(a seguito di infortunio)

La Società presta le garanzie della presente Sezione se richiamata nella scheda di polizza, per le persone ivi indicate.
La gestione dei sinistri della Sezione Tutela Legale è affidata dalla Società a ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia (in seguito denominata ARAG), con sede e Direzione Generale in Viale delle Nazioni n. 9 – 37135 VERONA

- telefono 045 829 04 11,
- fax 045 829 05 57 (per invio nuove denunce di sinistro)
- mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@arag.it
- fax 045 829 04 49 (per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro)

a cui l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

"ARAGTEL" è a disposizione dell'Assicurato in orario di ufficio (dal lunedì al giovedì ore 8,30 - 13 e 14-17, il venerdì ore 8,30 - 13) per:

- una prima consulenza legale in materia contrattualistica;
- informazioni su leggi, decreti e normative vigenti;
- informazioni sul contenuto e sulla portata delle garanzie previste nella presente Sezione;
- informazioni sugli adempimenti previsti in caso di interventi dinanzi all'autorità giudiziaria.

22. CHE COSA POSSO ASSICURARE

La Società assicura, in sede extragiudiziaria e giudiziaria e nei limiti del massimale indicato nella scheda di polizza, per ogni caso assicurativo e senza limite annuo, l'assistenza legale e i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, che si rendano necessari a tutela degli interessi dell'Assicurato nel caso indicato al successivo articolo.
Tali oneri sono:

A. le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del sinistro nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense (D.M. 8 aprile 2004 e successivi aggiornamenti), anche quando l vertenza deve essere trattata tramite il coinvolgimento di un organismo di mediazione;
B. le indennità a carico dell'Assicurato spettanti all'Organismo di mediazione costituito da un Ente d diritto pubblico oppure da Organismo privato nei limiti di quanto previsto dalla tabella dei compensi prevista per gli organismi di mediazione costituiti da Enti di diritto pubblico. Tale indennità è oggetto di copertura assicurativa solo nel caso in cui la mediazione sia prevista obbligatoriamente per legge;
C. le eventuali spese del Legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, di transazione autorizzata da ARAG ai sensi dell'Art. 25.3 lettera D;
D. le spese per l'intervento del Consulente Tecnico d'Ufficio, del Consulente Tecnico di Parte e di Periti purché scelti in accordo con ARAG ai sensi dell'Art. 25.3 lettera E ;
E. le spese di giustizia;
F. il contributo unificato per le spese degli atti giudiziari (L. 23/12/1999, n. 488 – D.L. 11/03/2002 n. 28), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima;
G. le spese per la registrazione degli atti giudiziari;

H. le spese sostenute dall'Assicurato per la costituzione di parte civile, nell'ambito del procedimento penale a carico della controparte;
I. le spese di domiciliazione necessarie, esclusa ogni duplicazione di onorari e le indennità di trasferta.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'Art. 25.1 lettera C.

22.1 TUTELA LEGALE

La garanzia è prestata a tutela dei diritti dell'Assicurato per infortuni, indennizzabili ai sensi della presente polizza, che lo stesso subisca e a condizione che abbiano interessato una delle seguenti garanzie:

- Morte;
- Invalidità Permanente;
- Invalidità Permanente Grave;
- Diaria da Immobilizzazione;
- Rimborso Spese di Cura;
- Rendita Vitalizia (a seguito di infortunio).

La garanzia non è quindi attivabile a seguito di infortunio che abbia interessato risarcimenti di sola Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio, Diaria da Ricovero e Diaria Post Ricovero.

La garanzia vale per l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno, anche a mezzo di costituzione di parte civile in sede di procedimento penale già instaurato a carico della controparte, per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'infortunio.

La garanzia è operante per gli infortuni che si verificano nell'ambito della vita privata, compresi quelli derivanti da circolazione stradale.

22.2 UNICO SINISTRO

Si considerano unico sinistro le vertenze promosse contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse.

23. COME E CON QUALI CONDIZIONI OPERATIVE MI ASSICURO



23.1 INIZIO E TERMINE DELLA GARANZIA

La Società presta la garanzia per i sinistri che siano insorti durante il periodo di validità della polizza.

23.2 INSORGENZA DEL SINISTRO

Ai fini della presente Sezione, per insorgenza del sinistro si intende il momento del verificarsi dell'infortunio che ha originato il diritto al risarcimento.

23.3 VALIDITÀ TERRITORIALE

La garanzia della presente Sezione è valida in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo sempreché il Foro competente si trovi in questi territori.

24. CHE COSA NON È ASSICURATO

La garanzia non è valida per:

A. infortuni avvenuti durante lo svolgimento dell'attività professionale dell'Assicurato;
B. infortuni non indennizzabili ai sensi della Sezione Infortuni della presente polizza;
C. fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, nonché per fatti conseguenti a detenzione o impiego di sostanze radioattive;
D. controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di imbarcazioni o aeromobili;
E. fatti dolosi dell'Assicurato;
F. fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
G. controversie con la Società e/o con Arag.

La Società non assume il pagamento di multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere.
L'Assicurato è tenuto a:

- regolarizzare a proprie spese i documenti necessari per la gestione del sinistro, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti (giudiziari e non);
- assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

Le operazioni di esecuzione forzata non vengono ulteriormente garantite nel caso di due esiti negativi.

25. CHE COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

25.1 DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

A. L'Assicurato, nel momento in cui si è verificato il sinistro o ne abbia avuto conoscenza, deve dare tempestivo avviso scritto all' Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla sede della Società o ad ARAG.
B. In ogni caso, deve fare pervenire all'Agenzia, oppure alla sede della Società o ad ARAG, notizia di ogni atto a lui notificato, entro dieci giorni dalla data della notifica stessa.
C. L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il Legale a cui affidare la tutela dei propri interessi,iscritto presso il Foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del sinistro.
D. Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio Legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il Legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.
E. L'Assicurato ha comunque diritto di scegliere liberamente il proprio Legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o ARAG.

25.2 FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa deve:

A. informare immediatamente l'Agenzia o la sede della Società o ARAG, in modo completo e veritiero, di tutti i particolari del sinistro nonché indicare i mezzi di prova e i documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
B. conferire mandato al Legale incaricato della tutela dei suoi interessi nonché informarlo in modo completo su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

25.3 GESTIONE DEL SINISTRO

A. Ricevuta la denuncia del sinistro ARAG si adopera per ricomporre la controversia;
B. ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'Art. 25.1;
C. la garanzia assicurativa è prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo;
D. l'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziaria che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG;
E. l'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti è concordata con ARAG;
F. ARAG, così come la Società, non è responsabile dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti;
G. in caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei sinistri tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può essere demandata, fermo il diritto dell'Assicurato di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che decide secondo equità, designato di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato.

25.4 RECUPERO DELLE SOMME

Spettano integralmente all'Assicurato i risarcimenti ottenuti ed in genere le somme recuperate o comunque corrisposte dalla controparte a titolo di capitale ed interessi. Spettano invece ad ARAG, che li ha sostenuti o anticipati, gli onorari, le competenze e le spese liquidate in sede giudiziaria o concordate transattivamente e/o stragiudizialmente.

ALLEGATO 1 - ELENCO ATTIVITÀ PROFESSIONALI PER CLASSE DI RISCHIO

CLASSE DI RISCHIO A

Agente di borsa, cambio / Agente di commercio prevalentemente in ufficio / Albergatore senza lavoro manuale / Amministratore di patrimonio / Amministratore di enti pubblici / Antiquario senza restauro, solo vendita / Architetto solo in ufficio / Arredatore / Autorimessa, Autofficina senza lavoro manuale / Autoscuola istruttore di teoria / Badante / Barbiere / Benestante, Pensionato / Bidello, Operatore scolastico / Biologo / Cancelliere / Cassiere (banca, cinema, teatri, ecc.) / Clero esclusi missionari all'estero / Commercialista (libero professionista) / Commerciante all'ingrosso prevalentemente in ufficio / Commesso in servizio prevalentemente interno / Concessionario veicoli solo vendita / Consigliere comunale / Consulente aziendale / Consulente del lavoro e simili / Consulente informatico, softwarehouse, C.E.D. (attività presso un) / Corriere, Pony express con mansioni amministrative / Custode non notturno, non armato / Dirigente solo in ufficio / Disegnatore solo in ufficio / Esattore prevalentemente in ufficio / Figurinista / Fotografo solo in studio / Gallerista / Geologo solo in ufficio / Geometra (lib.prof.) solo in ufficio / Giornalaio, edicola / Giornalista, Direttore, Redattore / Impiegato amministrativo in genere / Imprenditore in genere che non lavora manualmente / Ingegnere in ufficio / Insegnante scolastico (no educazione fisica) / Interprete / Lotto ricevitoria / Magazziniere capo con compiti direttivi / Mediatore esclusi legname, bestiame / Medico che non pratica la chirurgia / Musicista orchestrale, sinfonico, lirico / Negozi di abiti, confezioni, filati, tessuti, pizzi / Negozi di accessori auto, moto, cicli / Negozi di alimentari in genere, drogheria, vini, liquori / Negozi di animali vivi / Negozi di articoli igienico, sanitari senza installazione / Negozi di articoli ortopedici / Negozi di articoli religiosi / Negozi di borse, pelletterie, calzature, guanti / Negozi di cartoleria, libreria / Negozi di casalinghi, ceramiche, cristallerie / Negozi di colori, vernici, ferramenta, gomma / Negozi di elettrodomestici, radio TV / Negozi di erboristerie / Negozi di farmacie / Negozi di fiori, piante / Negozi di fotografia, ottica, strumenti musicali, dischi / Negozi di frutta, verdura / Negozi di giocattoli, articoli sportivi / Negozi di gioielleria, orologeria, bigiotteria / Negozi di mobili senza produzione, senza consegna / Negozi di panetteria, gelateria senza produzione / Negozi di profumerie / Negozi di sali, tabacchi / Notaio / Ostetrica / Parrucchiere per signora / Pittore artista solo in studio / Pompe Funebri solo in ufficio / Preside, Rettore / Psicanalista, Psicologo / Pubblicista / Puericultrice / Restauratore di opere d'arte solo a terra o in laboratorio / Ristorante, Pizzeria, Trattoria senza lavoro manuale / Segretario comunale / Scrittore / Sociologo / Topografo solo in studio

CLASSE DI RISCHIO B

Acqueforti (riproduttore di) / Agente di assicurazione / Agente di commercio prevalentemente esterno / Agente di investigazione / Agente di pubblicità / Agente di viaggio / Agente immobiliare / Agente marittimo, Commissari di avaria, di bordo / Agente teatrale, collocamento, cinematograf. / Agricoltore che non lavora manualmente / Agrimensore, Agronomo / Albergatore con mansioni promiscue / Allenatore sportivo / Allevatore animali da cortile / Ambasciatore / Ambulante / Amministratore di società / Amministratore immobiliare / Analista di laboratorio / Animatore turistico / Apicoltore / Arbitro / Architetto anche esterno / Argentiere con lavorazione / Armatore / Assistente sociale / Attore, Direttore Artistico / Autista di autovetture / Autista di autobus, autocarri, motocarri, no carico e scarico / Autoscuola istruttore di pratica e guida / Autotrasportatore con guida e senza carico e scarico / Avorio, pietre dure, corallo lavorazione / Avvocato, Procuratore legale / Bagnino / Bar ed esercizi similari / Barcaiolo, gondoliere / Barista / Bigiotteria lavorazione oggetti / Borse lavorazione oggetti / Callista, Podologo, Manicure, Pedicure / Calzolaio / Cameraman (anche esterno non all'estero) / Cameriere / Camiciaia, bustaia / Candele lavorazione / Canestri / Cantante / Cappellaio / Casalinga / Cave senza lavoro manuale / Ceramiche con modellatura e cottura / Cesellatore, Incisore / Collaboratore domestico, Colf / Commerciante all'ingrosso che viaggia spesso o con sovrintendenza a lavori manuali / Commesso in servizio prevalentemente esterno / Commesso viaggiatore senza trasporto e senza consegna merce / Console, Diplomatico / Cordami lavorazione / Cuoco, Pizzaiolo / Cuoio e pellame, lavorazione / Decoratore, Imbianchino solo all'interno di fabbricati con uso di scale a mano / Dentista / Dirigente all'esterno con accesso ai cantieri / Dirigente anche all'esterno senza accesso cantieri / Disegnatore che frequenta ambienti di lavoro / Disinfestatore solo a terra, non a bordo di navi / Distributore di carburanti liquidi senza riparazioni, lavaggio e simili / Ebanista, Intarsiatore / Elettrauto / Elettricista in laboratorio, all'interno di fabbricati / Elettrodomestici installazione e-o riparazione (escluso antennista) / Enologo, Enotecnico / Esat-

tore prevalentemente esterno / Estetista / Facchino, Porta bagagli / Fattore di campagna / Fattorino / Floricoltore senza uso di trattori / Fotografo anche esterno, non all'estero / Fuochista addetto a impianti di riscaldamento / Geologo / Geometra anche esterno / Giardiniere, Vivaista / Giornalista cronista senza servizi esteri / Gommista montaggio, riparazione e vendita / Guantaio / Guardia Caccia / Guardia campestre, forestale / Guardia Pesca / Guida turistica / Imbalsamatore di animali / Impagliatore (di sedie, recipienti) / Impiegato tecnico / Imprenditore che prende eccezionalmente parte ai lavori / Indossatore,Indossatrice / Infermiere / Ingegnere anche all'esterno / Insegnante di ed.fisica, basket, tennis e simili / Insegnante di judo, karatè e simili / Insegne installazione non più di 4 mt. da terra / Intagliatore legno (scultore) in studio / Ispettore di assicurazione,bancario / Linotipista, Litografo / Liutaio / Lucidatore (pelli, mobili, metalli) / Macchine da scrivere, calcolo con riparazione / Macellaio senza macellazione / Magazziniere in esercizio con stivaggio piccoli colli / Magistrato, Giudice / Magliaia-o / Massaggiatore, Fisioterapista / Mediatore legname o bestiame / Medico che pratica la chirurgia o radiologo / Messo comunale / Ministro politico / Modellista / Modista / Musicista musica leggera / Negozi di armi, articoli caccia pesca / Negozi di articoli igienico, sanitari con installazione / Negozi di cinghie, prodotti chimici, articoli industriali / Negozi di elettrodomestici radio TV con installazione / Negozi di materiale per l'edilizia / Negozi di mobili senza produzione e con consegna / Negozi di panetteria con produzione e vendita / Negozi di pasticceria gelateria pastificio con produzione e vendita / Negozi di salumeria, macelleria, pescheria, rosticceria / Negozi di tintoria, lavanderia, stireria / Netturbino / Odontotecnico / Orefice lavorazione metalli preziosi / Orologiaio con riparazione / Ortopedico (fabbricazione di apparecchi) / Orticoltore / Ottico riparazione, montaggio, costruzione materiali / Parlamentare / Pastore / Pelletteria / Pellicciaio / Perito (libero professionista) / Pittore artista su impalcature / Pompe funebri compreso trasporto / Postino / Presentatore / Promotore finanziario / Pulizia all'interno di fabbricati / Quadri vendita con applicazione di cornici / Radiologo (esclusi effetti radiazioni) altri settori / Radiotecnico senza posa o riparazione antenne / Rammendatrice, Ricamatrice / Regista (cinema, teatro, TV), Scenografo / Restauratore di opere d'arte di mobili / Restauratore di opere d'arte su ponteggi / Ricevitoria (attività presso) / Rilegatore di libri / Ristorante, Pizzeria, Trattoria con mansioni promiscue / Sarto / Scultore / Sindacalista / Smaltatore di oggetti artistici / Smerigliatore di vetri e cristalli / Soffiatore di vetro / Specchi, fabbricazione e-o lavorazione / Studente / Tagliatore di pietre preziose / Tappezziere / Tessitore / Tipografo / Topografo anche all'esterno / Ufficiale giudiziario / Vasaio con fabbricazione / Verniciatore di pelle, legno, metallo / Veterinario in cliniche per animali (aree metropolitane) / Vetraio (vendita con applicazione) senza accesso ponteggi all'esterno fabbricati / Vetrinista con preparazione mostre / Vigile urbano

CLASSE DI RISCHIO C

Accalappiacani / Archeologo senza accesso a grotte / Armaiolo negozio con riparazione e preparazione cartucce / Ascensorista addetto a riparazione e-o manutenzione / Autorimessa, Autofficina con manutenzione lavaggio riparazione / Biciclette,Motocicli con riparazione / Bronzo lavorazione / Cantoniere / Carpentiere solo a terra (in legno o ferro) / Carrozziere di autoveicoli / Casaro senza allevamento / Cave lavorazione, con lavoro manuale senza uso di mine / Collaudatore di veicoli a motore (esclusi modelli da competizione) / Commerciante all'ingrosso con lavoro manuale (carico, scarico, guida auto) / Commesso viaggiatore con trasporto e consegna merce / Concessionario veicoli con riparazione e manutenzione / Cornici fabbricazione / Corriere, Pony express con recapito / Cromatore, Nichelatore / Custode notturno o armato o di cantieri, impianti industriali / Disinfestatore anche a bordo navi / Distributore di carburanti liquidi con riparazioni, lavaggio e simili / Fabbro solo a terra / Falegname solo a terra / Floricoltore con uso di trattori / Fonditori di metalli / Fuochista addetto ad impianti industriali / Galvanoplastica lavorazione / Guardia giurata notturna / Idraulico senza accesso impalcature, tetti, pozzi / Insegnante di equitazione / Insegnante di sci (maestro) / Macchinista di treni / Macellaio con macellazione / Magazziniere con impiego mezzi sollevamenti / Marmista solo a terra (non in cave) / Materassaio / Meccanico / Mobiliere fabbricazione mobili in ferro / Mobiliere fabbricazione mobili in legno / Montatore (meccanico) / Mosaicista solo all'interno di fabbricati / Mugnaio / Operaio generico dipendente / Pavimentatore, Piastrellista all'interno di fabbricati / Plastica (stampaggio) / Portavalori / Pulizia all'esterno di fabbricati / Rame lavorazione / Riscaldamento (installazione e-o riparazione impianti) senza accesso ad impalcature / Saldatore(saldatura autogena elettrica) / Scalpellino (marmi, pietre) non in cava / Scaricatore (portuale, doganale, mercati) / Tornitore / Verniciatore di veicoli / Veterinario in zone agricole / Vetraio (vendita con applicazione) con accesso a ponteggi esterno fabbricati / Vulcanizzatore / Zincografo

CLASSE DI RISCHIO D

Abbattitore di piante (boscaiolo) / Agricoltore che lavora manualmente / Allevatore animali equini, bovini, suini, ovini / Antennista, Radiotecnico con accesso a tetti / Ascensorista con installazione impianti / Autista di autocarri, motocarri con carico e scarico / Autotrasportatore con guida e con carico e scarico / Carpentiere con accesso a impalcature, tetti, ponti e pozzi / Cave lavorazione, con lavoro manuale e uso di mine / Decoratore, Imbianchino con accesso a impalcature o ponti / Elettricista all'esterno di fabbricati su impalcature e-o a contatto con correnti ad alta tensione / Fabbro su impalcature, tetti, ponti, pozzi / Falegname su impalcature, tetti, ponti, pozzi / Fuochi d'artificio lavorazione / Gruista (compreso montaggio) / Guida Alpina, Portatore / Idraulico con accesso impalcature, tetti, pozzi / Imprenditore edile che prende parte ai lavori / Insegne installazione oltre 4 mt. da terra, su tetti / Marmista su impalcature, ponti (in cave) / Mosaicista con accesso a impalcature o ponti / Muratore / Pavimentatore, Piastrellista su impalcature e tetti / Pescatore con pesca costiera / Riscaldamento con accesso ad impalcature / Spazzacamino / Trattorista / Trivellatore / Verniciatore di accesso impalcature, tetti, esterno navi / Vigile del fuoco

ALLEGATO 2 - TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE (ALLEGATO N. 1 AL D.P.R. 30.6.1965, N. 1124)

(operante solo se esplicitamente richiamata nella scheda di polizza)

Descrizione	Percentuali	
	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%	
▪ 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%

Descrizione	Percentuali	
	DX	SX
▪ 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%	

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.

Infine è inteso che, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto sinistro e viceversa. L'onere di provare il mancinismo è a carico dell'Assicurato.

ALLEGATO 3 - GRAVI MALATTIE / INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

GRAVI MALATTIE

PATOLOGIA	PRONTUARIO DIAGNOSTICO
Malattia oncologica maligna o cancro	Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia **(ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia il melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.**
Coronaropatia con necessità di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche	Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di angina pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzato alla disostruzione. **La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o esami diagnostici similari.**
Infarto del miocardio	Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri: ▪ ripetuti dolori al torace; ▪ cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto; ▪ aumento degli enzimi cardiaci.
Ictus cerebrale (colpo apoplettico)	Accidente cerebro-vascolare che produca un deficit neurologico permanente risultante dall'infarto e morte del tessuto cerebrale dovuta all'ostruzione di un vaso intracranico, da trombosi o embolia o risultante da emorragia cerebrale. Le patologie ischemiche reversibili, pur se prolungate e gli attacchi ischemici transitori (TIA) sono esclusi. **La natura permanente del deficit neurologico deve essere confermata da certificazione dello specialista neurologo dopo almeno un mese dall'evento, da T.A.C. o R.M.N., EEG (elettroencefalogramma).**
Paralisi	Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia e gambe) diagnosticata e dimostrata da evidente deficit neurologico permanente.
Sclerosi laterale amiotrofica (SLA)	Malattia neurodegenerativa progressiva dei motoneuroni spinali o cerebrali. La diagnosi deve essere posta da parte di uno specialista neurologo di clinica o Istituto universitario di neurologia. 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.

INTERVENTI DI ALTA CHIRURGIA

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcatetere
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomía totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

CHIRURGIA GENERALE

Collo
- Resezioni e plastiche tracheali

Esofago
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale
- Enucleazione di leiomiomi dell' esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

Torace
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo

Peritoneo
- Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali

Stomaco - Duodeno - Intestino tenue
- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Interventi di reconversione per dumping syndrome
- Resezione intestinale per via laparoscopica

Colon - Retto
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileoanale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino- perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

Fegato e vie biliari
- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi bilio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale
  a) interventi di derivazione
    - anastomosi porto-cava
    - anastomosi spleno-renale
    - anastomosi mesenterico-cava

b) interventi di devascolarizzazione
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

Pancreas - Milza - Surrene
- Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA GINECOLOGICA
- Exenteratio pelvica
- Laparotomia per ferite o rotture uterine
- Isterectomia

CHIRURGIA OCULISTICA
- Vitrectomia anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Intervento per distacco di retina

CHIRURGIA ORO-MAXILLOFACCIALE
- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporomandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

CHIRURGIA ORTOPEDICA
- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosìntesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA
- Parotidectomia con conservazione del facciale
- Asportazione tumori parafaringei
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomia vestibolare

- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomia
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo

CHIRURGIA PEDIATRICA
- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

CHIRURGIA UROLOGICA
- Nefrolitotrissia percutanea (PVL)
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vaginointestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Plastiche per incontinenza urinaria femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia

CHIRURGIA VASCOLARE
- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore
- Interventi di rivascolarizzazione extraanatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

NEUROCHIRURGIA
- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia

- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria.
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa

Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto e l'espianto di organi;
- gli interventi che per complessità siano assimilabili e riconducibili agli interventi previsti dall'elenco precedente;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (rianimazione)

ALLEGATO 4 - TABELLA ITALIANA

(operante solo se esplicitamente richiamata nel modulo di polizza)
In caso di scelta dell'opzione dell'art. 6.2.2E), l'indennizzo è calcolato applicando al capitale assicurato la percentuale riportata nella seguente tabella in corrispondenza del grado di invalidità permanente accertata:

Grado % di invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare	Grado % di invalidità accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare
1	0	31	40
2	0	32	42
3	0	33	44
4	0,50	34	46
5	0,75	35	48
6	1,50	36	50
7	2,50	37	52
8	4	38	54
9	5	39	56
10	7	40	58
11	8	41	60
12	9	42	62
13	10	43	64
14	11	44	66
15	12	45	68
16	13	46	70
17	14	47	72
18	15	48	74
19	16	49	76
20	18	50	78
21	20	51	80
22	22	52	82
23	24	53	84
24	26	54	86
25	28	55	88
26	30	56	90
27	32	57	92
28	34	58	95
29	36	59	98
30	38	60	100

LETTERA PER DENUNCIA DI SINISTRO – TIPO A

Nota bene:
Per le garanzie Diaria da Ricovero, Diaria Post Ricovero e Diaria per inabilità temporanea da malattia si dovrà utilizzare la seguente procedura per l'apertura di un sinistro.

Da inviare **a Blue Assistance – Ufficio Rimborsi Via Santa Maria 11, 10122 Torino**
Numero Verde 800 - 042042 – dall'estero prefisso internazionale seguito da 011 - 742 5599
NUMERO POLIZZA: . . . . . .
NOME E COGNOME CONTRAENTE: . . . . . .
NOME E COGNOME ASSICURATO: . . . . . .
INDIRIZZO DELL' ASSICURATO: VIA . . . . . LOCALITÀ . . . . . .
C.A.P. . . . . PROV. . . . . .
CODICE FISCALE DELL'ASSICURATO CHE PERCEPISCE IL RIMBORSO: . . . . . .
DATI BANCARI DA COMPILARE IN OGNI CAMPO (IL C.F. SOLO SE DIVERSO DA QUELLO DELL'ASSICURATO)
COGNOME E NOME DEL TITOLARE DEL CONTO CORRENTE: . . . . . .
CODICE FISCALE DEL TITOLARE DEL CONTO CORRENTE: . . . . . .
COORDINATE BANCARIE (IBAN)

Codice Paese		**N° di Controllo**		**CIN**	**ABI**					**CAB**					**N° Conto Corrente**															

EVENTO CUI SI RIFERISCE IL SINISTRO

- RICOVERO / DAY HOSPITAL / DAY SURGERY
  PERIODO DI DEGENZA DAL . . . . . AL . . . . . .
  MOTIVO DEL RICOVERO . . . . . .
  Documentazione da allegare alla richiesta di indennizzo: Copia della cartella clinica completa;
- POST RICOVERO, IN RELAZIONE AL RICOVERO DI CUI SOPRA
  PERIODO DI CONVALESCENZA PRESCRITTO DAL MEDICO DAL . . . . . AL . . . . . .
  Documentazione da allegare alla richiesta di indennizzo: oltre alla cartella clinica completa di cui sopra i relativi certificati medici con prescrizione di convalescenza rilasciato dall'Ente Ospedaliero o dal medico curante.
- DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA / CAUSA / DIAGNOSI DELLA MALATTIA . . . . . .
  . . . . . .
  PERIODO DELLA MALATTIA PRESCRITTO DAL MEDICO DAL . . . . . AL . . . . . .
  Documentazione da allegare alla richiesta di indennizzo: certificati medici con prescrizione di inabilità totale da malattia rilasciato da Ente Ospedaliero o da medico curante.

Firma dell'Assicurato che percepisce il rimborso
o di chi ne esercita la patria potestà
. . . . . Data. . . . . .

LETTERA PER DENUNCIA DI SINISTRO – TIPO B

Nota bene:
per le garanzie delle Sezioni Infortuni, Malattia e per le garanzie Diaria da Ricovero (limitazione ai soli infortuni), Diaria Post Ricovero (limitazione ai soli infortuni), Diaria per Inabilità Temporanea da Infortunio e Diaria da Immobilizzazione, si dovrà utilizzare la seguente procedura per l'apertura di un sinistro.

Da inviare all'Agenzia titolare del Contratto, indicando:

VIA ..... N° .....
C.A.P. ..... CITTÀ: .....

OGGETTO: DENUNCIA DI INFORTUNIO
NUMERO POLIZZA: .....
NOME E COGNOME CONTRAENTE: .....
NOME E COGNOME ASSICURATO: .....
INDIRIZZO DELL' ASSICURATO: VIA .....
LOCALITÀ .....
RECAPITI TELEFONICI ASSICURATO .....
C.A.P. ..... PROV. .....
CODICE FISCALE DELL'ASSICURATO CHE PERCEPISCE IL RIMBORSO: .....

Inserire una descrizione dell'evento indicando:
- data dell'infortunio;
- località dell'infortunio;
- descrizione dell'attività svolta nel momento dell'infortunio;
- descrizione del tipo di infortunio (descrizione dell'accaduto e delle lesioni);

Se presente allegare anche la documentazione medica relativa all'infortunio.

Firma dell'Assicurato che percepisce il rimborso
o di chi ne esercita la patria potestà
..... Data. .....

BENVENUTI IN ITALIANA

800-101313

Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

benvenutinitaliana@italiana.it

Mod. INF54331

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 - Servizio Assistenza "Benvenuti in Italiana": 800 101313 - benvenutinitaliana@italiana.it - Capitale sociale € 57.626.357,25 i.v. - Registro Imprese Milano, Codice Fiscale 00774430151, Partita IVA n. 11998320011 - R.E.A. Milano n. 7851 Società soggetta ad attività di direzione e coordinamento della Società Reale Mutua di Assicurazioni - Iscritta al n. 1.00004 dell'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione e appartenente al Gruppo Reale Mutua iscritto al numero 006 dell'Albo delle Società Capogruppo.

MISTO
Carta da fonti gestite in maniera responsabile
FSC® XXXXXX

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 e da altre fonti controllate.