

PLURIATTIVA INFORTUNI

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI, MALATTIA E ALTRE GARANZIE.

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE:

- **NOTA INFORMATIVA, COMPRENSIVA DEL GLOSSARIO**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1

Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



NOTA INFORMATIVA

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA. INFORTUNI, MALATTIA E ALTRE GARANZIE

La presente nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma – Italia. Tel +39 06/3018.1 - fax +39 06/80210.831 - www.groupama.it; info@groupama.it - PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585 e nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023, ed è diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8·10 Rue d'Astorg.

Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto della Società ammonta a 478,8 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 172,6 e a 306,2 milioni di Euro.

Gli indici di solvibilità, determinati ai sensi "Solvency II" (normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione entrata in vigore il 1° gennaio 2016), al 31/12/2016 sono pari a: 122,64% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) e 257,08% che rappresenta il rapporto tra i fondi propri ammissibili e il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR).

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il presente contratto è stipulato con tacito rinnovo se non opera la garanzia facoltativa "deroga al patto di tacita proroga" opzionabile dal cliente.

In questo caso la disdetta, ovvero la comunicazione che il contraente deve fare all'assicuratore per evitare che il contratto si rinnovi, dovrà essere esercitata almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto stesso, mediante lettera raccomandata da inviare all'agenzia o alla Società. In mancanza di disdetta, esercitata nei tempi e nelle modalità indicate, l'assicurazione si intende prorogata per un anno e così successivamente.

Per maggiori dettagli si rinvia all'articolo 8 delle condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – limitazioni ed esclusioni

PluriAttiva Infortuni è composta dalle seguenti 4 sezioni di garanzia raccolte in un unico fascicolo: Infortuni; Malattia; Tutela legale; Assistenza.

Con la sezione infortuni del prodotto si presta copertura assicurativa contro gli infortuni che l'Assicurato subisca:

- nello svolgimento delle attività professionali, dichiarate in Polizza e di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità, se si è optato per la Forma di Copertura Completa;

- nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza e nel tragitto per dall'abitazione alla sede di lavoro se si è optato per la Forma di Copertura Professionale;
- nello svolgimento di ogni attività svolta senza carattere di professionalità, se si è optato per la Forma di copertura extraprofessionale.

E' possibile attivare una o più delle garanzie di seguito illustrate.

La garanzia **Morte** in caso di decesso dell'assicurato, conseguente ad un infortunio contrattualmente garantito, riconosce ai beneficiari il capitale stabilito nel contratto con particolari maggiorazioni in determinati casi quali la commorienza coniugi o la morte a seguito di rapine, estorsioni, sequestro. All'atto della stipula, è possibile optare per la trasformazione del capitale in rendita. È possibile estendere la garanzia a sport particolarmente pericolosi.

Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 22 al 26, dal 70 al 73 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Invalità Permanente** comporta il pagamento di un indennizzo calcolato, come da previsioni contrattuali, in base alla somma assicurata ed al grado di invalidità permanente accertata al verificarsi di un infortunio. Per le invalidità più gravi è prevista una supervalutazione del danno subito ma anche un rimborso per l'adeguamento dell'abitazione e/o dell'autovettura alle mutate esigenze. Inoltre, è possibile integrare la garanzia base con una serie di garanzie facoltative, quali, ad esempio, la corresponsione di una rendita vitalizia in caso di invalidità grave, la rimodulazione delle franchigie e delle somme corrisposte, la supervalutazione di invalidità relative a specifiche parti del corpo, l'estensione della garanzia a sport particolarmente pericolosi.

Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 27 al 31, 52, dal 55 al 59, dal 60 al 66, dal 70 al 73 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia di **Inabilità Temporanea**, riconosce un'indennità giornaliera nel caso in cui un infortunio impedisca all'Assicurato di attendere totalmente o parzialmente alle proprie occupazioni. Inoltre, è possibile integrare la garanzia base con una serie di garanzie facoltative, quali, ad esempio, la corresponsione dell'intero indennizzo anche se l'Assicurato non ha potuto attendere che solo in parte alle proprie occupazioni e la supervalutazione dell'inabilità temporanea.

Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 32, 67 e 68 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Rimborso delle Spese di Cura**, al verificarsi di un infortunio contrattualmente garantito, rimborsa all'assicurato le spese sostenute in conseguenza dell'infortunio. È possibile estendere la garanzia anche ai danni estetici al viso conseguenti a un infortunio. Possono essere garantiti gli sport particolarmente pericolosi.

Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 34, 53, dal 70 al 73 delle condizioni di assicurazione.

La garanzia **Indennità Giornaliera da Ricovero** e la garanzia **Indennità Giornaliera da Gessatura** comportano rispettivamente la corresponsione di una diaria per ogni giorno di ricovero (o day hospital / day surgery) e per ogni giorno di gessatura.

E' inoltre possibile estendere la sola Indennità giornaliera da ricovero alla **Convalescenza Post Ricovero**, e tali coperture alla malattia.

Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 36, 37 e 69 delle condizioni di assicurazione.

La sezione malattia è attivabile indipendentemente dalla presenza di garanzie del settore infortuni; le garanzie che la compongono sono illustrate di seguito.

La garanzia di **Invalità Permanente da Malattia**, prevede la corresponsione di un capitale al verificarsi di una malattia invalidante permanente. Inoltre, a fronte di invalidità superiori al 65%, è possibile assicurarsi una rendita a integrazione del reddito attivando la garanzia **Rendita Vitalizia da Malattia**.

Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 75 e 80 delle condizioni di assicurazione.

In alternativa alla garanzia di Invalidità Permanente da Malattia e a condizione che sia attivata la garanzia di Invalidità Permanente da Infortunio è prestabile la garanzia di **Invalidità Permanente da Ictus o Infarto**, la stessa prevede il pagamento di un indennizzo calcolato, come da previsioni contrattuali, in base alla somma assicurata ed al grado di invalidità permanente accertata al verificarsi di una delle due patologie citate. E' inoltre possibile limitare l'operatività della garanzia ad invalidità superiori al 60%.

Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 76 e 81 delle condizioni di assicurazione.

Attraverso la garanzia **Rimborso Spese Mediche – Grandi Interventi Chirurgici** è possibile assicurarsi il rimborso delle spese sanitarie sostenute al verificarsi dell'evento o in alternativa e a scelta dell'Assicurato, viene corrisposta una indennità per ciascun giorno di ricovero. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 78 delle condizioni di assicurazione.

Le sezioni Tutela Legale ed Assistenza presuppongono almeno l'acquisto di una garanzia di una delle due sezioni che precedono.

La garanzia **Tutela Legale** garantisce la difesa dei diritti dell'Assicurato nei confronti dei responsabili dell'infortunio, nelle pretese al risarcimento dei danni subiti durante un ricovero o un intervento chirurgico, nelle controversie derivanti da presunti errori medici.

Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 88 delle condizioni di assicurazione.

PluriAttiva Infortuni offre all'Assicurato un servizio di **Assistenza** in grado di risolvere numerose situazioni di difficoltà ed emergenza, 24 ore su 24, 365 giorni all'anno. Per maggiori dettagli, si rinvia all'articolo 97 delle condizioni di assicurazione.

Il contratto di assicurazione contiene limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative, nonché condizioni di sospensione della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per gli aspetti di dettaglio, si rinvia agli articoli da 1 a 5, 7, 8, 11, 13, 14, da 20 a 25, da 27 a 60, da 63 a 66, da 68 a 73, da 75 a 98, 100, 101, 102 delle condizioni di assicurazione.

Il contratto contiene inoltre franchigie e massimali; si rinvia agli articoli 31, 33, 34, 37, 53, da 55 a 64, 75, 76, 80, 81 delle condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio. Per una miglior comprensione, di seguito sono indicate alcune esemplificazioni numeriche finalizzate ad illustrarne il meccanismo di funzionamento.

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato. Solitamente viene espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata. Funzionamento: alla somma spettante a titolo di indennizzo o risarcimento si sottrae l'importo della franchigia previsto dalle condizioni di assicurazione.

Ad esempio, se il danno è quantificabile in € 1.000,00, e le condizioni di assicurazione prevedono una franchigia di € 200,00, la somma spettante all'assicurato sarà pari ad € 800 così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00.

Rimarranno, quindi, a carico dell'assicurato € 200,00.

Nella polizza PluriAttiva Infortuni esistono varie tipologie di franchigie sul grado di invalidità permanente accertato. Le invalidità permanenti di grado inferiore o pari ad una certa percentuale non danno luogo ad alcun indennizzo.

Ad esempio, se il danno è quantificabile in una percentuale di invalidità permanente accertata del 5% e le condizioni di assicurazione prevedono una franchigia del 3% sulla parte di somma assicurata fino

a € 150.000,00, la percentuale della somma assicurata da liquidare è pari a $5\% - 3\% = 2\%$. La somma spettante all'assicurato, ipotizzando un capitale assicurato di € 100.000,00 sarà pari a € 2.000,00 così determinata: $(5\% \text{ di } 100.000,00) - (3\% \text{ di } 100.000,00) = € 5.000,00 - € 3.000,00 = € 2.000,00$.

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno. Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile.

Ad esempio, se il danno è € 3.000,00, ma il massimale previsto dalle condizioni di assicurazione è di € 1.000,00, l'assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino alla concorrenza di quest'ultima somma, ovvero € 1.000,00. In questo caso rimarrà a carico dell'assicurato la differenza di € 2.000,00: $€ 3.000,00 \text{ (danno)} - € 1.000,00 \text{ (massimale)} = € 2.000,00 \text{ (differenza a carico dell'assicurato)}$.

4. Periodi di carenza contrattuali

Il contratto prevede alcune carenze, ovvero, per le estensioni della garanzia infortuni alla malattia, per le garanzie della sezione malattia, e per alcune ipotesi di tutela legale, ci sono periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia. Le garanzie della polizza decorrono dal momento in cui ha effetto l'assicurazione, per gli infortuni; le garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero, Indennità Giornaliera da Gessatura e Indennità Giornaliera da Convalescenza Post Ricovero, solo se estesa la corrispondente garanzia alle malattie e la garanzia Rimborso spese mediche Grandi Interventi Chirurgici decorrono: dal 30° giorno successivo, per le malattie; dal 30° giorno successivo, per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto nelle Condizioni di Assicurazione; dal 180° giorno successivo per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato nel momento stesso della stipula; dal 300° giorno successivo, per il parto. Si precisa altresì che per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, le garanzie sono operanti – con il termine di carenza di 30 giorni – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Invalidità Permanente da Ictus o Infarto decorrono dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli 69, 83, 91 delle condizioni di assicurazione.

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario - Nullità

Le eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Le conseguenze sono descritte all'articolo 1 delle condizioni di assicurazione, cui si rinvia.

Qualora sia richiesta la compilazione di un questionario sanitario, è necessario rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario stesso; se richiesta la sottoscrizione di dichiarazioni sanitarie è necessario che il soggetto legittimato a fornirle ne verifichi l'esattezza prima della sottoscrizione.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio, nonché delle variazioni della professione. La mancata comunicazione può comportare conseguenze sulla prestazione, per il dettaglio delle quali, si rinvia agli articoli 2, 3, 40 delle condizioni di assicurazione.

A titolo esemplificativo, una circostanza rilevante che determina la modificazione del rischio potrebbe essere costituita da variazione dell'attività professionale dichiarata.

Qualora in corso di contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale originariamente dichiarata (ad es. l'Assicurato intraprende l'attività di Antennista rispetto a quella originariamente dichiarata di Impiegato amministrativo) vi sarà una conseguente modificazione del rischio, che, là dove non dichiarata, potrà produrre la perdita parziale o totale dell'indennizzo. La perdita sarà parziale nel caso in cui la Società, se avesse conosciuto il nuovo stato delle cose, avrebbe dato il suo consenso alla prosecuzione del contratto a condizioni differenti; la perdita sarà totale nel caso in cui la Società non avrebbe assunto il rischio. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 40 delle condizioni di assicurazione.

7. Premio

Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo.

Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia;
2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.

Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali e quadrimestrali con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2% e 3%.

Esiste la possibilità che siano applicati sconti di premio da parte dell'impresa. Tali sconti potranno essere applicati in base al numero delle garanzie acquistate e alla combinazione delle stesse ed in base al numero di assicurati che sottoscrivono una sezione. Altri sconti potranno essere applicati da parte dell'intermediario anche in considerazione della situazione di fidelizzazione del contraente come cliente.

8. Rivalse

La rivalsa è un diritto dell'assicuratore sancito dal Codice Civile. Si applica quando l'impresa, dopo aver pagato un sinistro, pretenda, da parte dell'assicurato o da parte di eventuali terzi responsabili del danno la restituzione dell'intera somma corrisposta, o di parte di essa.

La Società rinuncia al diritto di rivalsa: per maggiori dettagli, per i presupposti e per gli effetti per il contraente si rinvia all'articolo 10 delle condizioni di assicurazione

9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate e il premio dell'assicurazione sono soggetti ad adeguamento facoltativo, a meno che non sia prestata la garanzia di invalidità permanente da malattia nel qual caso l'adeguamento è escluso. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo 14 delle condizioni di assicurazione.

10. Diritto di recesso

Il contraente e l'impresa hanno diritto di recedere dal contratto di assicurazione. Per i termini e le modalità di esercizio di tale diritto si rinvia all'articolo 8 delle condizioni di assicurazione.

Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di recedere senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio, così come previsto dall'articolo 1899 c.c.

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno.

12. Legge applicabile al contratto

Al contratto si applica la legge italiana.

13. Regime fiscale

Imposta sui premi

I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni.

I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Infortuni, Malattia Tutela legale, Assistenza, sono soggetti ad aliquote pari a 2,50%, 21,25%, 10,00%, applicate in funzione delle garanzie scelte.

Detraibilità fiscale dei premi

I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia.

Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

L'insorgenza del sinistro coincide con il verificarsi dell'infortunio o la diagnosi della malattia in corso di contratto così come specificato nell'oggetto dell'assicurazione. Il contraente o l'assicurato devono dare avviso scritto del sinistro all'agenzia alla quale è stata assegnata la polizza o alla Società non appena ne hanno avuto la conoscenza o la possibilità.

La denuncia deve essere corredata da certificazione medica contenente la diagnosi e, successivamente, l'assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi a eventuali accertamenti medici e fornire ogni informazione.

Per la garanzia di Invalidità permanente da Malattia previsto che la Società possa effettuare l'accertamento della malattia tra il sesto e il diciottesimo mese dalla data di denuncia della malattia stessa.

Per maggiori dettagli sulle procedure liquidative, si rinvia agli articoli 7, 31, 33, da 35 a 40, articoli 51, 53, 75, 76, 77, 79, 86, 93, 97 delle condizioni di assicurazione.

Per i sinistri del ramo Assistenza, la gestione degli stessi è stata affidata a un'impresa terza autorizzata ai termini di legge. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli dal 97 al 101 delle condizioni di assicurazione.

Per i sinistri del ramo Tutela Legale, la gestione degli stessi è stata affidata a un'impresa terza autorizzata ai termini di legge. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 88 e dal 91 al 95 delle condizioni di assicurazione.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it.

Qualora l'Esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma - fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net>) attivando la procedura FIN-NET oppure direttamente all'IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

16. Arbitrato

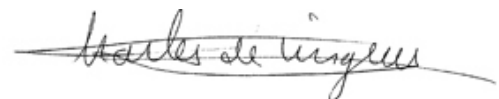
Nel contratto è prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato per la risoluzione di eventuali controversie. Per maggiori dettagli, si rinvia agli articoli 41 e 87 delle condizioni di assicurazione.

Per la risoluzione delle controversie è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli.

Per la consultazione degli aggiornamenti del Fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia alla pagina *Aggiornamenti documentazione* raggiungibile dalla sezione *Prodotti* del nostro al sito www.groupama.it.

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

**Groupama Assicurazioni S.p.A.
Il rappresentante legale
Charles de Tinguy**



GLOSSARIO

Accessori

Rappresentano la parte del premio versato dal contraente che è destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi dell'impresa di assicurazione.

Agente

Intermediario che agisce in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione

Aggravamento (del rischio)

Si ha aggravamento del rischio quando, successivamente alla stipulazione del contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che aumentano la probabilità del verificarsi del rischio. L'assicurato ha l'obbligo di segnalare immediatamente l'avvenuto aggravamento del rischio all'assicuratore.

Arbitrato

Procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. La possibilità di fare ricorso all'arbitrato, in genere, viene prevista già in occasione della stipulazione del contratto di assicurazione, con apposita clausola.

Assicurato

soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicurazione (attività assicurativa)

Operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto (naturalmente o per disposizione di legge).

Assicurazione a primo rischio assoluto

Forma di assicurazione per la quale l'assicuratore si impegna a indennizzare il danno verificatosi fino a concorrenza del valore assicurato, indipendentemente dall'effettivo valore globale dei beni. Non si applica dunque, con questa forma di assicurazione, la cosiddetta regola proporzionale (articolo 1907 c.c.).

Assicurazione a valore intero

Forma di assicurazione per la quale il valore assicurato deve corrispondere al valore dei beni assicurati. Nel caso in cui quest'ultimo sia superiore al primo, si applica la regola proporzionale, per cui l'assicuratore indennizza il danno solo proporzionalmente al rapporto tra valore assicurato e valore dei beni.

Beneficiario

persona fisica o giuridica alla quale deve essere corrisposta la prestazione prevista dal contratto qualora si verifichi l'evento assicurato.

Broker (mediatore) di assicurazione

intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione

Carenza (periodo di)

Periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace. Tale concetto trova applicazione solo in alcune forme di assicurazione ad esempio assicurazioni malattia.

Caricamenti (v. Accessori)

Condizioni di assicurazione

Insieme delle clausole che disciplinano il contratto di assicurazione.

Contraente

Soggetto che stipula il contratto di assicurazione con l'assicuratore e si obbliga a pagare il premio. Il contraente può o meno coincidere con l'assicurato.

Contratto di assicurazione

Contratto mediante il quale l'assicuratore, dietro pagamento di un premio, si impegna a tenere indenne l'assicurato, entro i limiti convenuti, dei danni prodotti da un sinistro.

Danno

Pregiudizio subito dall'assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dalla vittima del fatto illecito in conseguenza di un sinistro.

Decorrenza della garanzia

Data a partire dalla quale la garanzia assicurativa diviene concretamente efficace.

Denuncia di sinistro

Avviso che l'assicurato deve dare all'assicuratore o all'agente a seguito di un sinistro.

Dichiarazioni precontrattuali

informazioni fornite dal contraente e/o dall'assicurato prima della stipulazione del contratto di assicurazione, che consentono alla società di effettuare la valutazione dei rischi e di stabilire le condizioni per la sua assicurazione. Se il contraente e/o l'assicurato forniscono dati o notizie inesatti od omettono di informare la società su aspetti rilevanti per la valutazione dei rischi, la società stessa può chiedere l'annullamento del contratto o recedere dallo stesso, a seconda che il comportamento del contraente e/o dell'assicurato sia stato o no intenzionale o gravemente negligente.

Diminuzione (del rischio)

Si ha diminuzione del rischio quando, successivamente alla stipula di un contratto di assicurazione, avvengono mutamenti che riducono la probabilità del verificarsi dell'evento dannoso. Se l'assicuratore viene informato dell'avvenuta diminuzione del rischio, è tenuto a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione stessa.

Disdetta

Comunicazione che il contraente deve inviare all'assicuratore, o viceversa, entro un termine di preavviso fissato dal contratto, per evitare la tacita proroga del contratto di assicurazione.

Estensione territoriale

Spazio geografico entro il quale la garanzia assicurativa è operante.

Fascicolo informativo

Insieme dei documenti che il cliente deve ricevere prima di concludere il contratto e che lo aiutano ad entrare in possesso di tutte le informazioni utili ad una valutazione completa del prodotto che gli viene offerto.

Fondo di garanzia per le vittime della strada

Fondo gestito dalla CONSAP, costituito per risarcire i danni causati da mezzi rimasti non identificati, oppure risultanti non assicurati, o assicurati presso imprese poste in liquidazione coatta amministrativa. In ciascuna regione (o gruppo di regioni) viene designata una impresa per la liquidazione dei danni.

Franchigia

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato. Corrisponde alla somma che non sarà risarcita o indennizzata all'assicurato, e che quest'ultimo non potrà diversamente assicurare pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Franchigia Assoluta

Somma che rimane a carico dell'assicurato a prescindere dall'entità del danno.

Franchigia relativa

Somma che rimane a carico dell'assicurato solo quando il danno sia pari o inferiore alla franchigia.

Impresa di assicurazione

società autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa.

Indennizzo

Somma dovuta dall'assicuratore a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato in caso di sinistro.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Margine di solvibilità

Corrisponde in linea di massima al patrimonio libero dell'impresa di assicurazione, cioè al netto del patrimonio vincolato a copertura delle riserve tecniche. In tal senso, il margine di solvibilità rappresenta una garanzia ulteriore della stabilità finanziaria dell'impresa.

Massimale

La somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Se i danni procurati sono superiori a tale somma la differenza resta a carico del diretto responsabile

Nota informativa

Documento contenuto nel Fascicolo Informativo, che l'assicuratore deve consegnare al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione.

Periodo di assicurazione

Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa.

Polizza

È il documento che prova l'assicurazione.

Premio

Il premio rappresenta il prezzo che il contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Principio indennitario

Principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo fonte di guadagno.

Provvigione

Elemento fondamentale del rapporto di agenzia per il quale, a fronte dell'obbligazione in capo all'agente di svolgere l'attività diretta alla conclusione dei contratti, corrisponde l'obbligazione in capo al preponente (impresa di assicurazione) di corrispondergli il relativo compenso per gli affari che hanno avuto regolare esecuzione.

Questionario anamnestico

Detto anche questionario sanitario, è il documento che il contraente deve compilare prima della stipulazione di un'assicurazione contro i danni alla persona o di un'assicurazione sulla vita del tipo caso morte o del tipo misto. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute ed alle precedenti malattie o infortuni dell'assicurato. Le informazioni fornite dal contraente servono all'assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità.

Quietanza

Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento di una somma e rilasciata dal percettore della stessa. L'assicuratore rilascia quietanza del pagamento del premio da parte del contraente; l'assicurato o il terzo danneggiato rilasciano quietanza del pagamento dell'indennizzo da parte dell'assicuratore.

Risarcimento

Somma che il responsabile è tenuto a versare per risarcire il danno da lui causato o, comunque riconducibile alla sua responsabilità.

Rischio

La probabilità che si verifichi un evento futuro ed incerto in grado di provocare conseguenze dannose.

Riserve tecniche

Somme che le imprese di assicurazione devono accantonare ed iscrivere nel proprio bilancio per far fronte agli impegni assunti nei confronti degli assicurati e di persone terze danneggiate.

Rivalsa

Diritto che spetta all'Assicuratore di richiedere al responsabile del danno il pagamento della somma versata all'Assicurato a titolo di risarcimento. Tale diritto è contrattualmente rinunciabile da parte dell'Assicuratore.

Scoperto

Lo scoperto è la parte di danno che resta a carico dell'assicurato; si esprime in una percentuale da calcolare sul danno. Lo scoperto non può essere diversamente assicurato pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia.

Somma assicurata

Importo nei limiti del quale l'assicuratore si impegna a fornire la propria prestazione.

Valore a nuovo

Espressione con la quale vengono indicate quelle particolari coperture assicurative che consentono di garantire un indennizzo pari non solo al valore della cosa assicurata al momento del sinistro, ma anche corrispondente alle spese necessarie per riacquistare o ricostruire la cosa stessa.

Valore allo stato d'uso

Valore della cosa materiale nelle condizioni in cui si trova al momento del sinistro.

Valore assicurato

Rappresenta la misura dell'interesse sottoposto ad assicurazione.



- CASA
- AUTO
- SALUTE**
- RISPARMIO
- PROTEZIONE
- PREVIDENZA
- LAVORO

Condizioni di assicurazione

Premessa	4
Definizioni	5
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	8
Art. 2 Aggravamento del rischio	8
Art. 3 Diminuzione del rischio	8
Art. 4 Altre assicurazioni	8
Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie	8
Art. 6 Modifiche dell'assicurazione	8
Art. 7 Obblighi in caso di sinistro	8
Art. 8 Proroga e periodo di assicurazione	9
Art. 9 Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	9
Art. 10 Rinuncia al diritto di rivalsa	9
Art. 11 Persone non assicurabili	9
Art. 12 Oneri fiscali	9
Art. 13 Estensione territoriale	9
Art. 14 Adeguamento automatico delle somme assicurate e dei premi	5
Art. 15 Bonus in assenza di sinistri	10
Art. 16 Rinvio alle norme di legge	10
SEZIONE INFORTUNI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	
Art. 17 Forma di copertura completa	11
Art. 18 Forma di copertura professionale	11
Art. 19 Forma di copertura extraprofessionale	11
Art. 20 Oggetto dell'assicurazione	11
Art. 21 Esclusioni	11
LE GARANZIE	
Art. 22 Morte	13
Garanzie sempre operanti morte	13
Art. 23 Morte presunta	13
Art. 24 Commorienza coniugi da infortunio	13
Art. 25 Morte a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro	13
Art. 26 Trasformazione del capitale caso morte in rendita	13
Art. 27 Invalidità permanente	13
Garanzie sempre operanti invalidità permanente da infortunio	15
Art. 28 Invalidità permanente gratuita a favore di figli minori di cinque anni	15
Art. 29 Adattamento dell'abitazione	15
Art. 30 Adattamento autovettura	15
Art. 31 Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente e relative franchigie – opzione base	15
Art. 32 Inabilità temporanea	17
Art. 33 Criteri di liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie	17
Art. 34 Rimborso delle spese di cura	17
Art. 35 Criteri di liquidazione del rimborso spese di cura	17
Art. 36 Indennità giornaliera da ricovero	17
Art. 37 Indennità giornaliera da gessatura	18
SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	
Art. 38 Obblighi di denuncia dell'infortunio ed oneri relativi	19
Art. 39 Criteri di indennizzabilità	19
Art. 40 Attività diverse da quella dichiarata	19
Art. 41 Controversie: arbitrato irrituale	19
GARANZIE SEMPRE OPERANTI	
Art. 42 Ernie	20
Art. 43 Rischio volo	20
Art. 44 Rischi sportivi con particolari limitazioni	20
Art. 45 Rischio calamità naturali	20
Art. 46 Rischio guerra	20
Art. 47 Spese di soccorso	20

Art. 48	Danni estetici	20
Art. 49	Perdita anno scolastico	21
Art. 50	Collaboratrice familiare	21
Art. 51	Anticipo sull'indennizzo	21
GARANZIE FACOLTATIVE		
RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE		
Art. 52	Rendita vitalizia da infortunio	22
RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA		
Art. 53	Rimborso spese di cura danni estetici	22
RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO		
Art. 54	Indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero	23
OPZIONI ALTERNATIVE DI CRITERI DI LIQUIDAZIONE E FRANCHIGIE RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE		
Art. 55	Opzione I – invalidità permanente senza franchigia	24
Art. 56	Opzione II – invalidità permanente senza franchigia e franchigie ridotte su successivi scaglioni	26
Art. 57	Opzione III – franchigia del 5% sull'invalidità permanente	28
Art. 58	Opzione IV – franchigia del 10% sull'invalidità permanente	28
Art. 59	Opzione V – franchigia del 20% sull'invalidità permanente	28
CONDIZIONI FACOLTATIVE		
CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE		
Art. 60	A - Tabella di legge per invalidità permanente	29
Art. 61	B - Assorbimento franchigia su invalidità permanente	29
Art. 62	C - Sopravalutazione valori di liquidazione	29
Art. 63	D - Invalidità permanente con franchigia modulare-assorbibile e supervalutazione oltre 65%	30
Art. 64	E - Invalidità permanente modulare	31
Art. 65	F - Tabella di supervalutazione arti superiori	32
Art. 66	G - Tabella di supervalutazione: vista, udito e voce	32
CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA		
Art. 67	N - Inabilità temporanea integrale	33
Art. 68	O - Supervalutazione dell'inabilità temporanea	33
CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLE GARANZIE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA - INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST- RICOVERO		
Art. 69	P - Estensione della garanzia alle malattie	33
CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE, INVALIDITÀ PERMANENTE E RIMBORSO SPESE DI CURA		
Art. 70	H - Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco	35
Art. 71	I - Immersione subacquea con autorespiratore	35
Art. 72	L - Speleologia	35
Art. 73	M - Pugilato, atletica pesante, arti marziali, salto dal trampolino con idrosci, rugby e football americano	35
CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE		
Art. 74	R - Deroga al patto di tacita proroga	35
SEZIONE MALATTIA - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA		
LE GARANZIE		
Art. 75	Invalidità permanente da malattia	36
Art. 76	Invalidità permanente da ictus cerebrale o infarto miocardico	37
Art. 77	Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente da malattia e invalidità permanente da ictus o infarto	38
Art. 78	Rimborso spese mediche - grandi interventi chirurgici	38
Art. 79	Criteri di liquidazione	39

GARANZIA FACOLTATIVA RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	
Art. 80 Rendita vitalizia da malattia	40
GARANZIA FACOLTATIVA RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO	
Art. 81 S – Franchigia e supervalutazione della invalidità permanente da ictus o infarto	40
NORME COMUNI	
Art. 82 Informazioni inerenti lo stato di salute	41
Art. 83 Termini di aspettativa	41
Art. 84 Esclusioni	41
Art. 85 Rischi assicurabili con patto speciale	42
SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI	
Art. 86 Obblighi del contraente e/o dell'assicurato in caso di sinistro	42
Art. 87 Controversie: arbitrato irrituale	43
SEZIONE TUTELA LEGALE - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	
Art. 88 Oggetto dell'assicurazione e prestazioni garantite	44
Art. 89 Delimitazioni dell'oggetto dell'assicurazione	44
Art. 90 Esclusioni	45
Art. 91 Insorgenza del caso assicurativo	45
Art. 92 Denuncia del caso assicurativo e libera scelta del legale	45
Art. 93 Fornitura dei mezzi di prova e dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa	46
Art. 94 Gestione del caso assicurativo	46
Art. 95 Recupero di somme	46
Art. 96 Estensione territoriale	46
SEZIONE ASSISTENZA - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	
Art. 97 Servizio di assistenza	47
Art. 98 Prestazioni di assistenza	47
Art. 99 Limiti territoriali	49
Art. 100 Limiti di esposizione	49
Art. 101 Norme specifiche	50
Art. 102 Condizione aggiuntiva Q - assistenza infermieristica domiciliare	50
ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI	51
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	55
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE	58
IN CASO DI SINISTRO	
Denuncia del sinistro - lettera tipo	61

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate, ove previsto, dalle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario (mod. 220043) o nelle Dichiarazioni sanitarie (mod. 220044), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220040).

Resta pertanto inteso che si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in polizza e nel Questionario sanitario / Dichiarazioni sanitarie e che l'assicurazione è prestata per le somme o i massimali indicati in polizza, fatti salvi i limiti di rimborso e le franchigie eventualmente previste in polizza o nelle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza.

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate:
- con stampa su sfondo arancione nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 250060).

DEFINIZIONI

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Società e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale:

AMBULATORIO

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

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui causato da un sinistro.

BENEFICIARIO

La persona o le persone designate in polizza quali titolari del diritto all'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

CASO ASSICURATIVO

Nell'ambito della garanzia di Tutela legale è la controversia per la quale è prevista l'assicurazione.

CENTRO DIAGNOSTICO

Poliambulatorio sanitario, regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche.

CENTRO FISIOTERAPICO E RIABILITATIVO

Centro regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni riabilitative e rieducative composto da operatori qualificati.

CONTRAENTE

Il soggetto che sottoscrive l'assicurazione e paga il premio.

CONVALESCENZA

Il periodo temporale, successivo ad un ricovero, compreso tra la fine della fase acuta dell'alterazione della stato di salute e la stabilizzazione o la guarigione.

DAY HOSPITAL

La degenza in istituto di cura senza pernottamento non comportante intervento chirurgico.

DAY SURGERY

La degenza in istituto di cura senza pernottamento comportante intervento chirurgico.

FRANCHIGIA

La percentuale, il numero di giorni o l'importo prestabiliti deducibili dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società

GESSATURA

L'immobilizzazione di arti, apparati e distretti anatomici mediante apparecchi ortopedici immobilizzanti realizzati con gesso espressamente modellato o altri materiali similari.

Può consistere anche nell'immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione, **prescritta da specialista ortopedico**, sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano **cl clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia**. È equiparata a gessatura anche l'immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia assicurativa:

- a) le fasce elastiche in genere (ad eccezione degli anelli ad otto o di Gill Christ);
- b) i bendaggi alla colla di zinco o cosiddetti "mollì";
- c) i busti ortopedici elastici;
- d) i collari di Schanz, Colombari o Philadelphia;
- e) altri mezzi di semplice sostegno, contenimento o immobilizzazione aventi analoghe caratteristiche di quelli elencati alle precedenti lettere a), b), c) e d).

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici riportato a pag. 60 o altri interventi, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili.

ICTUS CERBRALE (ICTUS di seguito)

Accidente cerebro-vascolare costituito da emorragia o infarto del tessuto cerebrale a seguito di trombosi o embolia, quest'ultima anche di origine extracranica, a esordio brusco che provochi sintomi neurologici di durata superiore alle 24 ore da cui discendono deficit neurologici permanenti documentabili. Sono esclusi TIA, deficit reversibili, lesioni cerebrali da traumi o ipossia.

INDENNIZZO

La somma dovuta dalla Società all'Assicurato/Beneficiario in caso di sinistro.

INABILITÀ TEMPORANEA

La temporanea incapacità fisica ad attendere, in tutto od in parte, alle proprie occupazioni.

INFARTO MIOCARDICO (INFARTO di seguito)

Necrosi di una porzione di tessuto miocardico dovuta ad inadeguata perfusione sanguigna accertata strumentalmente da modificazioni specifiche elettrocardiografiche, innalzamento dei marker enzimatici cardiaci.

INFORTUNIO

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO

Atto medico perseguito attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad intervento chirurgico anche: riduzione incruenta di fratture e lussazioni, diatermocoagulazione, crioterapia, litotrixxia, biopsia, endoscopia con biopsia, gessatura, sutura.

INVALIDITÀ PERMANENTE

La perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità a svolgere, in tutto o in parte, un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

ISTITUTO DI CURA

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono considerati istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani.

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA COESISTENTE

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che non determini alcuna influenza sulla malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa sistemi organo - funzionali diversi.

MALATTIA CONCORRENTE

Malattia o invalidità presente nell'Assicurato, che determini una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata come sinistro, e/o sulla invalidità permanente da essa causata, in quanto interessa uno stesso sistema organo - funzionale.

MASSIMALE

La somma fino a concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dalle Parti, che prova l'assicurazione.

PREMIO

Il corrispettivo che il Contraente versa alla Società per l'Assicurazione.

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.

RISCHIO

La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

SCOPERTO

La percentuale dell'importo liquidabile che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato il quale non può, sotto pena di decadenza da ogni diritto all'indennizzo, farla assicurare da altri.

SINISTRO

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

SFORZO

Esplicazione di forza con prestazione muscolare straordinaria e sproporzionata rispetto alle condizioni fisiche del soggetto con riferimento alla sua età, sesso, abitudini di vita, attività lavorativa, sport praticati.

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SPORT PROFESSIONISTICO

Attività sportiva svolta in maniera continuativa, con qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualsiasi natura – a carattere ricorrente - che costituisca reddito imponibile. Non si considera sport professionistico l'attività sportiva a fronte della quale viene percepito il rimborso delle spese effettivamente sostenute nonché, se presente, una remunerazione in premi o in denaro purché la stessa non costituisca fonte di reddito imponibile, neanche come redditi diversi, ai sensi del TUIR 917.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura della società di gestione dei servizi di assistenza costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni della garanzia di assistenza.

UNICO CASO ASSICURATIVO

Il fatto dannoso e/o la controversia che coinvolge più Assicurati

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE**ART. 1****DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE 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.

ART. 2**AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione scritta alla Società dell'aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

ART. 3**DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile: in tal caso la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 4**ALTRE ASSICURAZIONI**

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

L'omessa comunicazione, ai sensi del medesimo articolo, può comportare la perdita del diritto all'indennizzo. Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dallo stesso Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Società, entro 30 giorni dalla comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione con preavviso di almeno 60 giorni.

Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie di altri servizi.

ART. 5**PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLE GARANZIE**

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

Resta in ogni caso fermo il periodo di aspettativa, o la diversa decorrenza della garanzia così come eventualmente indicato negli articoli delle Condizioni di Assicurazione.

Il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società ed è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, a parziale deroga dell'art. 1901 del Codice Civile.

Se il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24:

- del 60° giorno successivo a quello del pagamento della rata arretrata per le malattie;
- del giorno in cui si effettua il pagamento per gli infortuni e gli altri eventi garantiti.

Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento della rata arretrata il contratto è risolto di diritto.

ART. 6**MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE**

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

ART. 7**OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO** (vedere anche artt. 38 e 84)

In caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, come previsto dalla normativa vigente.

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

ART. 8**PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE**

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Invalidità Permanente da Ictus cerebrale o infarto miocardico, se operanti, cessano, senza obbligo di disdetta, non oltre la scadenza indicata in polizza, ferma la vigenza del contratto. Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

ART. 9**ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA**

Gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

I diritti derivanti dalla polizza, invece, spettano all'Assicurato e il Contraente non potrà farli valere se non con espresso consenso dell'Assicurato.

ART. 10**RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile.

ART. 11**PERSONE NON ASSICURABILI**

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidei, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 12**ONERI FISCALI**

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 13**ESTENSIONE TERRITORIALE**

Qualora non diversamente indicato nelle singole garanzie o servizi, l'assicurazione è valida in tutto il mondo. Ai fini della operatività delle garanzie, sarà considerata valida solo la valutazione dell'Invalidità Permanente che sia stata effettuata in Italia; l'Inabilità Temporanea, al di fuori dall'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

ART. 14**ADEGUAMENTO AUTOMATICO DELLE SOMME ASSICURATE E DEI PREMI**

La Convenzione di cui al testo che segue è valida ed operante esclusivamente quando nella Polizza (mod. 220040) risulta specificato il numero indice iniziale, in mancanza del quale il testo che segue deve intendersi nullo e privo di qualsiasi effetto.

Le garanzie previste dalla presente polizza sono soggette ad aggiornamento automatico mediante riferimento all'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati (FOI) pubblicato dall'Istituto Centrale di Statistica (di seguito denominato ISTAT).

Pertanto le somme assicurate, i massimali e i limiti di indennizzo espressi in cifra assoluta, figuranti nel contratto, nonché i relativi premi, saranno modificati proporzionalmente alle variazioni dell'indice di scadenza in rapporto all'indice iniziale qui di seguito definiti. L'indice iniziale, di cui viene fornita indicazione in Polizza (mod. 220040), è l'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati pubblicato dall'ISTAT nel mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipula dell'assicurazione.

L'indice di scadenza, che sarà riportato su ciascuna quietanza di premio, è costituito dall'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati pubblicato dall'ISTAT nel mese di giugno dell'anno precedente a quello della data della quietanza.

Qualora venisse sospesa o comunque non effettuata la pubblicazione ufficiale dell'indice, potrà essere preso

come riferimento un altro indice pubblicato dall'ISTAT simile a quello dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, la cui validità deve tuttavia essere limitata al periodo di una rata annuale di premio, salvo rinnovo da convenirsi di volta in volta.

In caso di disaccordo del Contraente, le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo e il premio della polizza rimarranno quelli risultanti dall'ultima variazione effettuata e ciascuna delle Parti avrà facoltà di rescindere il contratto dalla successiva ricorrenza annuale, con preavviso di 60 giorni da darsi mediante lettera raccomandata.

Gli aumenti e le riduzioni delle somme assicurate, dei massimali o dei limiti di indennizzo (franchigie escluse) – se espressi in cifra assoluta – e del premio, seguono l'andamento dell'indice e decorreranno a partire da ogni ricorrenza annuale e saranno validi sino alla ricorrenza successiva.

Nei 30 giorni del termine di rispetto stabilito dall'art. 6 verrà considerato in vigore l'indice riportato sulla relativa quietanza di premio scaduta e non ancora saldata.

Le Parti hanno facoltà in qualsiasi momento a rinunciare all'applicazione della presente convenzione mediante lettera raccomandata da inviarsi all'altra Parte almeno 60 giorni prima della ricorrenza annuale del premio; in tal caso le somme assicurate, i massimali, i limiti di indennizzo e il premio della polizza rimarranno quelli risultanti dall'ultima variazione effettuata.

Il suddetto adeguamento:

- non è mai operante per le garanzie assistenza, tutela legale, rendita vitalizia da malattia, rendita vitalizia da infortunio.

ART. 15

BONUS IN ASSENZA DI SINISTRI

Trascorsi almeno cinque anni consecutivi senza che sia stato corrisposto alcun indennizzo per qualsiasi persona assicurata e per qualsiasi garanzia, esclusa l'assistenza, la Società riconoscerà uno speciale bonus consistente nella maggiorazione del 10% dell'indennizzo liquidabile a termini di polizza per le garanzie Morte da infortunio, Invalidità permanente da infortunio, Invalidità permanente da malattia, Inabilità temporanea, Indennità giornaliera da ricovero – Indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero, Indennità giornaliera da gessatura, se prestate.

Fermo quanto sopra, nel caso la presente polizza sia emessa in sostituzione di altra polizza "PluriAttiva Infotuni", il bonus verrà riconosciuto sui capitali della polizza originaria - o su quelli della polizza in essere al momento del sinistro se inferiori – e comunque sarà valido solo per le persone e per le garanzie in origine assicurate.

Tale bonus, una volta maturato, verrà riconosciuto soltanto in occasione del primo sinistro che dia luogo a indennizzi riferibili alle garanzie sopra elencate.

Qualsiasi sinistro che abbia dato origine alla corresponsione di indennizzo da parte della Società, a prescindere dalla garanzia colpita, annullerà ogni diritto al bonus.

ART. 16

RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE INFORTUNI - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

FORME DI COPERTURA

La Forma di Copertura operante, per ogni Assicurato, è quella esplicitamente richiamata nella Polizza (mod. 220040)

ART. 17

FORMA DI COPERTURA COMPLETA

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

- delle attività professionali, dichiarate in Polizza (mod. 220040);
- di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità.

ART. 18

FORMA DI COPERTURA PROFESSIONALE

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

- delle attività professionali, dichiarate in Polizza (mod. 220040) o che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa.

ART. 19

FORMA DI COPERTURA EXTRAPROFESSIONALE

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

- di ogni attività svolta senza carattere di professionalità.

ART. 20

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività descritte nella Forma di Copertura (vedere artt. 17, 18 e 19) indicata in Polizza (mod. 220040).

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia **non di origine morbosa**;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazione accidentale di sostanze tossiche;
- c) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, **escluse la malaria, le malattie tropicali e nonché le conseguenze delle punture di zecca**;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento od il congelamento;
- f) la folgorazione;
- g) i colpi di sole e di calore;
- h) le lesioni muscolari da sforzo e le ernie da trauma esterno e/o da sforzo, così come previsto all'art. 42, **salvo quanto disposto dall'art. 21 lettera q**;
- i) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- l) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- m) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- o) la rottura sottocutanea del tendine di Achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine del quadricipite femorale, **nei limiti di quanto riportato nell'apposita tabella per l'accertamento dell'invalidità permanente**;
- p) gli infortuni subiti come conducente di qualsiasi veicolo o natante a motore, compresi motocicli di qualsiasi cilindrata, purché l'Assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, o con patente scaduta, **sempreché l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro o alla dimissione dall'istituto di cura se l'infortunio ha comportato ricovero, o come trasportato sugli stessi**;
- q) gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana;
- r) gli infortuni derivanti dalla pratica puramente ricreativa e non professionale di qualsiasi sport, **salvo quanto disposto dall'art. 21 lett. e, f, g**.

ART. 21

ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni avvenuti durante:

- a) l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore:
 - in pista od in percorsi di gara;
 - in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura.
- b) la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- c) la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione, con o senza motore, se l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza;

- d) la guida o l'uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, salvo quanto disposto dal successivo art. 43;
- e) la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale:
 - pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- f) competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo, salvo quanto disposto dal successivo art. 44;
- g) partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
- h) il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- i) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- l) ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti da parte dell'Assicurato;
- m) atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- n) movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dal successivo art. 45;
- o) guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, salvo quanto disposto dal successivo art. 46;
- p) trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc.).

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- q) gli infarti di ogni tipo, nonché le ernie diverse da quelle previste all'art. 20 lettera h);
- r) le conseguenze di contaminazioni chimiche e biologiche da atti di terrorismo.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

LE GARANZIE

Le Garanzie seguenti sono operanti solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) siano indicate, per ogni Assicurato, le relative somme

ART. 22

MORTE

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di Morte non è cumulabile con quello di Invalidità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per Invalidità Permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi testamentari o legittimi dell'Assicurato hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte – se superiore – e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Garanzie sempre operanti qualora prestata in polizza la Garanzia Morte

ART. 23

MORTE PRESUNTA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato, e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà la somma assicurata per il caso di Morte.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta, a termini degli artt. 60 e 62 del Codice Civile.

Resta comunque inteso che, ove risulti che l'Assicurato è vivo, la Società ha il diritto alla restituzione della somma pagata; solo a restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita.

ART. 24

COMMORIENZA CONIUGI DA INFORTUNIO

Nel caso in cui, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, determinato da uno stesso evento, consegua la morte dei coniugi, e sempreché gli stessi lascino figli, minori o portatori di handicap, anche non conviventi, la Società riconosce una ulteriore indennità pari al 50% della somma spettante ai minori o portatori di handicap stessi quali beneficiari per il caso di Morte.

ART. 25

MORTE A SEGUITO DI RAPINA, TENTATA RAPINA, ESTORSIONE E TENTATIVO DI SEQUESTRO

La Società paga ai figli e/o al coniuge non legalmente separato dall'Assicurato, che risultino espressamente indicati quali beneficiari dell'assicurazione, la somma convenuta per il caso di morte aumentata del 50% quando l'Assicurato muore in conseguenza di un infortunio subito a seguito di reato di rapina, tentata rapina, estorsione, tentativo di sequestro, perpetrati a danno dell'Assicurato stesso.

La presente estensione di garanzia non è cumulabile con quella prevista all'articolo precedente.

ART. 26

TRASFORMAZIONE DEL CAPITALE CASO MORTE IN RENDITA

All'atto della stipula, ogni Assicurato presente in polizza ha la facoltà di scegliere che il capitale caso morte venga trasformato, in caso di sinistro, in una rendita immediata a favore di un beneficiario, tramite la stipula di una polizza di assicurazione con la Società. Tale scelta deve essere effettuata compilando l'allegato - beneficiari trasformazione in rendita (mod. 220045).

La rendita annua, pagabile in rate semestrali posticipate e calcolata secondo le tariffe in vigore alla data di inizio della corresponsione, potrà avere le seguenti caratteristiche:

- rendita certa, per beneficiari di età inferiore ai 25 anni, fino al compimento del 25esimo anno di età. Nel caso il beneficiario sia minorenne, l'impiego dell'indennità è subordinato alla presentazione del decreto di autorizzazione del Giudice Tutelare che preveda l'espresso esonero della responsabilità della Società sul reimpiego della somma;
- rendita vitalizia, per beneficiari di età non inferiore a 60 anni o portatori di handicap all'atto della stipula.

ART. 27

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

Il grado di invalidità permanente va accertato facendo riferimento ai valori ed ai criteri di seguito elencati:

Valori

Tabella accertamento grado di Invalidità Permanente**Perdita totale, anatomica o funzionale, di:**

	Destro	Sinistro
- un arto superiore	70%	60%
- una mano o un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano		1/3 del valore del dito

Anchilosi:

- dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	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 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%
- di un piede	40%
- di ambedue i piedi	100%
- di un alluce	5%
- di un altro dito del piede	1%
- della falange ungueale dell'alluce	2,5%

Postumi di lesioni meniscali:

- se complete e disposte in senso trasversale	3%
- in tutti gli altri casi	1%

Postumi di rottura completa di legamento del ginocchio:

- collaterale interno	12%
- collaterale esterno	8%
- crociato anteriore	6%
- crociato posteriore	6%

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 del nervo:

- sciatico popliteo esterno	15%
-----------------------------	-----

Esiti di rottura completa tendinea indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivo:

- tendine di Achille	4%
- tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori	5%
- quadricipite femorale	5%

Esiti di frattura scomposta di una costa

1%

Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:

- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12° dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%

Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo

2%

Esiti di frattura del sacro

3%

Esiti di frattura del coccige con callo deforme

5%

Perdita totale anatomica o funzionale di:

- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%

Perdita totale

- voce	30%
--------	-----

Sordità completa di:

- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%

Stenosi nasale assoluta:

- monolaterale	4%
- bilaterale	10%

Perdita anatomica di:

- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Criteri

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

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla tabella suindicata vengono ridotte in proporzione alla effettiva funzionalità perduta.

Per i casi non previsti nella tabella di cui sopra, l'accertamento dell'invalidità permanente è stabilito, considerando i valori ed i criteri utilizzati per i casi indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo assoluto del 100%.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra richiamate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso. La percentuale di invalidità permanente verrà accertata previa presentazione del certificato di guarigione e comunque non prima che si siano stabilizzati i postumi.

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi l'importo liquidato o comunque offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Garanzie sempre operanti qualora prestata in polizza la Garanzia Invalidità Permanente da Infortunio

ART. 28**INVALIDITÀ PERMANENTE GRATUITA A FAVORE DI FIGLI MINORI DI CINQUE ANNI**

Qualora un infortunio indennizzabile a termini di polizza determini una invalidità permanente superiore al 50% a carico di un figlio di genitori, entrambi assicurati per il caso di Invalidità Permanente con la presente polizza, di età inferiore a cinque anni al momento del sinistro e non assicurato con la presente o con altre polizze con la Società, verrà riconosciuto un indennizzo forfetario.

L'importo dell'indennizzo sarà pari al 40% del minore dei capitali Invalidità Permanente assicurati dai genitori e comunque non inferiore a € 25.000,00 e non superiore a € 250.000,00.

ART. 29**ADATTAMENTO DELL'ABITAZIONE**

Qualora, a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza da cui residui all'Assicurato una invalidità permanente superiore al 66%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua casa che gli consentano di continuare ad abitarla (installazione rampe di accesso, allargamento porta etc), la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute per effettuare tali adattamenti comprese le spese di progettazione, fino a concorrenza di € 10.000,00 per evento e per anno assicurativo.

ART. 30**ADATTAMENTO DELL'AUTOVETTURA**

Qualora, a seguito di un infortunio indennizzabile a termini di polizza da cui residui all'Assicurato una invalidità permanente superiore al 66%, sia necessario far realizzare degli adattamenti alla sua autovettura che gli consentano di continuare a guidare, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute per effettuare tali adattamenti fino a concorrenza di € 2.500,00 per evento e per anno assicurativo.

ART. 31**CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE E RELATIVE FRANCHIGIE – OPZIONE BASE**

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 27.

La liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella sottostante.

Qualora siano richiamate in polizza (mod. 220040) una o più condizioni facoltative relative alla garanzia di Invalidità Permanente nella liquidazione dell'indennizzo saranno applicate le norme più favorevoli all'Assicurato.

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 400.000,00	da € 400.000,00 e fino a € 800.000,00	oltre € 800.000,00
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	0	0	0
5	2	0	0	0
6	3	1	0	0
7	4	2	0	0
8	5	3	0	0
9	6	4	0	0
10	7	5	0	0
11	8	6	1	0
12	9	7	2	0
13	10	8	3	0
14	11	9	4	0
15	12	10	5	0
16	13	11	6	1
17	14	12	7	2
18	15	13	8	3
19	16	14	9	4
20	17	15	10	5
21	18	16	11	6
22	19	17	12	7
23	20	18	13	8
24	21	19	14	9
25	22	20	15	10
26	23	21	16	11
27	24	22	17	12
28	25	23	18	13
29	26	24	19	14
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 400.000,00	da € 400.000,00 e fino a € 800.000,00	oltre € 800.000,00
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
66	100	100	100	100
67	100	100	100	100
68	100	100	100	100
69	100	100	100	100
70	100	100	100	100
71	100	100	100	100
72	100	100	100	100
73	100	100	100	100
74	100	100	100	100
75	100	100	100	100
76	100	100	100	100
77	100	100	100	100
78	100	100	100	100
79	100	100	100	100
80	100	100	100	100
81	100	100	100	100
82	100	100	100	100
83	100	100	100	100
84	100	100	100	100
85	100	100	100	100
86	100	100	100	100
87	100	100	100	100
88	100	100	100	100
89	100	100	100	100
90	100	100	100	100
91	100	100	100	100
92	100	100	100	100
93	100	100	100	100
94	100	100	100	100
95	100	100	100	100
96	100	100	100	100
97	100	100	100	100
98	100	100	100	100
99	100	100	100	100
100	100	100	100	100

ART. 32**INABILITÀ TEMPORANEA**

Se l'infortunio ha per conseguenza una inabilità temporanea dell'Assicurato, la Società liquida l'importo dell'indennità giornaliera assicurata:

- integralmente, per tutto il tempo in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- al 50% per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

ART. 33**CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA E RELATIVE FRANCHIGIE**

L'indennità per Inabilità Temporanea viene corrisposta per il periodo massimo di 365 giorni. Il periodo di Inabilità Temporanea decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

La liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata previa deduzione dal periodo di inabilità temporanea dei giorni di franchigia indicati in polizza.

ART. 34**RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA**

In conseguenza di infortunio e fino a concorrenza del massimale assicurato, la Società rimborsa:

- A - le spese sostenute entro 365 giorni dall'infortunio:
- a) per accertamenti diagnostici, compresi onorari dei medici;
 - b) per assistenza medica ed esami;
 - c) per cure odontoiatriche ed ortodontiche;
 - d) per protesi dentaria necessitata dalla perdita cruenta di uno o più denti, escluso il rifacimento di protesi preesistenti, fino a concorrenza di un importo non superiore al 15% del massimale assicurato;
 - e) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure in genere (anche termali), sempre che riconosciute dalla medicina ufficiale e che utilizzano, quindi, metodiche conformi alla medicina scientifica, con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera, fino a concorrenza di un importo non superiore al 25% del massimale assicurato;
- B - le spese sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero entro 365 giorni dall'infortunio:
- a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - b) per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e protesici applicati durante l'intervento;
 - c) per rette di degenza.

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero, l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di ricovero, pari a € 130,00, fino ad un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

C - le spese sostenute per il trasporto in ambulanza o qualunque altro mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura, con un limite di rimborso pari al 20% del massimale prescelto dall'Assicurato.

Non sono previsti rimborsi in caso di danni estetici dovuti a sfregi o deturpazioni conseguenti ad infortunio.

ART. 35**CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE DI CURA**

Con riferimento alle garanzie di cui all'art. 34 il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali, delle relative notule, distinte e ricevute fiscalmente valide, debitamente quietanzate.

La Società, a richiesta, restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato e/o il Contraente abbiano presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

ART. 36**INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO**

La Società, nei casi di:

- ricovero reso necessario da infortunio;
- day hospital o day surgery, reso necessario da infortunio;

corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza per ciascun giorno di ricovero (o di day hospital / day surgery), compresi quello iniziale e quello finale, per un periodo massimo di 365 giorni per ciascun ricovero.

Si conviene inoltre che nei casi di:

- intervento chirurgico effettuato presso un ambulatorio;
- accertamenti presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso per un periodo superiore a 24 ore consecutive;

l'importo giornaliero assicurato si intende dimezzato e viene riconosciuto per un solo giorno.

ART. 37

INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA

La Società, nel caso di gessatura, conseguente ad infortunio, con o senza ricovero, indennizzabile a termini di polizza, corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato indicato in polizza, per ciascun giorno di gessatura, a partire dal giorno di applicazione sino a quello di rimozione della stessa, per un periodo massimo di 60 giorni per sinistro.

Si conviene che, in caso di:

- immobilizzazione dovuta a frattura del bacino, fratture scomposte delle coste o a frattura composta di almeno due archi costali, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione con il massimo di 60 giorni per sinistro;

e che, in caso di:

- immobilizzazione delle dita, l'importo giornaliero assicurato viene corrisposto per il periodo di effettiva immobilizzazione con il massimo di 20 giorni per sinistro.

Si conviene inoltre che qualora successivamente alla rimozione della gessatura sia prescritta una convalescenza di almeno 5 giorni, la Società corrisponde all'Assicurato un ulteriore importo forfetario, pari al 25% dell'importo indennizzabile per gessatura con il massimo di € 2.000,00 per sinistro. Si precisa che in caso di gessatura conseguente ad infortunio con ricovero, l'Assicurato, potrà scegliere, in alternativa alla convalescenza forfetaria, la corresponsione della Indennità Giornaliera da Convalescenza post-ricovero se richiamata in polizza e a lui più favorevole.

In caso di immobilizzazione mediante tutori ortopedici esterni di materiale vario, fissatori esterni, stecche digitali che raggiungano le stesse finalità terapeutiche del gesso da modellare e la cui applicazione sia resa necessaria a seguito di fratture ossee, lesioni capsulari o rotture legamentose complete o parziali che siano clinicamente diagnosticate e documentate con radiografie o TAC o RM o ecografia o artroscopia, l'indennità verrà corrisposta purché l'applicazione di tali mezzi di immobilizzazione sia prescritta da specialista ortopedico e per il numero di giorni dallo stesso specialista prescritti fermi i massimi sopra previsti.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI**ART. 38****OBBLIGHI DI DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED ONERI RELATIVI**

Fermo quanto previsto dall'art. 7, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive 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. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 39**CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ**

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

ART. 40**ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA**

Fermo il disposto degli artt. 1, 2, 3 e 21 delle Condizioni di Assicurazione, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, nel caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

La classe professionale di pertinenza dell'attività svolta dall'Assicurato si determina facendo riferimento all'"Elenco delle attività professionali" riportato nel presente fascicolo. Per la classificazione di attività professionali non specificate nel suddetto elenco, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività professionale elencata.

		CLASSE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA			
		A	B	C	D
ATTIVITÀ SVOLTA AL MOMENTO DELL'INFORTUNIO	A	100%	100%	100%	100%
	B	70%	100%	100%	100%
	C	55%	75%	100%	100%
	D	35%	50%	65%	100%

ART. 41**CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di divergenze sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata dell'Inabilità Temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 39, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

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

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

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

GARANZIE SEMPRE OPERANTI**ART. 42****ERNIE**

A maggior precisazione di quanto previsto all'art. 20 lett. h), limitatamente alle ernie traumatiche o da sforzo, si conviene che:

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico come riportato nell'art. 41.

ART. 43**RISCHIO VOLO**

A parziale deroga dell'art. 21 lett. d), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

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

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

ART. 44**RISCHI SPORTIVI CON PARTICOLARI LIMITAZIONI**

A parziale deroga dell'art. 21 lett. f) si conviene che l'assicurazione è estesa, eccezion fatta per la garanzia di Inabilità Temporanea, a:

- competizioni e relative prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo, sempreché praticati a livello non professionale.

In questi casi l'indennizzo per invalidità permanente dovuto a termini di polizza è ridotto del 30%, e il rimborso spese di cura dovuto a termini di polizza è effettuato previa detrazione di uno scoperto del 30%.

ART. 45**RISCHIO CALAMITÀ NATURALI**

A parziale deroga dell'art. 21 lett. n), limitatamente alle sole garanzie Morte e/o Invalidità Permanente (qualora operanti), sono compresi gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

La presente prestazione opera fino a concorrenza del 20% delle somme assicurate per Morte e/o Invalidità Permanente con il massimo di € 100.000,00 per sinistro.

ART. 46**RISCHIO GUERRA**

A parziale deroga dell'art. 21 lett. o), sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino – e derivanti da guerra, insurrezione, stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto.

ART. 47**SPESE DI SOCCORSO**

In caso di infortunio dell'Assicurato, la Società rimborsa le spese rese necessarie per il suo trasporto dal luogo dell'infortunio a quello di cura (ospedale, clinica, ambulatorio) a mezzo di autoambulanza, di aereo od elicottero.

La Società effettua il rimborso agli aventi diritto su presentazione, in originale, dei documenti giustificativi e a cure ultimate.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Tale prestazione deve intendersi valida solo qualora l'Assicurato sia garantito con la presente polizza per la garanzia Invalidità Permanente.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di € 1.000,00 per sinistro.

ART. 48**DANNI ESTETICI**

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non comporti indennizzi a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà le spese sostenute e documentate dall'Assicurato entro 365 giorni dall'infortunio stesso per le cure e le applicazioni nonché per interventi di

chirurgia plastica e estetica effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute fiscalmente valide debitamente quietanzate.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Tale prestazione deve intendersi valida solo qualora l'Assicurato sia garantito con la presente polizza per la garanzia Invalidità Permanente.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di € 5.000,00 per sinistro.

ART. 49

PERDITA ANNO SCOLASTICO

In favore di Assicurati di età non superiore a 20 anni, che risultino regolarmente iscritti a scuole di istruzione primaria o secondaria, e che, in conseguenza di infortunio rientrante in garanzia, siano impossibilitati alla frequenza delle lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponderà un indennizzo a copertura delle spese per il recupero dell'anno scolastico perso. Il pagamento dell'indennità di cui sopra viene effettuato solo dietro presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità scolastica da cui risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

Tale prestazione deve intendersi valida solo qualora l'Assicurato sia garantito con la presente polizza per la garanzia Invalidità Permanente.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di € 1.000,00 per sinistro.

ART. 50

COLLABORATRICE FAMILIARE

Nei casi di:

- ricovero in Istituto di Cura per infortunio indennizzabile a termini di polizza, sempreché il ricovero abbia una durata continuativa di almeno 6 giorni;
- immobilizzazione gessata, anche senza ricovero, che sia conseguente ad infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza;

la Società rimborsa le spese effettivamente sostenute dall'Assicurato, che convive con i propri figli, minori o portatori di handicap, per le prestazioni di una collaboratrice familiare regolarmente assunta, nel rispetto delle norme sul collocamento, incaricata della custodia ed assistenza dei minori o portatori di handicap.

Detta garanzia è prestata per un periodo pari a quello della degenza o della gessatura, con il massimo di 30 giorni complessivi per sinistro e per anno assicurativo.

Tale prestazione deve inoltre intendersi valida solo qualora l'Assicurato sia garantito con la presente polizza per le garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero, Indennità Giornaliera da Convalescenza Post-Ricovero, Indennità Giornaliera da Gessatura.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di un importo giornaliero di € 40,00.

ART. 51

ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società, a titolo di acconto, su richiesta del Contraente o dell'Assicurato, anticipa:

1. l'indennizzo maturato fino al momento della richiesta, nei seguenti casi:
 - a) Inabilità Temporanea totale ininterrotta di almeno 45 giorni;
 - b) Indennità Giornaliera da Ricovero, Indennità Giornaliera da Convalescenza Post-Ricovero, Indennità Giornaliera da Gessatura di almeno 30 giorni;
 - c) Rimborso Spese di Cura.
2. fino ad 1/3 del presumibile indennizzo in caso di:
 - a) Invalidità Permanente, stimata dalla Società superiore al 20% in base alla documentazione acquisita e sempre che siano decorsi almeno 150 giorni dalla data di presentazione della denuncia.

L'anticipo di cui sopra verrà erogato solo qualora non siano sorte contestazioni sull'operatività delle garanzie, entro 45 giorni dalla richiesta, ed una sola volta per sinistro.

GARANZIE FACOLTATIVE**RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE**

La Garanzia seguente è operante solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia indicata, per ogni Assicurato, la relativa rata mensile assicurata

ART. 52**RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO**

Nel caso in cui, a seguito di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, residui all'Assicurato una invalidità permanente da infortunio di grado pari o superiore al 66% della totale - accertata in base ai criteri indicati all'art. 27 - la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente da infortunio di cui all'art. 27, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in Polizza.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula di specifica polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

L'effetto della polizza vita coinciderà con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'invalidità permanente da infortunio di cui all'art. 27. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

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

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA RIMBORSO SPESE DI CURA

La Garanzia seguente è operante solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia indicata, per ogni Assicurato, la somma assicurata

ART. 53**RIMBORSO SPESE DI CURA DANNI ESTETICI**

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato riporti lesioni al viso tali da provocarne lo sfregio permanente o la deturpazione, la Società riconosce il rimborso delle spese sostenute per cure ed applicazioni effettuate, entro due anni dalla guarigione clinica - sempreché la polizza sia in vigore -, allo scopo di ridurre o eliminare il danno estetico nonché per interventi di chirurgia plastica e estetica.

Il rimborso spese per danni estetici è riconosciuto fino alla concorrenza di € 10.000,00 con riferimento ai danni estetici e complessivamente per uno o più sinistri verificatisi nel medesimo periodo di assicurazione annuo; è esteso a lesioni subite in altre parti del corpo sempreché l'Assicurato abbia riportato un'Invalidità Permanente superiore al 3%.

L'assicurazione non riconosce le spese per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici preesistenti all'evento. La Società assicura il rimborso delle spese sanitarie sostenute:

- a) durante il ricovero per:
- onorari di medici e di chirurghi;
 - diritti di sala operatoria e materiali ed apparecchiature applicati durante l'intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza e cure mediche, esami ed accertamenti diagnostici.

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero, l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di ricovero, pari a € 130,00, fino ad un massimo di 90 giorni. La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come un'unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

- b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o, in assenza di ricovero, alla prima cura o applicazione e sempreché la polizza sia in vigore, per:
- prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami, purché relativi al danno estetico e prescritti dal medico curante.

Sono in ogni caso esclusi i medicinali e le protesi dentarie.

Criteri di liquidazione

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici attestanti l'entità e la sede delle lesioni e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dalla Società, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO

La Garanzia seguente è operante solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia indicata, per ogni Assicurato, la somma assicurata

ART. 54**INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST-RICOVERO**

La Società, in caso di:

- ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini dell'art. 36, corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato, per ogni giorno di convalescenza, a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'istituto di cura, con il limite massimo di 20 giorni per sinistro o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero di giorni non superiore a 3 volte quelli di ciascun ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni per sinistro.

Si conviene, inoltre, che in caso di:

- day hospital o day surgery, reso necessario da infortunio, l'importo giornaliero assicurato da corrispondere per convalescenza post ricovero si intende dimezzato.

L'indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero verrà corrisposta in quanto necessaria per la guarigione clinica o per la stabilizzazione dei postumi e purché la stessa sia prescritta e documentata dai sanitari che hanno avuto in cura l'Assicurato o dal medico curante e sempre che l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa.

OPZIONI ALTERNATIVE DI CRITERI DI LIQUIDAZIONE E FRANCHIGIE RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Le seguenti opzioni facoltative sono operanti, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata l'opzione con il relativo numero romano

ART. 55**Opzione I – INVALIDITÀ PERMANENTE SENZA FRANCHIGIA**

A parziale deroga dell'art. 31, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata in base alle percentuali riportate nelle tabelle che seguono in funzione della somma assicurata.

Qualora la somma assicurata per Invalidità Permanente riportata in polizza (mod. 220040) sia inferiore a € 300.000,00 la liquidazione dell'indennizzo verrà così effettuata:

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata		% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata	
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 300.000,00		fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 300.000,00
1	0,5	0	51	51	51
2	1	0	52	52	52
3	1,5	0	53	53	53
4	2,5	0	54	54	54
5	3,5	0	55	55	55
6	4,5	1	56	56	56
7	5,5	2	57	57	57
8	6,5	3	58	58	58
9	7,5	4	59	59	59
10	8,5	5	60	60	60
11	9,5	6	61	61	61
12	10,5	7	62	62	62
13	11,5	8	63	63	63
14	12,5	9	64	64	64
15	13,5	10	65	65	65
16	14,5	11	66	100	100
17	15,5	12	67	100	100
18	16,5	13	68	100	100
19	17,5	14	69	100	100
20	20	15	70	100	100
21	21	21	71	100	100
22	22	22	72	100	100
23	23	23	73	100	100
24	24	24	74	100	100
25	25	25	75	100	100
26	26	26	76	100	100
27	27	27	77	100	100
28	28	28	78	100	100
29	29	29	79	100	100
30	30	30	80	100	100
31	31	31	81	100	100
32	32	32	82	100	100
33	33	33	83	100	100
34	34	34	84	100	100
35	35	35	85	100	100
36	36	36	86	100	100
37	37	37	87	100	100
38	38	38	88	100	100
39	39	39	89	100	100
40	40	40	90	100	100
41	41	41	91	100	100
42	42	42	92	100	100
43	43	43	93	100	100
44	44	44	94	100	100
45	45	45	95	100	100
46	46	46	96	100	100
47	47	47	97	100	100
48	48	48	98	100	100
49	49	49	99	100	100
50	50	50	100	100	100

Qualora la somma assicurata per Invalidità Permanente riportata in polizza (mod. 220040) sia pari o superiore a € 300.000,00 la liquidazione dell'indennizzo verrà così effettuata:

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 400.000,00	da € 400.000,00 e fino a € 800.000,00	oltre € 800.000,00
1	1	0	0	0
2	2	0	0	0
3	3	0	0	0
4	4	0	0	0
5	5	0	0	0
6	6	1	0	0
7	7	2	0	0
8	8	3	0	0
9	9	4	0	0
10	10	5	0	0
11	11	6	1	0
12	12	7	2	0
13	13	8	3	0
14	14	9	4	0
15	15	10	5	0
16	16	11	6	1
17	17	12	7	2
18	18	13	8	3
19	19	14	9	4
20	20	15	10	5
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 400.000,00	da € 400.000,00 e fino a € 800.000,00	oltre € 800.000,00
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
66	100	100	100	100
67	100	100	100	100
68	100	100	100	100
69	100	100	100	100
70	100	100	100	100
71	100	100	100	100
72	100	100	100	100
73	100	100	100	100
74	100	100	100	100
75	100	100	100	100
76	100	100	100	100
77	100	100	100	100
78	100	100	100	100
79	100	100	100	100
80	100	100	100	100
81	100	100	100	100
82	100	100	100	100
83	100	100	100	100
84	100	100	100	100
85	100	100	100	100
86	100	100	100	100
87	100	100	100	100
88	100	100	100	100
89	100	100	100	100
90	100	100	100	100
91	100	100	100	100
92	100	100	100	100
93	100	100	100	100
94	100	100	100	100
95	100	100	100	100
96	100	100	100	100
97	100	100	100	100
98	100	100	100	100
99	100	100	100	100
100	100	100	100	100

ART. 56**OPZIONE II - INVALIDITÀ PERMANENTE SENZA FRANCHIGIA E FRANCHIGIE RIDOTTE SU SUCCESSIVI SCAGLIONI**

A parziale deroga dell'art. 31, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata in base alle percentuali riportate nelle tabelle che seguono in funzione della somma assicurata.

Qualora la somma assicurata per Invalidità Permanente riportata in polizza (mod. 220040) sia inferiore a € 300.000,00 la liquidazione dell'indennizzo verrà così effettuata:

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata		% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata	
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 300.000,00		fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 300.000,00
1	0,5	0	51	51	51
2	1	0	52	52	52
3	1,5	0	53	53	53
4	2,5	1	54	54	54
5	3,5	2	55	55	55
6	4,5	3	56	56	56
7	5,5	4	57	57	57
8	6,5	5	58	58	58
9	7,5	6	59	59	59
10	8,5	7	60	60	60
11	9,5	8	61	61	61
12	10,5	9	62	62	62
13	11,5	10	63	63	63
14	12,5	11	64	64	64
15	13,5	12	65	65	65
16	14,5	13	66	100	100
17	15,5	14	67	100	100
18	16,5	15	68	100	100
19	17,5	16	69	100	100
20	20	17	70	100	100
21	21	21	71	100	100
22	22	22	72	100	100
23	23	23	73	100	100
24	24	24	74	100	100
25	25	25	75	100	100
26	26	26	76	100	100
27	27	27	77	100	100
28	28	28	78	100	100
29	29	29	79	100	100
30	30	30	80	100	100
31	31	31	81	100	100
32	32	32	82	100	100
33	33	33	83	100	100
34	34	34	84	100	100
35	35	35	85	100	100
36	36	36	86	100	100
37	37	37	87	100	100
38	38	38	88	100	100
39	39	39	89	100	100
40	40	40	90	100	100
41	41	41	91	100	100
42	42	42	92	100	100
43	43	43	93	100	100
44	44	44	94	100	100
45	45	45	95	100	100
46	46	46	96	100	100
47	47	47	97	100	100
48	48	48	98	100	100
49	49	49	99	100	100
50	50	50	100	100	100

Qualora la somma assicurata per Invalidità Permanente riportata in polizza (mod. 220040) sia pari o superiore a € 300.000,00 la liquidazione dell'indennizzo verrà così effettuata:

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 400.000,00	da € 400.000,00 e fino a € 800.000,00	oltre € 800.000,00
1	1	0	0	0
2	2	0	0	0
3	3	0	0	0
4	4	1	0	0
5	5	2	0	0
6	6	3	1	0
7	7	4	2	0
8	8	5	3	0
9	9	6	4	0
10	10	7	5	0
11	11	8	6	1
12	12	9	7	2
13	13	10	8	3
14	14	11	9	4
15	15	12	10	5
16	16	13	11	6
17	17	14	12	7
18	18	15	13	8
19	19	16	14	9
20	20	17	15	10
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	25	25	25	25
26	26	26	26	26
27	27	27	27	27
28	28	28	28	28
29	29	29	29	29
30	30	30	30	30
31	31	31	31	31
32	32	32	32	32
33	33	33	33	33
34	34	34	34	34
35	35	35	35	35
36	36	36	36	36
37	37	37	37	37
38	38	38	38	38
39	39	39	39	39
40	40	40	40	40
41	41	41	41	41
42	42	42	42	42
43	43	43	43	43
44	44	44	44	44
45	45	45	45	45
46	46	46	46	46
47	47	47	47	47
48	48	48	48	48
49	49	49	49	49
50	50	50	50	50

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 400.000,00	da € 400.000,00 e fino a € 800.000,00	oltre € 800.000,00
51	51	51	51	51
52	52	52	52	52
53	53	53	53	53
54	54	54	54	54
55	55	55	55	55
56	56	56	56	56
57	57	57	57	57
58	58	58	58	58
59	59	59	59	59
60	60	60	60	60
61	61	61	61	61
62	62	62	62	62
63	63	63	63	63
64	64	64	64	64
65	65	65	65	65
66	100	100	100	100
67	100	100	100	100
68	100	100	100	100
69	100	100	100	100
70	100	100	100	100
71	100	100	100	100
72	100	100	100	100
73	100	100	100	100
74	100	100	100	100
75	100	100	100	100
76	100	100	100	100
77	100	100	100	100
78	100	100	100	100
79	100	100	100	100
80	100	100	100	100
81	100	100	100	100
82	100	100	100	100
83	100	100	100	100
84	100	100	100	100
85	100	100	100	100
86	100	100	100	100
87	100	100	100	100
88	100	100	100	100
89	100	100	100	100
90	100	100	100	100
91	100	100	100	100
92	100	100	100	100
93	100	100	100	100
94	100	100	100	100
95	100	100	100	100
96	100	100	100	100
97	100	100	100	100
98	100	100	100	100
99	100	100	100	100
100	100	100	100	100

ART. 57**OPZIONE III – FRANCHIGIA DEL 5% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE**

A parziale deroga dell'art. 31, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sui primi € 150.000,00 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari od inferiore al 5%; se invece essa risulterà di grado superiore al 5%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite ed inoltre, in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'indennizzo sarà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo sarà pari al 100% dell'intera somma assicurata.

ART. 58**OPZIONE IV – FRANCHIGIA DEL 10% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE**

A parziale deroga dell'art. 31, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- sui primi € 400.000,00 non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari od inferiore al 10%; se invece essa risulterà di grado superiore al 10%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite ed inoltre, in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'indennizzo sarà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo sarà pari al 100% dell'intera somma assicurata.

ART. 59**OPZIONE V – FRANCHIGIA DEL 20% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE**

A parziale deroga dell'art. 31, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

- non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata sia di grado pari od inferiore al 20%; se invece essa risulterà di grado superiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite ed inoltre, in caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 30%, l'indennizzo sarà liquidato senza applicazione di alcuna franchigia;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo sarà pari al 100% dell'intera somma assicurata.

CONDIZIONI FACOLTATIVE

CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Le seguenti condizioni facoltative sono operanti, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata la relativa lettera

ART. 60**A - TABELLA DI LEGGE PER INVALIDITÀ PERMANENTE**

La tabella per l'accertamento delle percentuali di Invalidità Permanente prevista dall'art. 27, si intende sostituita da quella di cui all'allegato n. 1 del T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro (D.P.R. 30 Giugno 1965, n. 1124), ferma comunque restando l'applicazione delle franchigie indicate all'art. 31.

ART. 61**B - ASSORBIMENTO FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ PERMANENTE**

A parziale deroga di quanto indicato nella tabella di invalidità permanente dell'art. 31, si conviene di ridurre dal 30% al 10% il grado di invalidità permanente a partire dal quale non viene applicata alcuna franchigia per tutte le fasce di somma assicurata.

ART. 62**C - SOPRAVALUTAZIONE VALORI DI LIQUIDAZIONE**

A parziale deroga dell'art. 31, si conviene di liquidare l'Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 20%, secondo le percentuali riportate nella seguente tabella:

% I.P. Accertata	% I.P. Liquidata	% I.P. Accertata	% I.P. Liquidata	% I.P. Accertata	% I.P. Liquidata	% I.P. Accertata	% I.P. Liquidata	% I.P. Accertata	% I.P. Liquidata
20	20	37	66	54	100	71	106,5	88	132
21	22	38	69	55	100	72	108	89	133,5
22	24	39	72	56	100	73	109,5	90	135
23	26	40	75	57	100	74	111	91	136,5
24	28	41	78	58	100	75	112,5	92	138
25	30	42	81	59	100	76	114	93	139,5
26	32	43	84	60	100	77	115,5	94	141
27	34	44	87	61	100	78	117	95	142,5
28	36	45	90	62	100	79	118,5	96	144
29	38	46	93	63	100	80	120	97	145,5
30	40	47	96	64	100	81	121,5	98	147
31	42	48	99	65	100	82	123	99	148,5
32	44	49	100	66	100	83	124,5	100	150
33	46	50	100	67	100,5	84	126		
34	48	51	100	68	102	85	127,5		
35	50	52	100	69	103,5	86	129		
36	63	53	100	70	105	87	130,5		

ART. 63**D - INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA MODULARE-ASSORBIBILE E SUPERVALUTAZIONE OLTRE 65%**

A parziale deroga dell'art. 31, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata		
	fino ad € 150.000,00	oltre € 150.000,00 e fino ad € 300.000,00	oltre € 300.000,00 e fino ad € 500.000,00
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	1	0	0
5	2	0	0
6	3	1	0
7	4	2	0
8	5	3	0
9	6	4	0
10	7	5	0
11	8	6	1
12	9	7	2
13	10	8	3
14	11	9	4
15	12	10	5
16	13	11	6
17	14	12	7
18	15	13	8
19	16	14	9
20	18	15	10
21	20	16	11
22	22	17	12
23	23	18	13
24	24	19	15
25	25	20	17
26	26	21	19
27	27	23	21
28	28	25	24
29	29	27	27
30	30	30	30
31	32	32	32
32	34	34	34
33	36	36	36
34	38	38	38
35	40	40	40
36	42	42	42
37	44	44	44
38	46	46	46
39	48	48	48
40	50	50	50
41	52	52	52
42	54	54	54
43	56	56	56
44	58	58	58
45	60	60	60
46	62	62	62
47	64	64	64
48	66	66	66
49	68	68	68
50	70	70	70

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata		
	fino ad € 150.000,00	oltre € 150.000,00 e fino ad € 300.000,00	oltre € 300.000,00 e fino ad € 500.000,00
51	72	72	72
52	74	74	74
53	76	76	76
54	78	78	78
55	80	80	80
56	82	82	82
57	84	84	84
58	86	86	86
59	88	88	88
60	90	90	90
61	92	92	92
62	94	94	94
63	96	96	96
64	98	98	98
65	100	100	100
66	102	102	102
67	104	104	104
68	106	106	106
69	108	108	108
70	110	110	110
71	113	113	113
72	116	116	116
73	119	119	119
74	122	122	122
75	125	125	125
76	128	128	128
77	131	131	131
78	134	134	134
79	137	137	137
80	140	140	140
81	143	143	143
82	146	146	146
83	149	149	149
84	152	152	152
85	155	155	155
86	158	158	158
87	161	161	161
88	164	164	164
89	167	167	167
90	170	170	170
91	173	173	173
92	176	176	176
93	179	179	179
94	182	182	182
95	185	185	185
96	188	188	188
97	191	191	191
98	194	194	194
99	197	197	197
100	200	200	200

ART. 64**E - INVALIDITÀ PERMANENTE MODULARE**

A parziale deroga dell'art. 31, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata		
	fino ad € 150.000,00	oltre € 150.000,00 e fino ad € 300.000,00	oltre € 300.000,00 e fino ad € 500.000,00
1	0,25	-	-
2	0,50	-	-
3	0,75	-	-
4	1,5	1	-
5	3,0	2	-
6	4,5	3	1
7	6,0	4	2
8	7,5	5	3
9	9,0	6	4,5
10	10	7,5	6,0
11	11	9,0	7,5
12	12	10,5	9,0
13	13	12,0	10,5
14	14	13,5	12,0
15	15	15,0	13,5
16	16	16,5	15,0
17	17	18,0	16,5
18	18	19,5	18,0
19	19	21,0	19,5
20	20	23,5	21,0
21	21	25,0	22,5
22	22	26,5	24,0
23	23	28,0	25,5
24	24	29,5	27,0
25	25	31,0	28,5
26	26,5	32,5	30,0
27	28,0	34,0	31,5
28	29,5	35,5	33,0
29	31,0	37,0	34,5
30	32,5	38,5	36,0
31	34,0	40,0	37,5
32	35,5	41,5	39,0
33	37	43,0	40,5

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata		
	fino ad € 150.000,00	oltre € 150.000,00 e fino ad € 300.000,00	oltre € 300.000,00 e fino ad € 500.000,00
34	38,5	44,5	42,0
35	40,0	46,0	43,5
36	41,5	47,5	45,0
37	43,0	49,0	46,5
38	44,5	50,5	48,0
39	46,0	52,0	49,5
40	48,0	53,5	51,0
41	50,0	55,0	52,5
42	52,0	56,5	54,0
43	54,0	58,0	55,5
44	56,0	59,5	57,0
45	58,0	61,0	58,5
46	60,0	62,5	60,0
47	62,0	64,0	62,0
48	64,0	65,5	64,0
49	66,0	67,0	66,0
50	68,0	68,5	68,0
51	70,0	70,0	70,0
52	72,0	72,0	72,0
53	74,0	74,0	74,0
54	76,0	76,0	76,0
55	78,0	78,0	78,0
56	80,0	80,0	80,0
57	82,0	82,0	82,0
58	84,0	84,0	84,0
59	86,0	86,0	86,0
60	88,0	88,0	88,0
61	90,0	90,0	90,0
62	92,0	92,0	92,0
63	94,0	94,0	94,0
64	96,0	96,0	96,0
65	98,0	98,0	98,0
da 66 a 100	100,0	100,0	100,0

ART. 65**F - TABELLA DI SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI**

Le percentuali di invalidità permanente di cui all'art. 27 sono parzialmente abrogate e sostituite da quelle qui di seguito esposte. Resta inteso che, per perdite e menomazioni parziali degli arti superiori e per le percentuali qui non riportate, si intendono operanti quelle di cui al citato articolo.

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:	PERCENTUALE
UN ARTO SUPERIORE	100
UNA MANO O UN AVAMBRACCIO	100
UN POLLICE	60
LA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	30
UN INDICE	60
LA FALANGE UNGUEALE DELL'INDICE	20
UN MEDIO	30
LA FALANGE UNGUEALE DEL MEDIO	10
UN ANULARE O UN MIGNOLO	20
LA FALANGE UNGUEALE DELL'ANULARE O DEL MIGNOLO	7

ART. 66**G - TABELLA DI SUPERVALUTAZIONE: VISTA, UDITO E VOCE**

Le percentuali di invalidità permanente di cui all'art. 27 sono parzialmente abrogate e sostituite da quelle qui di seguito esposte. Resta inteso che, per perdite e menomazioni parziali dei sensi vista, udito e voce e per le percentuali qui non riportate, si intendono operanti quelle di cui al citato articolo.

PERDITA TOTALE, ANATOMICA O FUNZIONALE DI:	PERCENTUALE
UN OCCHIO	50
AMBEDUE GLI OCCHI	100
UN OCCHIO PIÙ LA SORDITÀ COMPLETA DI AMBEDUE GLI ORECCHI	100
LA SORDITÀ COMPLETA DI AMBEDUE GLI ORECCHI	100
LA VOCE	100

CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA

Le seguenti condizioni facoltative sono operanti, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata la relativa lettera

ART. 67**N - INABILITÀ TEMPORANEA INTEGRALE**

A parziale deroga dell'art. 32, la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata integralmente anche per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

ART. 68**O - SUPERVALUTAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA**

A parziale deroga dell'art. 33, la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata a partire dal 30° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

Si conviene inoltre che:

- dal 30° al 60° giorno di inabilità temporanea, resta ferma la somma assicurata prevista in polizza;
- dal 61° al 150° giorno di inabilità temporanea, la somma assicurata prevista in polizza viene aumentata del 50%;
- dal 151° giorno di inabilità temporanea la somma assicurata prevista in polizza viene aumentata del 100%.

CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLE GARANZIE INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO - INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA - INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST- RICOVERO

Le seguenti condizioni facoltative sono operanti, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata la relativa lettera

ART. 69**P – ESTENSIONE DELLA GARANZIA ALLE MALATTIE**

A parziale deroga degli artt. 36, 37, 54 le garanzie Indennità giornaliera da ricovero, Indennità giornaliera da gessatura, Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero, (sempre che richiamate in polizza) si intendono estese anche a:

- malattia, parto o aborto terapeutico.

La presente estensione di garanzia decorre:

per le malattie

dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, ai sensi dell'art. 5, con riferimento alle malattie insorte in corso di contratto;

per le conseguenze di malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 83 della sezione malattia

dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo;

per il parto

dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

Si precisa altresì che:

per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio

le garanzie sono operanti - con il termine di aspettativa di 30 giorni - soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

Sono comunque esclusi dall'assicurazione:

- conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, tanto se sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave, quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante esplicito patto speciale;

- l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci ed all'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- aborto volontario non terapeutico;
- trattamenti dietologici, prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza);
- cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;
- conseguenze dirette od indirette di trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche;
- malattie conseguenti a guerre, insurrezioni, movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche, svolgimento di operazioni militari all'estero;
- i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;
- le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura.

Si conviene inoltre che nei casi di:

- parto senza taglio cesareo,
l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da ricovero viene corrisposto forfetariamente per 3 giorni anche se vi siano state complicanze e l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero, purché prescritta come da art. 54, viene corrisposto forfetariamente per 2 giorni anche se vi siano state complicanze;
- parto con taglio cesareo,
l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da ricovero, se prestata, viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni anche se vi siano state complicanze e l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero, purché prescritta come da art. 54, viene corrisposto forfetariamente per 2 giorni anche se vi siano state complicanze.

La Società presta le estensioni di garanzia qui previste solo previa comunicazione da parte dell'Assicurato di informazioni inerenti il suo stato di salute. Tali informazioni possono essere rese:

attraverso la sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, di documento contenente "Dichiarazioni Sanitarie" (allegate alla polizza mod. 220044). Ove, l'Assicurato non possa sottoscrivere per il suo stato di salute le Dichiarazioni Sanitarie, lo stesso dovrà compilare l'apposito Questionario Sanitario (mod. 220043).

Le Dichiarazioni Sanitarie o il Questionario Sanitario costituiscono parte integrante ed imprescindibile del contratto: la loro mancanza rende inoperanti le estensioni di garanzia sopra menzionate.

La Società effettua il pagamento delle indennità dovute, a termini del presente articolo, a degenza ultimata su presentazione di copia della cartella clinica da cui risulti la natura e l'esito della malattia, le date di inizio e termine del ricovero.

CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE ALLE GARANZIE MORTE, INVALIDITA' PERMANENTE E RIMBORSO SPESE DI CURA

Le seguenti condizioni facoltative sono operanti, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata la relativa lettera

ART. 70

H – ALPINISMO CON SCALATA DI ROCCIA OLTRE IL 3° GRADO DELLA SCALA DI MONACO

A parziale deroga dell'art. 21 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), dell'alpinismo con scalata di roccia ed accesso a ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, purché vi sia adeguato accompagnamento di guida e/o portatori professionali.

La presente estensione è operante fino a concorrenza della somma assicurata e comunque, relativamente alle garanzie Morte e Invalidità Permanente con il massimo di € 300.000,00, e relativamente alla garanzia Rimborso spese di cura con il massimo di € 15.000,00.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

ART. 71

I – IMMERSIONE SUBACQUEA CON AUTORESPIRATORE

A parziale deroga dell'art. 21 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), della immersione subacquea con autorespiratore, alla condizione che:

- l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata o stia partecipando al corso volto all'ottenimento del suddetto brevetto.

Sono pertanto comprese anche le embolie gassose.

La presente estensione è operante fino a concorrenza della somma assicurata e comunque, relativamente alle garanzie Morte e Invalidità Permanente con il massimo di € 300.000,00, e relativamente alla garanzia Rimborso spese di cura con il massimo di € 15.000,00.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

ART. 72

L – SPELEOLOGIA

A parziale deroga dell'art. 21 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) della speleologia.

La presente estensione è operante fino a concorrenza della somma assicurata e comunque, relativamente alle garanzie Morte e Invalidità Permanente con il massimo di € 300.000,00, e relativamente alla garanzia Rimborso spese di cura con il massimo di € 15.000,00.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

ART. 73

M – PUGILATO, ATLETICA PESANTE, ARTI MARZIALI, SALTO DAL TRAMPOLINO CON IDROSCI, RUGBY E FOOTBALL AMERICANO

A parziale deroga dell'art. 21 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) di pugilato, atletica pesante nelle sue varie forme, arti marziali che comportano contatto fisico, salto dal trampolino con idrosci, rugby e football americano.

La presente estensione è operante fino a concorrenza della somma assicurata e comunque, relativamente alle garanzie Morte e Invalidità Permanente con il massimo di € 300.000,00, e relativamente alla garanzia Rimborso spese di cura con il massimo di € 15.000,00.

Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

CONDIZIONI FACOLTATIVE RELATIVE A TUTTE LE GARANZIE

Le seguenti condizioni facoltative sono operanti, per tutti gli Assicurati, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata la relativa lettera

ART. 74

R - DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

In deroga all'art. 8, la polizza cesserà alla sua naturale scadenza, senza necessità di disdetta.

SEZIONE MALATTIE - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE**LE GARANZIE**

Le Garanzie seguenti sono operanti solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) siano indicate, per ogni Assicurato, le relative somme

ART. 75**INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

La Società, in caso di:

- malattia, diagnosticata nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, che ha per conseguenza una **invalidità permanente manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione**, corrisponde:
- l'indennità calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri di valutazione e di indennizzabilità di seguito specificati.

Criteri di valutazione - Accertamento del grado di invalidità permanente da malattia

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente allegata al DPR 30/6/1965 n. 1124 e sue successive modifiche e/o integrazioni intervenute fino al 31/12/1999.

Nei casi di **invalidità permanente non specificati nella Tabella** sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

Per organi o arti che abbiano subito una minorazione, anziché la perdita totale anatomica o funzionale, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopra citata per la perdita totale degli stessi, **vengono ridotte in proporzione alla definitiva perdita funzionalità di detti organi o arti**.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla tabella sopra menzionata **sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente**. La minorazione o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una **percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del 100%**.

L'accertamento avviene tramite visita medico-legale che viene effettuata **tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data di denuncia della malattia**.

L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 Codice Civile).

Le invalidità permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata. Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al **25%**.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE	PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE
25	5	46	46
26	8	47	47
27	11	48	48
28	14	49	49
29	17	50	50
30	20	51	51
31	23	52	52
32	26	53	53
33	29	54	54
34	32	55	55
35	35	56	59
36	36	57	63
37	37	58	67
38	38	59	71
39	39	60	75
40	40	61	79
41	41	62	83
42	42	63	87
43	43	64	91
44	44	65	95
45	45	oltre 65	100

ART. 76**INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS CEREBRALE O INFARTO MIOCARDICO**

La Società, in caso di:

- ictus cerebrale o infarto miocardico, verificatosi nel corso del periodo di validità dell'assicurazione, che ha per conseguenza una invalidità permanente manifestatasi non oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione,

corrisponde:

- l'indennità calcolata sulla somma assicurata secondo i criteri di valutazione e di indennizzabilità di seguito specificati.

Criteri di valutazione - Accertamento del grado di invalidità permanente da Ictus o Infarto

La percentuale di invalidità permanente viene accertata con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente allegata al DPR 30/6/1965 n. 1124 e sue successive modifiche e/o integrazioni intervenute fino al 31/12/1999.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella Tabella sopra menzionata, la percentuale di invalidità è stabilita con riferimento ai casi indicati, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

L'accertamento avviene tramite visita medico-legale effettuata tra il sesto ed il diciottesimo mese decorrenti dalla data di denuncia della malattia.

L'accertamento dell'invalidità può avvenire anche al domicilio dell'Assicurato nel caso in cui sia comprovata la sua impossibilità a recarsi a visita medica.

In ogni caso l'Assicurato deve interrompere il termine di prescrizione (art. 2952 Codice Civile).

Le invalidità permanenti già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione, sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Ictus o Infarto

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata. Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%.

La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE	PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE
25	1	44	39
26	3	45	41
27	5	46	43
28	7	47	45
29	9	48	47
30	11	49 A 66	ACCERTATA
31	13	67	68
32	15	68	70
33	17	69	72
34	19	70	74
35	21	73	80
36	23	74	82
37	25	75	84
38	27	76	86
39	29	77	88
40	31	78	90
41	33	79	92
42	35	>= 80	100
43	37		

ART. 77**CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA E INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO**

La Società, compiuti gli accertamenti del caso, liquida l'indennizzo che risulti dovuto e provvede al pagamento. Il diritto all'indennità è di carattere personale e non è quindi trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennità sia stata liquidata o comunque offerta in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione legittima o testamentaria.

ART. 78**RIMBORSO SPESE MEDICHE - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

In caso di Grande Intervento Chirurgico, la Società assicura sino alla concorrenza del massimale indicato in polizza il rimborso delle seguenti spese sanitarie sostenute dall'Assicurato:

- a) nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero per:
 - esami, accertamenti diagnostici e visite mediche effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il successivo Grande Intervento Chirurgico;
- b) durante il ricovero, per un massimo di 360 giorni per:
 - onorari dell'equipe medica;
 - diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
 - rette di degenza, prestazioni mediche, consulti, cure mediche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami ed accertamenti diagnostici;
 - rette di vitto e pernottamento dell'accompagnatore fino alla concorrenza di € 3.800,00.

In alternativa al rimborso delle spese di ricovero, l'Assicurato può optare per la corresponsione di una indennità, per ciascun giorno di ricovero, pari a € 130,00, fino ad un massimo di 90 giorni.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'istituto di cura sono considerate come unica giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e quella della dimissione.

In caso di trapianto di organo, sono comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

- c) nei 180 giorni successivi al ricovero per:
 - esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche;
 - medicinali;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi anche se effettuati in regime di ricovero, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), sino alla concorrenza di € 1.300,00 purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il Grande Intervento Chirurgico.
- d) assistenza fornita da personale infermieristico durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato sino alla concorrenza di € 3.800,00;
- e) trasporto dell'Assicurato per il ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio.

Limitatamente ai ricoveri all'estero (esclusi Stato della Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino) la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore.

Il rimborso di tutte le predette spese viene effettuato sino alla concorrenza di € 3.200,00.

ART. 79

CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di copia conforme della cartella clinica completa, di certificati medici e delle fatture in originale di spesa che saranno successivamente restituite dalla Società, previa apposizione della data di pagamento e dell'importo pagato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento, in originale, comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

GARANZIA FACOLTATIVA

RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Garanzia seguente è operante solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia indicata, per ogni Assicurato, la relativa rata mensile assicurata

ART. 80

RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Nel caso in cui, a seguito di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, residui all'Assicurato una invalidità permanente da malattia di grado pari o superiore al 66% della totale - accertata in base ai criteri indicati all'art. 75 - la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente da malattia di cui all'art. 75, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in polizza.

La costituzione della rendita vitalizia viene effettuata mediante stipula di specifica polizza vita, nella forma a premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

L'effetto della polizza vita coinciderà con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'invalidità permanente da malattia di cui all'art. 75. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

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

CONDIZIONE FACOLTATIVA

RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

La seguente condizione facoltativa è operante, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata la relativa lettera

ART. 81

S – FRANCHIGIA E SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

A parziale deroga dell'art. 76, con riferimento a "Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Ictus o Infarto", la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata, sulla somma assicurata, con le seguenti modalità:

- Percentuale di Invalidità permanente accertata inferiore al 60%, non verrà riconosciuto alcun indennizzo;
- Percentuale di Invalidità permanente accertata pari o superiore al 60%, percentuale di Invalidità permanente da liquidare 100%.

NORME COMUNI

ART. 82

INFORMAZIONI INERENTI LO STATO DI SALUTE

La Società presta le garanzie previste nella SEZIONE MALATTIA solo previa comunicazione da parte dell'Assicurato di informazioni inerenti il suo stato di salute. Tali informazioni possono essere rese: attraverso la compilazione dell'apposito **Questionario Sanitario** (mod. 220043).

Le dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario costituiscono parte integrante ed imprescindibile del contratto: la loro mancanza rende inoperanti le garanzie sopra menzionate.

ART. 83

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto all'art. 5,

le garanzie **INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA e INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO** decorrono dal 90° giorno successivo al momento in cui ha effetto l'assicurazione;

la garanzia **RIMBORSO SPESE MEDICHE - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI** decorre:

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 85

dal 30° giorno successivo;

per gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula

dal 180° giorno successivo.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto stipulato con la Società riguardante analoghe garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le persone, le prestazioni e le somme da quest'ultima previste;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle diverse persone, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute in corso di contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme o per le diverse persone o prestazioni assicurate.

ART. 84

ESCLUSIONI

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 85;
- b) le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti da abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato, e relative cure;
- d) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, e relative cure;
- e) le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- g) le conseguenze di trattamenti dietologici e/o estetici;
- h) le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;

- i) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- j) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (le garanzie sono operanti, invece, per i delitti compiuti con colpa anche grave dell'Assicurato);
- k) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- l) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- m) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- n) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero;
- o) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- p) le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- q) le cure cellulose-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- r) le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- s) le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne);
- t) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- u) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- v) gli infortuni:
 - causati da stato di ubriachezza dell'Assicurato, o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore.

Per le diverse persone, le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute in corso di contratto, quanto indicato alla lettera a) si applicherà con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 85

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 84, lett. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

SINISTRI: DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

ART. 86

OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E/O DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Fermo quanto previsto all'art. 7, la denuncia deve essere corredata da certificazione medica contenente la diagnosi, l'Assicurato deve successivamente presentare la documentazione medica richiesta. L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato.

ART. 87**CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di disaccordo di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di assicurazione, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove si deve riunire il Collegio dei medici.

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

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

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

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

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato nel verbale stesso.

GARANZIA TUTELA LEGALE (operante solo se espressamente richiamata in polizza)

ART. 88

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI GARANTITE

Premessa

La gestione dei sinistri di Tutela Legale è stata affidata dalla Società ad ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia con sede e Direzione Generale in Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- telefono centralino: 045.8290411,
- per invio nuove denunce di sinistro: fax 045.8290557, e-mail denunce@arag.it
- per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: fax 045.8290449.

In ogni caso, la Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare la gestione dei sinistri di tutela legale ad altra società autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata al Contraente la denominazione di tale società, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Le garanzie di Tutela Legale vengono prestate a favore di tutte le persone assicurate in polizza (fino ad un massimo di dieci assicurati) ed in essa nominativamente individuate.

Nel caso di controversie tra Assicurati con la stessa polizza, le garanzie vengono prestate unicamente a favore dell'Assicurato/Contraente.

La Società, alle condizioni del presente contratto e nei limiti del massimale di € 10.000,00 per ogni caso assicurativo senza limite annuo, assicura la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi in sede extragiudiziale e giudiziale.

Tali oneri sono:

- le spese per l'intervento del legale incaricato della gestione del caso assicurativo nel rispetto di quanto previsto dal tariffario nazionale forense, con esclusione dei patti conclusi tra il Contraente e/o l'Assicurato ed il legale che stabiliscono compensi professionali;
- le eventuali spese del legale di controparte, nel caso di soccombenza per condanna dell'Assicurato, o di transazione autorizzata da ARAG ai sensi dell'art. 94 comma 4;
- 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. 94 comma 5;
- le spese processuali nel processo penale (art. 535 Codice di Procedura Penale);
- le spese di giustizia;
- di accertamenti su soggetti, proprietà, modalità e dinamica dei sinistri;
- il contributo unificato (D.L. 11/03/2002 n°28), se non ripetuto dalla controparte in caso di soccombenza di quest'ultima.

È garantito l'intervento di un unico legale per ogni grado di giudizio, territorialmente competente ai sensi dell'art. 90 comma 3.

La garanzia di tutela legale è prestata a tutela dei diritti del Contraente/Assicurato nei seguenti casi:

- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni extracontrattuali a persone e/o cose subiti per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'infortunio;
- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persone e/o cose subiti durante il ricovero presso istituti di cura (pubblici/privati) a seguito di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico; è compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile;
- sostenere l'esercizio di pretese al risarcimento danni a persona derivanti da interventi chirurgici effettuati in occasione di ricovero per malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico e per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista dalla polizza principale. Con riferimento agli interventi chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza principale, sono compresi anche quelli effettuati in day hospital. E' compreso l'esercizio dell'azione di risarcimento del danno in sede penale a mezzo di costituzione di parte civile;
- sostenere controversie nascenti da presunte responsabilità contrattuali di controparte nei casi di malpractice sanitaria conseguenti o connessi a malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico come garantito dalla polizza principale.

ART. 89

DELIMITAZIONI DELL'OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurato è tenuto a regolarizzare a proprie spese, secondo le vigenti norme relative alla registrazione degli atti giudiziari e non, i documenti necessari per la gestione del caso assicurativo ad assumere a proprio carico ogni altro onere fiscale che dovesse presentarsi nel corso o alla fine della causa.

La Società non si assume il pagamento di:

- multe, ammende o sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali (art. 541 Codice di Procedura Penale).

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

ART. 90**ESCLUSIONI**

Le garanzie non sono valide:

- a) per vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni;
- b) in materia fiscale ed amministrativa;
- c) per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- d) per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- e) per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni o aeromobili;
- f) per fatti dolosi delle persone assicurate;
- g) per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente;
- h) per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
- i) per qualsiasi caso assicurativo inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione;
- j) per controversie con ARAG;
- k) spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato e il professionista;
- l) diverse da quelle previste nel tariffario forense;
- m) spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

ART. 91**INSORGENZA DEL CASO ASSICURATIVO**

Ai fini della presente polizza, per insorgenza del caso assicurativo si intende:

- per l'esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali - il momento del verificarsi del primo evento che ha originato il diritto al risarcimento;
- per tutte le restanti ipotesi - il momento in cui l'Assicurato, la controparte o un terzo abbia o avrebbe cominciato a violare norme di legge o di contratto.

In presenza di più violazioni della stessa natura, per il momento di insorgenza del caso assicurativo si fa riferimento alla data della prima violazione.

La garanzia assicurativa viene prestata per i casi assicurativi che siano insorti:

- durante il periodo di validità della polizza, se si tratta di esercizio di pretese al risarcimento di danni extracontrattuali, di procedimento penale e di ricorsi od opposizioni alle sanzioni amministrative;
- trascorsi 3 (tre) mesi dalla decorrenza della polizza, in tutte le restanti ipotesi.

La garanzia si estende ai casi assicurativi che siano insorti durante il periodo di validità del contratto e che siano stati denunciati alla Società o ad ARAG, nei modi e nei termini dell'art. 92, entro 12 (dodici) mesi dalla cessazione del contratto stesso.

La garanzia non ha luogo nei casi insorgenti da contratti che nel momento della stipulazione dell'assicurazione fossero stati già disdetti da uno dei contraenti o la cui rescissione, risoluzione o modificazione fosse già stata chiesta da uno dei contraenti.

Si considerano a tutti gli effetti come unico caso assicurativo:

- vertenze promosse da o contro più persone ed aventi per oggetto domande identiche o connesse;
- indagini o rinvii a giudizio a carico di una o più persone assicurate e dovuti al medesimo evento o fatto.

In tali ipotesi, la garanzia viene prestata a favore di tutti gli assicurati coinvolti, ma il relativo massimale resta unico e viene ripartito tra loro, a prescindere dal numero e dagli oneri da ciascuno di essi sopportati.

ART. 92**DENUNCIA DEL CASO ASSICURATIVO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE**

L'Assicurato deve immediatamente denunciare alla Società o ad ARAG qualsiasi caso assicurativo nel momento in cui si è verificato e/o ne abbia avuto conoscenza.

In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 3 (tre) giorni dalla data della notifica stessa.

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale 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 caso assicurativo.

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.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere liberamente il proprio legale nel caso di conflitto di interessi con la Società o ARAG.

ART. 93**FORNITURA DEI MEZZI DI PROVA E DEI DOCUMENTI OCCORRENTI ALLA PRESTAZIONE DELLA GARANZIA ASSICURATIVA**

Se l'Assicurato richiede la copertura assicurativa è tenuto a:

- informare immediatamente la Società o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del caso assicurativo, nonché indicare i mezzi di prova e documenti e, su richiesta, metterli a disposizione;
- conferire mandato al legale incaricato della tutela dei suoi interessi, nonché informarlo in modo completo e veritiero su tutti i fatti, indicare i mezzi di prova, fornire ogni possibile informazione e procurare i documenti necessari.

ART. 94**GESTIONE DEL CASO ASSICURATIVO**

Ricevuta la denuncia del caso assicurativo, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia.

Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art. 92.

La garanzia assicurativa viene prestata anche per ogni grado superiore di procedimento sia civile che penale se l'impugnazione presenta possibilità di successo.

L'Assicurato non può addivenire direttamente con la controparte ad alcuna transazione della vertenza, sia in sede extragiudiziarica che giudiziaria, senza preventiva autorizzazione di ARAG.

L'eventuale nomina di Consulenti Tecnici di Parte e di Periti viene concordata con ARAG.

La Società o ARAG non sono responsabili dell'operato di Legali, Consulenti Tecnici e Periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà 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.

La Società avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

ART. 95**RECUPERO DI 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.

ART. 96**ESTENSIONE TERRITORIALE**

Nell'ipotesi di diritto al risarcimento di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi nonché di procedimento penale l'assicurazione vale per i casi assicurativi che insorgono in Europa o negli stati extraeuropei posti nel Bacino del Mare Mediterraneo sempreché il Foro competente, ove procedere, si trovi in questi territori.

In tutte le altre ipotesi la garanzia vale per i casi assicurativi che insorgono e devono essere trattati in Italia, Città Stato del Vaticano e Repubblica di San Marino.

GARANZIA ASSISTENZA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza)

ART. 97**SERVIZIO DI ASSISTENZA****Premessa**

La gestione delle prestazioni di assistenza è stata affidata dalla Società a Europ Assistance Service S.p.A. Per usufruire di dette prestazioni, indicate al successivo art. 2, il Contraente (o l'Assicurato) **deve contattare** la Struttura Organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

- numero verde nazionale gratuito: 800.713.974
- numero telefonico per chiamate dall'estero: +39.02.58.24.55.56
- fax: +39.02.58.47.72.02
- e-mail: prontassistenza.groupama@europassistance.it

indicando:

- numero di polizza;
- nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione.

I recapiti della Struttura Organizzativa sono anche riportati sulla Carta di Assistenza che la Società rilascia al Contraente alla stipula del contratto.

In ogni caso, la Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare il servizio ad altra società di gestione dei servizi di assistenza autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata al Contraente la denominazione di tale società, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

ART. 98**PRESTAZIONI DI ASSISTENZA**

La Società, per il tramite esclusivo della Struttura Organizzativa, nei casi di malattia, infortunio, parto e aborto terapeutico delle persone assicurate, mette a loro disposizione il servizio di assistenza che si realizza attraverso le seguenti prestazioni:

a) Supporto Psicologico

Qualora a seguito di infortunio dell'Assicurato, si rendesse necessario il supporto psicologico di un medico, l'Assicurato o per lui un suo familiare, potrà contattare la Struttura Organizzativa. Il supporto psicologico, una volta aperto il sinistro relativo all'infortunio, consisterà nel contatto periodico telefonico (1 contatto telefonico ogni 2 mesi) da parte di psicologi designati dalla Struttura Organizzativa per tutto il periodo di durata dell'infortunio.

b) Medico on line

Qualora, in caso di infortunio o malattia, l'Assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con la Struttura Organizzativa, essere in contatto con il medico di guardia e ricevere consigli ed indicazioni mediche di carattere generale; la Struttura Organizzativa non fornisce diagnosi o prescrizioni.

La presente prestazione deve intendersi **valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

c) Reperimento ed invio di un medico specialista (ginecologo/pediatra/ecc..)

Qualora l'Assicurato abbia urgente necessità di reperire un medico specialista (ginecologo, pediatra, ecc.), potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviarne presso il domicilio dell'Assicurato uno convenzionato. **Il costo della prestazione, a tariffe agevolate, resta a carico dell'Assicurato o del Contraente.**

d) Invio di un ambulanza

Qualora, in seguito ad un primo contatto telefonico, la Struttura Organizzativa giudicasse indispensabile una visita medica accurata e sempre che non sia reperibile il medico abituale dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far trasportare l'Assicurato, tramite ambulanza, presso il più vicino Pronto Soccorso, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

La Struttura Organizzativa organizzerà anche il trasporto tra il primo ospedale e l'eventuale centro medico di riabilitazione e/o il rientro dell'Assicurato dall'ospedale al proprio domicilio in Italia. La decisione medico-operativa sarà a totale discrezione del responsabile medico della Struttura Organizzativa.

Come previsto dalle disposizioni di legge vigenti, la Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio di Emergenza 118).

La Struttura Organizzativa potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'Unità di Soccorso (Servizio 118), tenendo i contatti con l'Assicurato stesso.

La presente prestazione deve intendersi **valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

e) Invio di un medico

Qualora l'Assicurato necessiti di un medico presso la propria abitazione, durante le ore notturne o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede, dopo che il proprio medico ne ha accertata la necessità tramite un primo contatto telefonico, ad inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza ad un Pronto Soccorso.

La presente prestazione deve intendersi valida esclusivamente in Italia e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

f) Prolungamento del soggiorno

Qualora a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero superiore a 7 giorni, gli accompagnatori dello stesso siano costretti a trattenersi anch'essi all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà alle spese per il loro pernottamento in albergo.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di euro 100,00 per notte e per persona, e con il limite di € 300,00 per sinistro.

g) Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato, fuori dal proprio domicilio, non possa disporre per motivi imprevisti di medicinali (registrati in Italia) indispensabili al suo stato di salute, e gli sia impossibile procurarseli in loco od ottenerne di equivalenti, la Struttura Organizzativa provvederà, nel rispetto delle norme che regolano il trasporto dei medicinali, all'inoltro a destinazione di detti medicinali. In ogni caso il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

La presente prestazione deve intendersi valida esclusivamente all'estero.

h) Trasporto sanitario

Nel caso di ricovero dell'Assicurato, previa consultazione tra la Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, se le strutture dell'istituto di cura dove trovasi l'Assicurato non fossero giudicate adeguate per risolvere la patologia del caso, la Struttura Organizzativa provvederà a trasportare l'Assicurato presso il più vicino istituto di cura in grado di prestare le cure necessarie.

Il trasporto verrà effettuato, secondo la gravità del caso e sotto sorveglianza medica, se necessario, tramite:

- aereo sanitario;
- aereo di linea regolare;
- treno (1^a classe, wagon-lit, cuccetta);
- ambulanza.

La Struttura Organizzativa, su richiesta dell'Assicurato o di un suo familiare, potrà provvedere, nei limiti delle disponibilità del momento, a reperire il luogo di cura attrezzato ed a prenotare il ricovero dell'Assicurato. Al momento della dimissione dell'Assicurato dal luogo di cura, la Struttura Organizzativa provvederà al suo trasporto fino al domicilio.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di € 2.500,00 per sinistro limitatamente al trasporto da un luogo di cura ad un altro, e fino a concorrenza di euro 300,00 per sinistro limitatamente al trasporto dal luogo di cura al domicilio.

i) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui alla precedente let. h), la Struttura Organizzativa, se richiesto, organizza il viaggio ed il soggiorno (vitto e alloggio) di un familiare o di una persona prescelta dall'Assicurato che funga da accompagnatore a fianco del paziente.

j) Rientro dei figli minori

Qualora, a seguito di ricovero dell'Assicurato, in viaggio ad oltre 100 km dal proprio domicilio con figli minori di anni 12, questi ultimi si trovassero senza un accompagnatore maggiorenne, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta, all'organizzazione del loro rientro tenendo a proprio carico le relative spese. Se le circostanze lo richiederanno, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un accompagnatore, munito di apposita delega rilasciata dal genitore o da chi ne fa le veci.

l) Rientro anticipato

Nel caso in cui si rendesse indispensabile la presenza dell'Assicurato presso il domicilio in seguito ad infortunio o malattia occorsi ad un suo familiare, anch'egli assicurato, e sempre che sia previsto un ricovero superiore a 48 ore, la Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione un biglietto di viaggio dal luogo del soggiorno fino al domicilio.

m) Reperimento di una baby sitter

Nel caso in cui l'Assicurato venga ricoverato in ospedale per un periodo superiore a 3 giorni, questi potrà chiedere alla Struttura Organizzativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter per

accudire i figli minori di anni 12. L'invio della baby sitter avrà luogo nel più breve tempo possibile. La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

n) Informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici

La Struttura Organizzativa sarà a disposizione dell'Assicurato o di uno dei genitori dello stesso per fornire consigli od informazioni riguardo gli istituti di cura ed i medici/pediatri specialisti (in relazione alla patologia da lui segnalata), operanti in Italia ed all'estero, che possano garantire le cure del caso.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

o) Monitoraggio del ricovero ospedaliero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato, la Struttura Organizzativa, direttamente o attraverso medici/pediatri convenzionati sul posto, sarà a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici/pediatri dell'istituto di cura.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

p) Interprete all'estero per problemi di salute

In caso di necessità conseguente a ricovero ospedaliero all'estero, e limitatamente ai Paesi ove esistano propri corrispondenti, la Struttura Organizzativa organizzerà il reperimento di un interprete e la Società se ne assumerà il costo.

La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 5 ore per anno assicurativo e comunque per un massimo di 2 volte per anno assicurativo.

q) Rimpatrio della salma

La Struttura Organizzativa, in caso di decesso dell'Assicurato all'estero causato da infortunio o malattia, provvederà a sue spese alla traslazione del feretro dal luogo di decesso fino al luogo di inumazione in Italia, intendendosi compreso il costo di un feretro, di modello economico, che ne permetta il trasporto. Devono intendersi escluse le spese accessorie di cerimonia, inumazione o cremazione in Italia.

La Struttura Organizzativa organizza, sostenendone la spesa, il ritorno degli altri familiari assicurati od, in mancanza di questi, di una persona ugualmente assicurata, sempre che le suddette persone non possano fare ritorno con i mezzi inizialmente previsti.

Nel caso in cui disposizioni locali impongano una inumazione provvisoria o definitiva sul posto, la Struttura Organizzativa organizzerà a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un familiare dell'Assicurato deceduto (coniuge, ascendente, discendente, fratello, sorella), sempre che una di queste persone non si trovi già sul posto, mettendo a sua disposizione un biglietto di viaggio per recarsi dal suo domicilio in Italia fino al luogo in cui avviene l'inumazione.

ART. 99

LIMITI TERRITORIALI

Le prestazioni, laddove non diversamente specificato, sono operanti per eventi verificatisi in tutti i Paesi del mondo.

ART. 100

LIMITI DI ESPOSIZIONE

I massimali previsti da ogni singola prestazione di assistenza devono intendersi:

- disponibili per ciascun Assicurato e per ogni sinistro;
- al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge.

L'organizzazione di una delle prestazioni riportate al precedente art. 2 su iniziativa dell'Assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui la Struttura Organizzativa abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare.

In tal caso, la Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato il numero relativo alla sua pratica.

Limitatamente alla prestazione l) Rientro anticipato, l'esposizione della Struttura Organizzativa deve intendersi complementare a quanto l'Assicurato avrebbe dovuto comunque sostenere per il suo ritorno, quali i costi relativi a biglietti aerei, ferroviari o marittimi, pedaggi, costo di carburante, ecc. che devono pertanto considerarsi a suo carico. In conseguenza di ciò l'Assicurato dovrà consegnare i titoli di trasporto non utilizzati, con la firma di una delega appropriata. La Struttura Organizzativa si incaricherà delle pratiche di rimborso e sarà autorizzata a trattenere le somme ricavate. In difetto, l'Assicurato sarà tenuto, entro tre mesi dal rientro, ad intraprendere le pratiche per il rimborso dei biglietti di viaggio non utilizzati ed a versarne le relative somme alla Struttura Organizzativa.

Le eventuali spese sostenute, sempre che autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

ART. 101**NORME SPECIFICHE****a) Delimitazioni - Esclusioni**

Ferme le esclusioni previste per le singole garanzie, sono inoltre escluse:

- le prestazioni, o spese, non autorizzate specificatamente dalla Struttura Organizzativa;
- le opere di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- i sinistri provocati con dolo dall'Assicurato o dalle persone di cui deve rispondere.

b) Richiesta di assistenza - Prescrizione

Le prestazioni di assistenza devono essere richieste, telefonicamente od a mezzo fax, nel momento in cui si verifica il sinistro e comunque non oltre 5 giorni dal verificarsi dell'evento che le rende necessarie, direttamente alla Struttura Organizzativa.

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

Qualsiasi diritto nei confronti della Struttura Organizzativa e derivante dal contratto, si prescrive nel termine di due anni a decorrere dalla data in cui si verifica l'evento.

c) Responsabilità

La Struttura Organizzativa non potrà in alcun modo essere ritenuta responsabile dei ritardi od impedimenti nell'esecuzione delle proprie prestazioni di assistenza derivanti da eventi esclusi o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

d) Comunicazioni - Variazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto sono tenuti devono essere effettuate con lettera raccomandata, salvo quanto previsto al precedente punto b).

Condizione Aggiuntiva

(operante solo se espressamente richiamate in polizza con indicazione della relativa lettera)

ART. 102**CONDIZIONE AGGIUNTIVA Q - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE**

Qualora, in seguito a ricovero per infortunio o malattia di almeno 7 giorni, l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, purché prescritta dal medico ospedaliero e/o curante ed entro 15 giorni dalla dimissione stessa, la Struttura Organizzativa provvederà a reperire un infermiere, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo. La presente prestazione opera fino a concorrenza di un importo giornaliero massimo di € 50,00 per un periodo massimo di 30 giorni per evento.

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE	cod. prof	Classe di rischio
Addetti a centri elaborazione dati	162	A
Agenzia di recapito (impiegati)	168	A
Dirigenti occupati anche all'esterno escluso accessi a cantieri, ponti, impalcature ecc.	054	A
Dirigenti occupati solo in ufficio	053	A
Impiegati amministrativi in genere	090	A
Impiegati in agenzie d'affari, di pubblicità e di viaggi	197	A
Impiegati tecnici (anche Architetti, Ingegneri, Geometri, Farmacisti, Commessi, se dipendenti e occupati solo in ufficio/studio/negozi)	091	A
Insegnanti di materie non sperimentali e non di pratica professionale	103	A
Istruttori di teoria di scuola guida	106	A
Magistrati	110	A
Agenti di cambio o di borsa, agenti immobiliari, promotori finanziari	002	B
Agenti di commercio	003	B
Agenti/ispettori di assicurazione	004	B
Albergatori senza prestazioni manuali	007	B
Altri artigiani senza uso di macchine	171	B
Amministratori di beni propri o altrui	013	B
Antiquari senza restauro	016	B
Architetti occupati prevalentemente all'esterno ma senza accesso ai cantieri	018	B
Architetti occupati prevalentemente in ufficio	017	B
Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali, registi, sceneggiatori	173	B
Assistenti sociali	174	B
Autorimesse: esercenti che non lavorano manualmente	023	B
Avvocati e procuratori legali	027	B
Bambinaie, baby-sitter, collaboratori familiari	180	B
Bambini (0 – 13 anni)	181	B
Bar, caffè, bottiglierie, proprietari/ addetti a birrerie, enoteche, paninoteche	140	B
Barbieri, parrucchieri da donna	028	B
Benestanti senza particolari occupazioni	030	B
Biologi/addetti a laboratori di analisi mediche	182	B
Camerieri	036	B
Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza, forze armate (personale amministrativo)	183	B
Casalinghe	039	B
Cave a giorno con o senza uso di mine: proprietari o addetti che non lavorano manualmente	041	B
Certificatori di bilancio e revisori dei conti	185	B
Clero (appartenenti al)	046	B
Commercialisti, Consulenti del lavoro	047	B
Concessionari auto-motoveicoli	050	B
Diplomatici, politici, sindacalisti	190	B
Dirigenti occupati anche all'esterno con accesso a cantieri, ponti, impalcature ecc.	055	B
Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro	057	B
Disegnatori occupati solo in ufficio	056	B
Distributori automatici di carburante (gestori di) senza operazioni di manutenzione, lavaggio e simili	058	B
Domestici	060	B
Enologi ed enotecnici	064	B
Esercizi commerciali Rivendita pane, latterie, pasticcerie e gelaterie senza produzione propria	130	B
Esercizi commerciali Abiti, confezioni, mercerie, pellicce, tessuti	123	B
Esercizi commerciali Articoli ed apparecchi fotografici e di ottica, dischi e musica, strumenti musicali	127	B
Esercizi commerciali Articoli in pelle, calzature	124	B
Esercizi commerciali Cartolerie, librerie, edicole	126	B
Esercizi commerciali Casalinghi, armi	133	B
Esercizi commerciali Elettrodomestici, radio TV, mobili, articoli igienico-sanitari: per tutti esclusa installazione esclusa la posa di antenne	135	B

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	cod. prof	Classe di rischio
Esercizi commerciali Ferramenta, colori e vernici, accessori per autoveicoli	134	B
Esercizi commerciali Frutta e verdura, fiori e piante	132	B
Esercizi commerciali Giocattoli, articoli sportivi	125	B
Farmacie e Farmacisti	128	B
Fotografi solo in studio	073	B
Fotografi anche all'esterno	074	B
Geometri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri	078	B
Geometri occupati solo in ufficio	077	B
Giornalisti (cronisti, corrispondenti)	082	B
Grafici	195	B
Guide turistiche	196	B
Imprenditori in genere che non lavorano manualmente	092	B
Indossatori e modelli	199	B
Ingegneri occupati anche all'esterno ma senza accesso ai cantieri	097	B
Ingegneri occupati solo in ufficio	096	B
Massaggiatori, fisioterapisti	114	B
Medici (per i radiologi sono esclusi gli effetti sia interni che esterni delle emanazioni radioattive), biologi e psicologici	119	B
Notai	142	B
Odontotecnici	143	B
Oreficerie, orologerie, gioiellerie	129	B
Ostetriche	145	B
Pensionati, benestanti	205	B
Piazzisti, Rappresentanti, Commessi viaggiatori senza trasporto e consegna merce	048	B
Ristoranti, trattorie, pizzerie	141	B
Sarti	152	B
Scrittori	211	B
Studenti (>13 anni) non di scuola professionale	216	B
Tabaccherie, profumerie, drogherie, vini e liquori	131	B
Vetrinisti	159	B
Addetti agli zoo	163	C
Addetti in imprese di pulizia senza uso di impalcature esterne	165	C
Addetti in lavanderia, pulisecco, tintorie e stirerie	166	C
Agenzia di recapito (fattorini)	167	C
Agricoltori (proprietari, affittuari, ecc.) che non prendono parte ai lavori manuali	005	C
Agronomi	169	C
Albergatori con prestazioni manuali	008	C
Allenatori sportivi	009	C
Allevatori di altri animali, pastori	012	C
Allevatori di equini, bovini, suini che non prestano opera manuale	010	C
Analisti chimici	014	C
Architetti che accedono anche ai cantieri	019	C
Argentieri/doratori	172	C
Autisti di autovetture in servizio pubblico o privato, taxi, autoambulanza, autofunebri	020	C
Ballerini	179	C
Bidelli, Custodi di musei	031	C
Callisti, manicure, pedicure, estetisti	034	C
Calzolai	035	C
Casari	040	C
Conciai, pellettieri, pellicciai	187	C
Corniciai	051	C
Cuochi	052	C
Custodi/portieri di stabili, alberghi, musei e simili, uscieri	188	C
Elettricisti che lavorano solo all'interno di edifici ed a contatto con correnti a bassa tensione (< 600 V. corrente continua, e < 400 V. corrente alternata)	062	C
Esercizi commerciali diversi da quelli elencati	136	C
Facchini (portabagagli di piccoli colli)	068	C
Floricoltori	072	C
Geologi	075	C
Geometri che accedono anche ai cantieri	079	C
Giardinieri - Vivaisti	080	C
Gommisti/vulcanizzatori	194	C

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE	cod. prof	Classe di rischio
Guardiacaccia,guardapesca, guardie campestri, guardie forestali	083	C
Idraulici solo all'interno di edifici o a terra	087	C
Imbianchini solo all'interno di edifici e senza l'uso di lunghe scale, impalcature e ponti	088	C
Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori	093	C
Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori	094	C
Incisori/coniatori	198	C
Infermieri diplomati	095	C
Ingegneri che accedono anche ai cantieri	098	C
Insegnanti di educazione fisica, sci, basket, tennis, scherma, ballo, atletica leggera	102	C
Insegnanti di materie sperimentali anche in laboratorio o di pratica professionale	104	C
Insegnanti di nuoto e bagnini	200	C
Istruttori di pratica (guida) di scuola guida	107	C
Liberi professionisti (non elencati)	201	C
Litografi e tipografi	109	C
Magliaie	111	C
Marmisti (posatori), muratori, piastrellisti, pavimentatori, parquettisti tutti solo a terra	112	C
Materassai	115	C
Mediatori di bestiame	118	C
Mediatori in genere (escluso bestiame)	117	C
Operai (dipendenti) e lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti senza uso di macchine e accesso ad officine, cantieri ponteggi ed impalcature	105	C
Ortopedici (fabbricanti di apparecchi)	144	C
Panetterie, pasticcerie, gelaterie: per tutti compresa produzione propria	138	C
Periti liberi professionisti occupati anche all'esterno	147	C
Personale del circo, giostre e simili	206	C
Piazzisti, Rappresentanti, Commessi viaggiatori con trasporto e consegna merce	049	C
Restauratori ed antiquari con restauro (esclusi mobili e senza uso di impalcature)	207	C
Restauratori ed antiquari con restauro di mobili	209	C
Riparatori elettrodomestici e computer	151	C
Salumerie, rosticcerie, macellerie, pescherie	139	C
Scultori/Intagliatori	212	C
Studenti (>13 anni) di scuola professionale	215	C
Tappezziere	155	C
Topografi	217	C
Veterinari	157	C
Abbattitori di piante, boscaioli	001	D
Addetti in imprese di pulizia con uso di impalcature esterne	164	D
Agricoltori che lavorano manualmente, braccianti agricoli	006	D
Allevatori di equini, bovini, suini che prestano opera manuale	011	D
Altri artigiani con uso di macchine	170	D
Antennisti (installatori di antenne radio-TV)	015	D
Attrezzisti, macchinisti (settore spettacoli)	175	D
Autisti di autobus, autocarri, motocarri	177	D
Autorimesse: addetti a lavori di riparazione, manutenzione, lavaggio ecc.	024	D
Autoriparatore (carrozzeri o meccanici)	038	D
Carpentieri in legno o ferro	037	D
Cave a giorno: proprietari o addetti che lavorano manualmente	042	D
Collaudatori di veicoli e natanti a motore	186	D
Demolitori di autoveicoli	189	D
Distributori automatici di carburante (gestori di) con operazioni di manutenzione, lavaggio e simili	059	D
Elettrauto	061	D
Elettricisti che lavorano anche all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione	063	D
Fabbri anche su impalcature e ponti	067	D
Fabbri solo a terra	066	D
Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere (portuali, doganali, ecc)	069	D
Falegnami	070	D
Fonditori	193	D
Imbianchini anche all'esterno di edifici e con uso di scale, impalcature e ponti	089	D
Insegnanti di equitazione, insegnanti hockey e rugby	100	D
Insegnanti di judo, karatè ,od altri similari, insegnanti di atletica pesante ed arti marziali	101	D

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE	cod. prof	Classe di rischio
Lattonieri anche su impalcature e ponti, Idraulici anche all'esterno	108	D
Marinai - con uso di macchine	202	D
Marinai - senza uso di macchine	203	D
Marmisti anche su impalcature e ponti	113	D
Mobilieri: fabbricazione mobili in ferro	120	D
Mobilieri: fabbricazione mobili in legno	121	D
Muratori, piastrellisti, pavimentatori, parquettisti anche su impalcature e ponti	122	D
Operai (dipendenti) e lavoratori dipendenti diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine e accesso ad officine, cantieri ponteggi ed impalcature	116	D
Pescatori (pesca marittima costiera)	148	D
Restauratori ed antiquari con restauro con uso di impalcature	208	D
Saldatori	210	D
Tornitori	218	D
Vetrai	158	D
Carabinieri, guardie di finanza, guardie doganali, guardie portuali, pubblica sicurezza (personale operativo)	184	NA
Insegnanti di alpinismo, guide alpine	099	NA
Palombari/sommozzatori	204	NA
Personale viaggiante dell'aviazione civile	300	NA
Speleologi	153	NA
Vigili del fuoco	160	NA
Vigili urbani	161	NA
Esercito, marina militare ed aviazione (personale con mansioni non amministrative)	191	NA
Guardie notturne, giurate, guardie armate, portavalori, investigatori privati, guardie del corpo	086	NA
Attività sportive professionali non assicurabili		
Calciatori di altre serie o divisioni	033	NA
Calciatori di serie A-B-C	032	NA
Ciclisti: corridori dilettanti	045	NA
Ciclisti: corridori professionisti	044	NA
Fantini	071	NA
Sportivi dilettanti (né calciatori né ciclisti)	213	NA
Sportivi professionisti (né calciatori né ciclisti)	214	NA

Elenco grandi interventi chirurgici**Cardiochirurgia**

- By-pass aorto coronarici multipli (C.E.C.)
- By-pass aorto coronarico singolo (C.E.C.)
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.), salvo gli interventi descritti
- Cisti del cuore o del pericardio
- Ferite o corpi estranei o tumori del cuore o per tamponamento, interventi per
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per
- Pericardiectomia totale
- Reintervento con ripristino di C.E.C.
- Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

Chirurgia generale

- Amputazione addomino-perineale secondo Miles, trattamento completo
- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Colectomia totale (compresa eventuale stomia)
- Colectomia totale con linfadenectomia (compresa eventuale stomia)
- Coledoco-epatico digiunostomia con o senza colecistectomia
- Coledoco-epatico-digiunoduodenostomia con o senza colecistectomia
- Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia
- Emicolectomia sinistra con linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Emicolectomia destra con linfadenectomia
- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago cervicale, resezione dell', con esofagostomia
- Esofago, resezione parziale dell', con esofagostomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco-laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagogastropastica-esofagodigiunoplastica-esofagocoloplastica (sostitutiva o palliativa)
- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia parziale con linfadenectomia
- Gastrectomia totale con linfadenectomia (trattamento completo)
- Megacolon, intervento per (compresa colostomia)
- Neoplasie del pancreas endocrino, interventi per
- Pancreatemia sinistra compresa splenectomia ed eventuale linfadenectomia
- Pancreatemia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- Resezione anteriore retto-colica compresa linfadenectomia ed eventuale colostomia
- Resezioni epatiche maggiori
- Retto, amputazione del, con linfadenectomia
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale monolaterale
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne con svuotamento laterocervicale bilaterale

Chirurgia toraco-polmonare

- Bilobectomie, intervento di
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili (intervento per)
- Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con linfadenectomie associate
- Neoplasie maligne e/o cisti del mediastino per via sternotomica
- Neoplasie maligne della trachea
- Pleuropneumonectomia e pneumonectomia di completamento (qualsiasi patologia e tecnica)
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia
- Resezioni segmentarie tipiche
- Toracectomia per asportazione di tumore maligno coste e/o sterno con ricostruzione della parete

Chirurgia vascolare

- Aneurismi aorta addominale + dissecazione: resezione e trapianto
- Aneurismi, resezione e trapianto: arterie glutee, arterie viscerali e tronchi sovraortici
- By-pass aortico-iliaco o aorto-femorale, carotideo - succlavio
- By-pass aorto-anonima, aorto-carotideo
- By-pass aorto-renale, aorto-mesenterico o celiaco ed eventuale TEA e plastica basale
- Tromboendarterectomia aorto-iliaca ed eventuale plastica vasale

- Tromboendarteriectomia e by-pass e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici
- Tromboendarteriectomia e patch e/o embolectomia di carotide e vasi epiartoci
- Tromboendarteriectomia e trapianto e/o embolectomia di carotide e vasi epiaortici

Ginecologia - Ostetricia

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia radicale per via laparotomica o vaginale con linfadenectomia
- Isterectomia radicale per via laparotomia o vaginale senza linfadenectomia
- Tumori maligni vaginali con linfadenectomia, intervento radicale per
- Tumori maligni vaginali senza linfadenectomia, intervento radicale per
- Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e pelvica, intervento di

Neurochirurgia

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Ascesso o ematoma intracranico, intervento per
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, intervento di
- Corpo estraneo intracranico, asportazione di
- Craniotomia per ematoma extradurale
- Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Derivazione liquorale diretta ed indiretta, intervento per
- Epilessia focale, intervento per
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Fistole artero venose, terapia chirurgica con legatura vaso afferente
- Fistole artero venose, terapia chirurgica per aggressione diretta
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intra-durali extra midollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Plesso brachiale, intervento sul, con tecnica microchirurgica
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

Ortopedia

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, totale
- Artroprotesi: anca totale
- Artroprotesi: ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Disarticolazioni, grandi
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
- Ernia del disco dorsale per via transtoracica
- Ernia del disco intervertebrale cervicale, mielopatie, radiculopatie
- Ernia del disco per via anteriore con artrodesi intersomatica
- Osteotomia complessa (bacino, vertebrale, etc.)
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Ricostruzione secondaria del pollice o delle altre dita in microchirurgia
- Rivascolarizzazione di arto o di suo segmento (come unico intervento)
- Scoliosi, intervento per

- Spalla, resezioni complete secondo Tickhor-Limberg
- Trattamento microchirurgico delle lesioni del plesso brachiale
- Tumori ossei e forme pseudo tumorali, vertebrali, asportazione di
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

Otorinolaringoiatria

- Ascesso cerebrale, apertura per via transmastoidea
- Laringectomia parziale o totale con o senza svuotamento laterocervicale
- Laringofaringectomia totale
- Neoplasie parafaringee anche con svuotamento linfonodale monolaterale (maligne)
- Neoplasie parafaringee benigne
- Nervo vestibolare, sezione del
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Petrosectomia
- Stapedectomia
- Stapedotomia
- Tumori maligni del naso o dei seni, asportazione di

Chirurgia oro - maxillo - facciale

- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale

Urologia

- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa linfadenectomia e prostatovesciculectomia o uteroannessiectomia con reterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Emascuatio totale ed eventuale linfadenectomia
- Eminectomia
- Nefrectomia allargata per tumore (compresa surrenectomia)
- Nefroureterectomia radicale con linfadenectomia più eventuale surrenectomia, intervento per
- Neovescica ileale, colica, ileocolica
- Orchiectomia allargata con linfadenectomia addominale
- Prostatectomia radicale per carcinoma con linfadenectomia (qualsiasi accesso e tecnica)
- Surrenectomia (trattamento completo) trattamento trombo-cavale
- Ureteroenteroplastica con tasche continenti (bilaterale), intervento di
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale

Trapianti d'organo

Tutti

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE CHE REGOLANO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**ART. 60****ALTRI CASI DI DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA**

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

1. quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, od alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
2. quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
3. quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

ART. 62**CONDIZIONI E FORME DELLA DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA**

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte.

Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'art. 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso.

ART. 1341**CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO**

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute od avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro Contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

ART. 1342**CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI**

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo od al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

ART. 1891**ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI O PER CONTO DI CHI SPETTA**

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto. Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

ART. 1892**DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento, e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia

decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893**DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE**

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

ART. 1894**ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI**

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

ART. 1897**DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

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

ART. 1898**AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO**

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

ART. 1901**MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO**

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

ART. 1910**ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI**

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

ART. 1913

AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore od all'Agente autorizzato a concludere il contratto entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'Agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

ART. 1915

INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

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

ART. 1916

DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'Assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato, dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

ART. 2952

PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'Assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

DENUNCIA DEL SINISTRO LETTERA TIPO

Spett.le
Groupama Assicurazioni S.p.A.
Agenzia di
Via
Cap Città

....., li

Oggetto: Denuncia di sinistro su polizza PluriAttiva Infortuni n.
Agenzia di.....

Vi comunico che l'Assicurato/a in data
(precisare quale tra le seguenti ipotesi si è verificata)
ha subito un infortunio con le seguenti modalità

è stato ricoverato

gli è stata diagnosticata la seguente malattia invalidante

è stato sottoposto al seguente grande intervento chirurgico

Allego la seguente documentazione medica

Per quant'altro fosse pertinente ed utile all'espletamento della pratica, Vi comunico i
seguenti recapiti:

Abitazione (indirizzo e telefono)

Luogo di lavoro (indirizzo e telefono)

Cognome e Nome dell'Assicurato.....

Via..... n.

C.A.P. Località

In fede (firma)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - Tel. +39 06 3018.1
Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 204.342.840 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama SA - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Assicurazioni