

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

GROUPAMA
INFORTUNI



Assicurazione
infortuni individuale
e per la famiglia

Gentile Cliente,

nelle pagine seguenti troverà descritte le Condizioni di Assicurazione GROUPAMA INFORTUNI. Una guida semplice e sicura, composta da una serie di articoli e definizioni, le permetterà di risolvere qualsiasi dubbio e rispondere ad ogni domanda. In un linguaggio semplice ed immediato potrà avere così una visione completa dell'intera gamma delle garanzie e delle prestazioni offerte dalla polizza.

Questo è il benvenuto che la nostra Compagnia le offre, ringraziandola di averci scelto e augurandole di trascorrere in modo sereno il suo futuro.

In buona compagnia.

GROUPAMA ASSICURAZIONI S.p.A.

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized name or initials, positioned below the company name.

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 celeste nelle Condizioni di Assicurazioni (mod. 150275 ed. 11/2009).

DEFINIZIONI	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	
Art. 1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	6
Art. 2 – Altre assicurazioni	6
Art. 3 – Pagamento del premio – Effetto dell'assicurazione	6
Art. 4 – Modifiche dell'assicurazione	6
Art. 5 – Aggravamento del rischio	6
Art. 6 – Diminuzione del rischio	6
Art. 7 – Obblighi in caso di sinistro	7
Art. 8 – Proroga dell'assicurazione	7
Art. 9 – Assicurazione per conto altrui	7
Art. 10 – Oneri fiscali	7
Art. 11 – Rinvio alle norme di legge	7
SETTORE INFORTUNI	
FORME DI COPERTURA	
Art. 12 – Forma di copertura completa	8
Art. 13 – Forma di copertura professionale	8
Art. 14 – Forma di copertura extraprofessionale	8
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI	
Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione	9
Art. 16 – Rischi esclusi	9
Art. 17 – Servizio militare	10
Art. 18 – Persone non assicurabili	10
Art. 19 – Validità territoriale	11
Art. 20 – Altre assicurazioni	11
LE GARANZIE	
Art. 21 – Morte	12
Art. 22 – Morte presunta	12
Art. 23 – Invalidità permanente	12
Art. 24 – Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente e relative franchigie	14
Art. 25 – Inabilità temporanea	16
Art. 26 – Criteri di liquidazione dell'inabilità temporanea e relative franchigie	16
Art. 27 – Rimborso delle spese di cura da infortunio	16
Art. 28 – Criteri di liquidazione del rimborso spese di cura	17
Art. 29 – Indennità giornaliera per ricovero, convalescenza ed immobilizzazione gessata	17

IL SINISTRO

Art. 30 – Obblighi di denuncia dell’infortunio ed oneri relativi	18
Art. 31 – Criteri di indennizzabilità	18
Art. 32 – Attività diverse da quella dichiarata	18
Art. 33 – Controversie	19
Art. 34 – Diritto di surrogazione	19

CONDIZIONI COMPLEMENTARI

Art. 35 – Spese di soccorso	20
Art. 36 – Rischio volo	20
Art. 37 – Rischio calamità naturali	20
Art. 38 – Rischio guerra	20
Art. 39 – Commorienza coniugi da infortunio	21
Art. 40 – Danni estetici	21
Art. 41 – Perdita anno scolastico	21
Art. 42 – Collaboratrice familiare	22
Art. 43 – Anticipo sull’indennizzo	22

CONDIZIONI SPECIALI

Art. 44 – Condizione speciale D3 franchigia del 3% sull’invalidità permanente	23
Art. 45 – Condizione speciale D5 franchigia del 5% sull’invalidità permanente	23
Art. 46 – Condizione speciale D10 franchigia del 10% sull’invalidità permanente	23
Art. 47 – Condizione speciale D20 franchigia del 20% sull’invalidità permanente	23
Art. 48 – Condizione speciale M invalidità permanente senza franchigia	24
Art. 49 – Condizione speciale V – formula top	25
Art. 50 – Condizione speciale F eliminazione della franchigia sull’inabilità temporanea	26
Art. 51 – Condizione speciale L franchigia maggiorata sull’inabilità temporanea	26
Art. 52 – Condizione speciale U franchigia unica sull’inabilità temporanea	26
Art. 53 – Condizione speciale Y supervalutazione dell’inabilità temporanea	26

CONDIZIONI AGGIUNTIVE	
Art. 54 – Condizione aggiuntiva A1 – rischio in itinere	27
Art. 55 – Condizione aggiuntiva C alpinismo con scalata di roccia fino al 3° grado della scala di Monaco	27
Art. 56 – Condizione aggiuntiva C3 alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di Monaco	27
Art. 57 – Condizione aggiuntiva D – deroga al patto di tacita proroga	27
Art. 58 – Condizione aggiuntiva H – speleologia	27
Art. 59 – Condizione aggiuntiva N – ernie traumatiche o da sforzo	28
Art. 60 – Condizione aggiuntiva O – tabella di legge per invalidità permanente	28
Art. 61 – Condizione aggiuntiva P pugilato, atletica pesante, arti marziali, salto dal trampolino con idroscì	28
Art. 62 – Condizione aggiuntiva R immersione subacquea con autorespiratore	28
Art. 63 – Condizione aggiuntiva T – rugby e football americano	29
Art. 64 – Condizione aggiuntiva X indennità giornaliera per ricovero e convalescenza da malattia	29
Art. 65 – Condizione aggiuntiva Z guida occasionale di autocarri oltre 35 quintali	30
SETTORE ASSISTENZA	
NORME RELATIVE ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	
Art. 66 – Oggetto delle prestazioni di assistenza	31
Art. 67 – Limiti territoriali	34
Art. 68 – Limiti di esposizione per le prestazioni di assistenza	34
Art. 69 – Norme specifiche per le prestazioni di assistenza	35
CONVENZIONE PER L'ADEGUAMENTO AUTOMATICO DELLE SOMME ASSICURATE, DEI PREMI E DEI LIMITI DI GARANZIA	37
ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI	38
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE CHE REGOLANO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	46
IN CASO DI SINISTRO	
DENUNCIA DEL SINISTRO	50
LETTERA TIPO	51

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

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

CONTRAENTE

il soggetto che stipula l'assicurazione

FRANCHIGIA

la percentuale od il numero di giorni deducibili dal computo dell'indennizzo dovuto dalla Società

GESSATURA

mezzo fisso e rigido di contenzione, costituito da fasce gessate od altro apparecchio di contenimento comunque immobilizzante prescritto da personale medico. Sono inclusi i bendaggi elastici anche se adesivi con limitazione al trattamento od alla riduzione di una frattura accertata da radiografia. Non sono comunque considerati gessatura il collare di Schantz e le ginocchiere articolabili

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

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

atto medico perseguibile attraverso la cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica

INVALIDITÀ PERMANENTE

la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta

ISTITUTO DI CURA

Istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, Day Hospital e Day Surgery (pubblici o privati) regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. 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 dello stato di salute non dipendente da infortunio

POLIZZA

il documento che prova l'assicurazione

PREMIO

la somma dovuta dal Contraente alla Società per l'assicurazione

RICOVERO

la degenza anche diurna (Day Hospital e/o Day Surgery) in Istituto di Cura, pubblico o privato, regolarmente autorizzato alla erogazione dell'assistenza ospedaliera

RECESSO

lo scioglimento del vincolo contrattuale

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

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Il complesso di responsabili, personale, sistemi informativi, attrezzature ed ogni presidio o dotazione, centralizzato o meno, attraverso cui la Società fornisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza, previste nel contratto, su richiesta dell'Assicurato.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2

ALTRE ASSICURAZIONI *(vedere anche art. 20)*

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

ART. 3

PAGAMENTO DEL PREMIO – EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

Salvo quanto previsto dagli artt. 59 e 64, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

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

ART. 4

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dalle Parti.

ART. 5

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio.

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

ART. 6

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 e rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 7**OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO** *(vedere anche art. 30)*

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato devono darne avviso all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 5 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

ART. 8**PROROGA DELL'ASSICURAZIONE**

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

ART. 9**ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI**

Se l'assicurazione è prestata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

ART. 10**ONERI FISCALI**

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

ART. 11**RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

SETTORE INFORTUNI

FORME DI COPERTURA

La Forma di Copertura operante, per ogni Assicurato, è quella esplicitamente richiamata nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274)

ART. 12

FORMA DI COPERTURA COMPLETA

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

- delle attività professionali, dichiarate nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274);
- di ogni altra attività svolta senza carattere di professionalità.

ART. 13

FORMA DI COPERTURA PROFESSIONALE

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

- delle attività professionali, dichiarate nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274).

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa (rischio in itinere).

ART. 14

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.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

ART. 15

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività descritte nella Forma di Copertura (vedere artt. 12, 13 e 14) indicata nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274).

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, escluse la malaria, le malattie tropicali e quelle di cui gli insetti siano portatori necessari;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento od il congelamento;
- f) la folgorazione;
- g) i colpi di sole e di calore;
- h) le lesioni determinate da sforzi, salvo quanto disposto dall'art. 16 lett. n);
- 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.

ART. 16

RISCHI ESCLUSI

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;
- b) la guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti od imbarcazioni a motore di uso non privato.

Tale rischio invece è compreso in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata;
- c) la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- d) la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza;
- e) la guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, salvo quanto disposto dal successivo art. 36;
- f) la pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, guidoslitta, motonautica, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;

g) la partecipazione a competizioni - o relativi allenamenti e prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro, di pallavolo, di beach volley, di hockey, di surf, di windsurf, di atletica leggera, di skate-board, di pattinaggio, di tennis, di podismo, salvo che esse abbiano caratteristiche puramente ricreative.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

h) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;

i) ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti od allucinogeni;

j) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;

k) movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dal successivo art. 37;

l) guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, salvo quanto disposto dal successivo art. 38;

m) 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:

n) gli infarti di ogni tipo, le lesioni sottocutanee dei tendini (parziali o totali) e le ernie.

ART. 17

SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione è prestata durante il servizio militare di leva in tempo di pace o durante il servizio sostitutivo dello stesso, limitatamente agli infortuni non derivanti dallo svolgimento delle attività tipiche di detto servizio.

ART. 18

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 del contratto, 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. 19**VALIDITÀ TERRITORIALE**

L'assicurazione vale per il mondo intero. 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. 20**ALTRE ASSICURAZIONI**

Fermo quanto previsto dall'art. 2, 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.

LE GARANZIE

Le Garanzie seguenti sono operanti solo nel caso in cui nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274) siano indicate, per ogni Assicurato, le relative somme

ART. 21

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.

ART. 22

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. 23

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 sotto elencati:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	DESTRO	SINISTRO
- un arto superiore	70%	60%
- una mano od un avambraccio	60%	50%
- un pollice	18%	16%
- un indice	14%	12%
- un medio	8%	6%
- un anulare	8%	6%
- un mignolo	12%	10%
- una falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchoriosi dell'articolazione scapolo omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchoriosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchoriosi del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Amputazione di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
Amputazione di:		
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
Anchoriosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
Anchoriosi del ginocchio in estensione	25%	
Anchoriosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchoriosi della sotto astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di:		
- un occhio	25%	
- ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
- un orecchio	10%	
- ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	

Esiti da frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12 ^a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	1%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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.

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.

ART. 24

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE E RELATIVE FRANCHIGIE

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 23.

La liquidazione dell'indennizzo 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 € 125.000,00	oltre € 125.000,00 e fino ad € 200.000,00	oltre € 200.000,00
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 € 125.000,00	oltre € 125.000,00 e fino ad € 200.000,00	oltre € 200.000,00
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. 25

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. 26

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, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.

La liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) se la somma assicurata non è superiore ad euro 40,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 7° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- b) se la somma assicurata è superiore ad euro 40,00 ma non ad euro 55,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 9° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- c) se la somma assicurata è superiore ad euro 55,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 12° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

ART. 27

RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA DA INFORTUNIO

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, escluse in ogni caso le protesi dentarie;
 - d) per medicinali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure in genere (anche termali) con esclusione in ogni caso delle spese di natura alberghiera, fino a concorrenza di un importo non superiore al 20% del massimale assicurato;
- B - le spese sostenute durante il ricovero o l'intervento chirurgico senza ricovero entro 365 giorni dall'infortunio:
 - e) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - f) per diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e protesici applicati durante l'intervento;
 - g) per rette di degenza.

ART. 28**CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE DI CURA**

Con riferimento alle garanzie di cui all'art. 27 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. 29**INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO, CONVALESCENZA ED IMMOBILIZZAZIONE GESSATA**

Nel caso di ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponde l'importo dell'indennità giornaliera assicurata per ogni giorno di degenza e per la durata massima di 365 giorni. Il giorno di ricovero e quello di dimissione vengono considerati come unico giorno ai fini della liquidazione.

La convalescenza successiva al ricovero, sarà riconosciuta per un numero di giorni pari a quello della degenza, con un massimo di 90 giorni, sempre che in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa.

Limitatamente ai casi di Day Hospital o di Day Surgery, la convalescenza successiva al ricovero, sarà riconosciuta per un numero di giorni pari al doppio di quello dei giorni di degenza, con un massimo di 90 giorni, sempre che in tal caso esista prescrizione del medico curante e l'Assicurato non riprenda prima la sua attività lavorativa.

Qualora l'infortunio abbia comportato immobilizzazione gessata la Società corrisponde inoltre l'importo della indennità giornaliera assicurata per tutto il periodo della gessatura stessa, ma con durata massima di 50 giorni. L'indennità per gessatura, in ogni caso, non è cumulabile con le precedenti due, salvo il diritto dell'Assicurato di percepire quella di durata maggiore tra le due indennità per ricovero e per convalescenza e quella per immobilizzazione gessata.

Le indennità di cui al presente articolo vengono corrisposte a cura ultimata, su presentazione degli originali dei documenti rilasciati dall'Istituto di Cura (cartella clinica, certificati medici).

La Società, a richiesta, restituisce i predetti originali.

IL SINISTRO

ART. 30

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.

ART. 31

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. 32

ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo il disposto degli artt. 1, 5, 6 e 16 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.

		CLASSE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE DICHIARATA			
		A	B	C	D
CLASSE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE SVOLTA	A	100%	100%	100%	100%
	B	85%	100%	100%	100%
AL MOMENTO DEL SINISTRO	C	75%	85%	100%	100%
	D	25%	70%	85%	100%

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.

ART. 33**CONTROVERSIE**

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. 31, 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.

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

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, 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.

ART. 34**DIRITTO DI SURROGAZIONE**

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI COMPLEMENTARI

ART. 35

SPESE DI SOCCORSO

In caso di infortunio dell'Assicurato, la Società rimborsa le spese resesi 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 euro 800,00 per sinistro.

ART. 36

RISCHIO VOLO

A parziale deroga dell'art. 16 lett. e), 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. 37

RISCHIO CALAMITÀ NATURALI

A parziale deroga dell'art. 16 lett. k), limitatamente alle sole garanzie Morte e/o Invalidità Permanente (qualora operanti), sono compresi gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche, verificatisi fuori dal Comune di residenza dell'Assicurato.

La presente prestazione opera fino a concorrenza del 20% delle somme assicurate per Morte e/o Invalidità Permanente con il massimo di euro 60.000,00 per sinistro.

ART. 38

RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'art. 16 lett. l), 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. 39**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, entrambi assicurati dalla presente polizza e sempreché gli stessi lascino figli, minori o portatori di handicap, 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.

Tale prestazione deve intendersi valida solo qualora entrambi i genitori siano assicurati con la presente polizza per la garanzia Morte.

ART. 40**DANNI ESTETICI**

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico e 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 effettuate 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 euro 3.000,00 per sinistro.

ART. 41**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 euro 1.000,00 per sinistro.

ART. 42

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 la garanzia Indennità Giornaliera per Ricovero, Convalescenza ed Immobilizzazione Gessata.

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

ART. 43

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 l'indennizzo maturato fino al momento della richiesta, nei seguenti casi:

- a) Inabilità Temporanea totale ininterrotta di almeno 45 giorni;
- b) Indennità Giornaliera per Ricovero, Convalescenza ed Immobilizzazione Gessata di almeno 30 giorni;
- c) Rimborso Spese di Cura.

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.

CONDIZIONI SPECIALI

Le Condizioni Speciali seguenti sono operanti, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui siano espressamente richiamate nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274)

CONDIZIONI SPECIALI RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

ART. 44

CONDIZIONE SPECIALE D3 – FRANCHIGIA DEL 3% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 24, 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 3%; se invece esso risulterà superiore al 3%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

ART. 45

CONDIZIONE SPECIALE D5 – FRANCHIGIA DEL 5% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 24, 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 5%; se invece esso risulterà superiore al 5%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

ART. 46

CONDIZIONE SPECIALE D10 – FRANCHIGIA DEL 10% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 24, 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 10%; se invece esso risulterà superiore al 10%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

ART. 47

CONDIZIONE SPECIALE D20 – FRANCHIGIA DEL 20% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga dell'art. 24, 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 esso risulterà superiore al 20%, l'indennizzo verrà corrisposto in base alla percentuale eccedente tale limite;
- qualora l'invalidità permanente accertata sia di grado pari o superiore al 50%, l'indennizzo sarà pari al 100% della somma assicurata.

ART. 48

CONDIZIONE SPECIALE M – INVALIDITÀ PERMANENTE SENZA FRANCHIGIA

A parziale deroga dell'art. 24, 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 € 125.000,00	oltre € 125.000,00 e fino ad € 200.000,00	oltre € 200.000,00
1	1	0	0
2	2	0	0
3	3	0	0
4	4	0	0
5	5	0	0
6	6	1	0
7	7	2	0
8	8	3	0
9	9	4	0
10	10	5	0
11	11	6	1
12	12	7	2
13	13	8	3
14	14	9	4
15	15	10	5
16	16	11	6
17	17	12	7
18	18	13	8
19	19	14	9
20	20	15	10
21	21	16	11
22	22	17	12
23	23	18	13
24	24	19	14
25	25	20	15
26	26	21	16
27	27	22	17
28	28	23	18
29	29	24	19
30	30	25	20
31	31	26	21
32	32	27	22
33	33	28	23
34	34	29	24
35	35	30	25
36	36	31	26
37	37	32	27
38	38	33	28
39	39	34	29
40	40	35	30
41	41	36	31
42	42	37	32
43	43	38	33
44	44	39	34
45	45	40	35
46	46	41	36
47	47	42	37
48	48	43	38
49	49	44	39
50	50	50	50

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata		
	fino ad € 125.000,00	oltre € 125.000,00 e fino ad € 200.000,00	oltre € 200.000,00
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

ART. 49**CONDIZIONE SPECIALE V – FORMULA TOP**

A parziale deroga dell'art. 24, la liquidazione dell'indennizzo per Invalità Permanente verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata	% di ip accertata	% liquidare sulla somma assicurata
1	0	26	6	51	94	76	144
2	0	27	7	52	96	77	146
3	0	28	8	53	98	78	148
4	0	29	10	54	100	79	150
5	0	30	12	55	102	80	152
6	0	31	14	56	104	81	154
7	0	32	16	57	106	82	156
8	0	33	18	58	108	83	158
9	0	34	20	59	110	84	160
10	0	35	22	60	112	85	162
11	0	36	24	61	114	86	164
12	0	37	25	62	116	87	166
13	0	38	29	63	118	88	168
14	0	39	33	64	120	89	170
15	0	40	37	65	122	90	172
16	0	41	41	66	124	91	174
17	0	42	45	67	126	92	178
18	0	43	49	68	128	93	182
19	0	44	55	69	130	94	186
20	0	45	60	70	132	95	190
21	1	46	65	71	134	96	192
22	2	47	70	72	136	97	194
23	3	48	80	73	138	98	196
24	4	49	90	74	140	99	198
25	5	50	92	75	142	100	200

CONDIZIONI SPECIALI RELATIVE ALLA GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA

ART. 50

CONDIZIONE SPECIALE F – ELIMINAZIONE DELLA FRANCHIGIA SULL'INABILITÀ TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 26, la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) se la somma assicurata non è superiore ad euro 40,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- b) se la somma assicurata è superiore ad euro 40,00 ma non ad euro 55,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 9° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- c) se la somma assicurata è superiore ad euro 55,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 12° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

ART. 51

CONDIZIONE SPECIALE L – FRANCHIGIA MAGGIORATA SULL'INABILITÀ TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 26, la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata con le seguenti modalità:

- a) se la somma assicurata non è superiore ad euro 40,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 9° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- b) se la somma assicurata è superiore ad euro 40,00 ma non ad euro 55,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 12° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
- c) se la somma assicurata è superiore ad euro 55,00, l'indennizzo è dovuto a partire dal 16° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

ART. 52

CONDIZIONE SPECIALE U – FRANCHIGIA UNICA SULL'INABILITÀ TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 26, la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata a partire dal 16° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

ART. 53

CONDIZIONE SPECIALE Y - SUPERVALUTAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 26, 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 nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274) viene aumentata del 50%;
- dal 151° giorno di inabilità temporanea la somma assicurata prevista nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274) viene aumentata del 100%.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

Le Condizioni Aggiuntive seguenti sono operanti, per ogni singolo Assicurato, solo nel caso in cui siano espressamente richiamate nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274)

ART. 54

CONDIZIONE AGGIUNTIVA A1 - RISCHIO IN ITINERE

A parziale deroga dell'art. 13, l'assicurazione si estende agli infortuni che avvengono durante il tempo necessario a compiere il tragitto dall'abitazione dell'Assicurato al suo luogo di lavoro e viceversa.

ART. 55

CONDIZIONE AGGIUNTIVA C – ALPINISMO CON SCALATA DI ROCCIA FINO AL 3° GRADO DELLA SCALA DI MONACO

A parziale deroga dell'art. 16 lett. f), 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 fino al terzo grado della scala di Monaco, purché non effettuato isolatamente.

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

ART. 56

CONDIZIONE AGGIUNTIVA C3 – ALPINISMO CON SCALATA DI ROCCIA OLTRE IL 3° GRADO DELLA SCALA DI MONACO

A parziale deroga dell'art. 16 lett. f), 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.

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

ART. 57

CONDIZIONE AGGIUNTIVA D - DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

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

ART. 58

CONDIZIONE AGGIUNTIVA H – SPELEOLOGIA

A parziale deroga dell'art. 16 lett. f), 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.

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

ART. 59

CONDIZIONE AGGIUNTIVA N - ERNIE TRAUMATICHE O DA SFORZO

A parziale deroga dell'art. 16 lett. n), l'assicurazione è estesa, limitatamente ai casi di Invalidità Permanente e di Inabilità Temporanea (qualora operanti), alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- la copertura assicurativa delle ernie decorre soltanto dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio Medico come riportato nell'art. 33.

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

- dalla data di decorrenza della precedente assicurazione, per gli Assicurati, le somme e le prestazioni da essa previste;
- dalla data di decorrenza della presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle nuove persone e prestazioni da quest'ultima previste.

ART. 60

CONDIZIONE AGGIUNTIVA O - TABELLA DI LEGGE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

La tabella per l'accertamento delle percentuali di Invalidità Permanente prevista dall'art. 23, 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. 24.

ART. 61

CONDIZIONE AGGIUNTIVA P – PUGILATO, ATLETICA PESANTE, ARTI MARZIALI, SALTO DAL TRAMPOLINO CON IDROSCI

A parziale deroga dell'art. 16 lett. f), 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) del pugilato, atletica pesante nelle sue varie forme, arti marziali e salto dal trampolino con idrosci. Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti, danni estetici e le deformazioni fisionomiche.

ART. 62

CONDIZIONE AGGIUNTIVA R – IMMERSIONE SUBACQUEA CON AUTORESPIRATORE

A parziale deroga dell'art. 16 lett. f), 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.

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

ART. 63**CONDIZIONE AGGIUNTIVA T – RUGBY E FOOTBALL AMERICANO**

A parziale deroga dell'art. 16 lett. f), 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), del rugby e football americano.

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

ART. 64**CONDIZIONE AGGIUNTIVA X – INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO E CONVALESCENZA DA MALATTIA**

A parziale deroga dell'art. 29, la garanzia Indennità Giornaliera per Ricovero e Convalescenza si intende estesa anche al caso di ricovero reso necessario da malattia, parto od aborto terapeutico.

La presente estensione di garanzia decorre:

- dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, ai sensi dell'art. 3, con riferimento alle malattie insorte in corso di contratto;
- dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto, nonché per il parto.

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

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra 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 i ricoveri resi necessari da:

- conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- 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;
- aborto volontario non terapeutico;
- 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.

Nei casi di parto senza taglio cesareo, aborto terapeutico ed intervento sulle tonsille o vegetazioni adenoidi effettuato su bambini di età inferiore a 9 anni, verrà corrisposta la sola indennità per ricovero per una durata massima di 6 giorni. Non verrà corrisposta pertanto l'indennità per convalescenza.

La Società effettua il pagamento delle indennità dovute, a termini della presente condizione aggiuntiva, 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.

ART. 65

CONDIZIONE AGGIUNTIVA Z - GUIDA OCCASIONALE DI AUTOCARRI OLTRE 35 QUINTALI

L'assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla guida non professionale di autocarri di peso complessivo a pieno carico superiore a 35 quintali.

SETTORE ASSISTENZA

NORME RELATIVE ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

PREMESSA

Le garanzie Assistenza sono prestate dalla Società alle persone assicurate, ferme restando le esclusioni previste nei singoli settori di garanzia.

La gestione del servizio è effettuata tramite la Struttura Organizzativa Clickar Assistance.

ART. 66

OGGETTO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

Il servizio di assistenza garantisce le seguenti prestazioni:

a) 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 il servizio medico della Struttura Organizzativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle terapie da seguire.

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

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

Qualora l'Assicurato abbia necessità di reperire un medico specialista (ginecologo/pediatra/ecc.), anche d'urgenza, potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad inviare uno convenzionato.

Il costo della prestazione, a tariffe agevolate, resta a carico dell'Assicurato o del Contraente.

c) Invio di un'ambulanza

Qualora, in seguito ad un primo contatto telefonico, il servizio medico della Struttura Organizzativa giudicasse indispensabile una visita medica accurata e semprechè non sia reperibile il medico abituale dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà a far trasportare l'Assicurato, tramite ambulanza, presso il più vicino centro di 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 2 volte per anno assicurativo.

d) Invio di un medico

Qualora, dai primi risultati del contatto telefonico, il servizio medico della Struttura Organizzativa avvertisse, nel trasporto del paziente senza una preventiva visita medica sul posto, la presenza di rischi obiettivi per l'incolumità dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare gratuitamente un suo medico convenzionato al capezzale del paziente.

Nel caso in cui, da un secondo consulto fra il medico di guardia della Struttura Organizzativa ed il medico che ha visitato l'Assicurato si giudicasse necessario un suo trasporto in ospedale, questo verrà effettuato secondo le modalità previste alla lett. c) precedente.

La decisione medico-operativa sarà a totale discrezione del Responsabile Medico della Struttura Organizzativa.

e) Prolungamento del soggiorno

Qualora a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero superiore a 7 giorni, gli accompagnatori dello stesso siano costretti a trattenerli 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 un massimo di euro 300,00 per sinistro.

f) Reperimento di medicinali urgenti

Nel caso in cui l'Assicurato necessiti di un preparato di fabbricazione italiana ed irreperibile nello stato estero nel quale si trova, la Struttura Organizzativa, scegliendo la soluzione di maggiore rapidità, provvederà a:

- reperire, tramite la propria organizzazione sanitaria internazionale, il farmaco corrispondente sul posto od in un paese limitrofo;
- ovvero inviare direttamente dall'Italia il farmaco richiesto.

Sono in ogni caso a carico dell'Assicurato o del Contraente il costo dei medicinali e gli eventuali diritti doganali, per i quali l'Assicurato od il Contraente si impegna a saldare il relativo importo alla Struttura Organizzativa a presentazione della fattura.

g) Trasporto sanitario

Nel caso di ricovero dell'Assicurato, previa consultazione fra il servizio medico della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, se le strutture del centro 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 centro 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 (1ª 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 euro 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.

h) Accompagnatore in caso di trasporto sanitario

In caso di trasporto sanitario di cui al precedente paragrafo, 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.

i) Rientro dei figli minori (garanzia valida ad oltre Km 100 dal domicilio dell'Assicurato)

Qualora, a seguito di ricovero dell'Assicurato, in viaggio 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.

j) 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 sempreché 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.

k) Messa a disposizione di un infermiere

Nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta all'Assicurato, da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, una terapia, a domicilio o presso il luogo dove egli soggiorna, che necessiti la presenza di un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirlo, sostenendo o rimborsando all'Assicurato il relativo costo.

L'Assicurato dovrà usufruire della prestazione entro e non oltre i 7 giorni successivi alla sua dimissione dal luogo di cura.

La presente prestazione opera fino a concorrenza di euro 100,00 per sinistro.

l) 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 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.

m) Informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici

Il servizio medico della Struttura Organizzativa sarà a disposizione dell'Assicurato o di uno dei genitori dello stesso per fornire consigli od informazioni riguardo le strutture sanitarie, i centri di cura ed i medici/pediatrati 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 2 volte per anno assicurativo.

n) Monitoraggio del ricovero ospedaliero

Qualora l'Assicurato venga ricoverato, il servizio medico della Struttura Organizzativa, o direttamente con medici/pediatrati convenzionati sul posto, sarà a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici/pediatrati del centro di cura.

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

o) Interprete all'estero per problemi di salute

Qualora l'Assicurato trovandosi all'estero venga ricoverato in ospedale ed abbia difficoltà a comunicare perché non conosce la lingua, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare un interprete sul posto.

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.

p) 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, sempreché 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), sempreché 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.

La Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare anche il soggiorno in albergo del familiare venuto a raggiungere il defunto e ne sosterrà le spese di pernottamento.

La presente prestazione, limitatamente alle spese di pernottamento, opera fino a concorrenza di un importo giornaliero di euro 150,00 per sinistro.

ART. 67

LIMITI TERRITORIALI

Le prestazioni sono operanti per eventi verificatisi in tutti i paesi del mondo.

ART. 68

LIMITI DI ESPOSIZIONE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

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 assistenze indicate 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 j) 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, sempreché autorizzate, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, certificati, notule).

ART. 69**NORME SPECIFICHE PER LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA****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.

Sono del pari esclusi i sinistri verificatisi:

- in conseguenza di stato di ubriachezza, ovvero di alterazione determinata da uso di sostanze stupefacenti, psicofarmaci od allucinogeni;
- in conseguenza di partecipazione ad attività illecite, oppure partecipazione a corse, scommesse, gare, competizioni;
- per malattie nervose e mentali, per malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la ventiseiesima settimana di gestazione;
- per malattie patologiche croniche o preesistenti alla decorrenza della polizza.

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).

e) Istruzioni per la richiesta di Assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al:

numero verde nazionale: **800.339.106**

oppure al numero ordinario: **0039.02.937.76.997**

oppure al fax: **0039.02.937.76.755**

oppure all'indirizzo e-mail: **prontassistenza@clickarassistance.com**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- numero di polizza;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

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

N.B.: le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura Organizzativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il numero di conto corrente presso la propria Banca con il relativo codice IBAN.

CONVENZIONE PER L'ADEGUAMENTO AUTOMATICO DELLE SOMME ASSICURATE, DEI PREMI E DEI LIMITI DI GARANZIA

La Convenzione per l'Adeguamento Automatico seguente è operante solo nel caso in cui nelle Condizioni Particolari di Polizza (mod. 150274) sia indicato il relativo numero indice.

Le somme assicurate, i massimi e i limiti di garanzia espressi in cifra assoluta, le eventuali detrazioni a carico dell'Assicurato, espresse in cifra assoluta, e il premio, sono soggetti ad adeguamento automatico in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice nazionale dei prezzi al consumo delle famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Nazionale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice indicato in polizza, corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo. Gli aumenti o le riduzioni sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

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

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Accordatore di strumenti musicali	A
Addetto al servizio alberghiero senza prestazioni manuali	A
Agente che opera nel settore dei servizi	A
Agente che opera nel settore del commercio	A
Agente che opera nel settore del credito	A
Agente che opera nel settore delle assicurazioni	A
Agente che opera nel settore dell'industria	A
Agente o Mediatore immobiliare	A
Agente, Procuratore sportivo	A
Albergatore senza prestazioni manuali	A
Amministratore di beni propri od altrui	A
Architetto senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	A
Arredatore	A
Assistente sociale	A
Avvocato	A
Bambino di età minore di sei anni	A
Barbiere	A
Barista	A
Benestante senza particolare occupazione	A
Biologo	A
Botanico	A
Call Center (operatore)	A
Cameriere	A
Cantante	A
Casalinga	A
Centralinista	A
Clero (appartenente al)	A
Collaboratore domestico	A
Collaboratore familiare	A
Commercialista	A
Commerciante (proprietario od addetto), escluse materie pericolose, esplosivi, infiammabili, corrosive, tossiche, senza lavoro manuale	A
Concessionario di auto	A
Concessionario di auto e motoveicoli	A
Concessionario di motoveicoli	A
Consulente del lavoro	A

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Dirigente senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	A
Disegnatore, Grafico	A
Enologo, Enotecnico	A
Farmacista	A
Fisioterapista	A
Fotografo	A
Fotomodello	A
Geometra senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	A
Giornalaio	A
Impiegato senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	A
Imprenditore, diverso da agricoltore, commerciante od artigiano che non presta lavoro manuale	A
In attesa di occupazione	A
Indossatore	A
Ingegnere senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	A
Insegnante di materie non sperimentali e non di pratica professionale	A
Magistrato	A
Massaggiatore	A
Mediatore in genere, escluso bestiame	A
Medico, non radiologo	A
Musicista	A
Notaio	A
Odontotecnico	A
Operatore o Addetto a centri elaborazione dati	A
Ostetrico/a	A
Parrucchiere	A
Pensionato	A
Perito senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	A
Pittore artistico	A
Politico, Sindacalista	A
Praticante, Tirocinante	A
Programmatore di software	A
Promotore Finanziario	A
Quadro senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	A
Ragioniere	A
Sagrestano	A

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Sarto	A
Stilista	A
Studiante	A
Vetrinista	A
Vigile del fuoco con soli compiti amministrativi	A
Addetto al servizio alberghiero con prestazioni manuali	B
Agricoltore senza uso di macchine agricole	B
Agronomo	B
Albergatore con prestazioni manuali	B
Allenatore di sport, esclusi: equitazione, arti marziali, lotta, sci-scalata nelle varie forme, sport aerei-nautici-subacquei, atletica pesante, alpinismo, bob, skeleton, rugby, football americano e sport estremi in genere	B
Allevatore di animali diversi da cani, bovini, equini, suini	B
Ambasciatore	B
Antiquario senza restauro	B
Arbitro	B
Archeologo	B
Architetto con accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B
Artigiano senza uso di macchine che non ha accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi e non viene a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi, acidi	B
Artista di spettacoli non acrobatici e non da circo	B
Attore che non esercita l'attività di controfigura, stunt-man	B
Autista di veicoli, esclusi autobus ed autocarri con peso complessivo a pieno carico superiore ai 35 q.li	B
Bagnino	B
Ballerino	B
Becchino	B
Bidello	B
Callista	B
Cameraman	B
Commerciante (proprietario od addetto) di articoli sportivi, comprese armi da fuoco, senza confezione di cartucce	B
Commerciante (proprietario od addetto) di gelateria con produzione propria	B
Commerciante (proprietario od addetto) di pasticceria con produzione propria	B

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Commerciante (proprietario od addetto) in pasticcerie e gelaterie con produzione propria	B
Commerciante (proprietario od addetto) in panetterie o pasticcerie con produzione propria	B
Commerciante (proprietario od addetto) in panetterie, pasticcerie, gelaterie con produzione propria	B
Commerciante (proprietario od addetto) di mobili, radio-TV, elettrodomestici, articoli igienico-sanitari, con attività di installazione, senza posa antenne	B
Commerciante (proprietario od addetto) di macelleria senza macellazione	B
Commerciante (proprietario od addetto) di oreficerie, orologerie, gioiellerie	B
Commesso viaggiatore	B
Corniciaio	B
Cuoco	B
Cuoco, Pizzaiolo	B
Custode	B
Diplomatico	B
Dirigente con uso di macchine ed accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B
Disc-Jockey	B
Estetista	B
Estetista, Manicure, Pedicure	B
Floricoltore che non effettua potatura o messa a dimora di alti fusti nè usa macchine agricole	B
Forze Armate e Corpi Armati in attività amministrative (appartenente a)	B
Fotocronista	B
Geologo	B
Geometra con accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B
Gestore di autorimesse che non effettua riparazioni	B
Gestore di bar, caffè, gelaterie	B
Gestore di enoteche e bottiglierie	B
Gestore di pizzerie	B
Gestore di ristoranti	B
Gestore di ristoranti, pizzerie	B
Gestore di stazioni di servizio e rifornimento che non effettua operazioni di manutenzione, lavaggio e simili	B
Gestore di trattorie	B
Gestore di trattorie, pizzerie	B
Giardiniere che non effettua potatura o messa a dimora di alti fusti nè usa macchine agricole	B

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Giornalista	B
Guardapesca	B
Guardia campestre	B
Guardiacaccia	B
Guida turistica	B
Impiegato con uso di macchine ed accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B
Imprenditore agricolo senza uso di macchine agricole	B
Imprenditore, diverso da agricoltore, commerciante od artigiano che presta lavoro manuale	B
Infermiere senza contatto con materie radioattive	B
Ingegnere con accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B
Insegnante di educazione fisica nelle scuole	B
Insegnante di materie sperimentali o di pratica professionale anche in laboratorio	B
Istruttore di scuola guida	B
Istruttore di sport, esclusi: equitazione, arti marziali, lotta, sci-scalata nelle varie forme, sport aerei-nautici-subacquei, atletica pesante, alpinismo, bob, skeleton, rugby, football americano e sport estremi in genere	B
Lattoniere solo a terra	B
Litografo	B
Magliaio	B
Manicure e Pedicure	B
Materassaio	B
Mediatore di bestiame	B
Operaio senza uso di macchine che non ha accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi e non viene a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi, acidi	B
Operatore ecologico	B
Orafo, Incisore	B
Ottico (montatore, riparatore)	B
Paramedico senza contatto con materie radioattive	B
Perito con accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B
Pizzaiolo	B
Portiere	B
Postino	B
Pubblicista	B
Quadro con uso di macchine ed accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Redattore	B
Restauratore senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	B
Riparatore radio-TV, computer, macchine per ufficio ed elettrodomestici in genere	B
Tappezziere	B
Veterinario	B
Vigile urbano	B
Vivaista che non effettua potatura o messa a dimora di alti fusti non usa macchine agricole	B
Allevatore di bovini	C
Allevatore di cani	C
Allevatore di equini	C
Allevatore di suini	C
Analista di laboratorio che non tratta materie esplodenti e radioattive	C
Antennista	C
Artigiano con uso di macchine senza accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi che non viene a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi, acidi	C
Calzolaio	C
Carrozziere	C
Casaro	C
Cavaiolo (operaio in cave di marmo o pietra) senza uso di esplosivi	C
Chimico di laboratorio che non tratta materie esplodenti e radioattive	C
Commerciante (proprietario od addetto) escluse materie pericolose, esplodenti, infiammabili, corrosive, tossiche, con lavoro manuale, carico e scarico	C
Commerciante (proprietario od addetto) ambulante	C
Commerciante (proprietario od addetto) di macelleria compresa macellazione	C
Conciapelli	C
Elettrauto	C
Elettricista con lavoro solo all'interno di edifici non a contatto con alta tensione	C
Fisico di laboratorio che non tratta materie esplodenti e radioattive	C
Forze Armate e Corpi Armati dello Stato (appartenente a) con esclusione dell'attività di volo, ordine pubblico, artificiere, minatore, imbarcato, paracadutista	C
Gestore di stazioni di servizio e rifornimento che effettuano operazioni di manutenzione, lavaggio e simili	C
Gommista	C

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Guardia giurata	C
Idraulico	C
Imbianchino, solo all'interno di edifici	C
Istruttore di equitazione	C
Marmista	C
Meccanico	C
Operaio con uso di macchine che non ha accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi e non viene a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi, acidi	C
Pony Express	C
Restauratore con accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi	C
Tipografo	C
Abbattitore di piante senza uso di esplosivi	D
Agricoltore con uso di macchine agricole	D
Analista di laboratorio che tratta materie esplodenti non radioattive	D
Artigiano con uso di macchine che ha accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi e viene a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi, acidi	D
Autista di autobus od autocarri di portata a pieno carico superiore a 35 q.li	D
Autotrasportatore che guida veicoli con carico e scarico	D
Boscaiolo senza uso di esplosivi	D
Carpentiere	D
Chimico di laboratorio che tratta materie esplodenti non radioattive	D
Elettricista con lavoro anche all'esterno di edifici a contatto con alta tensione	D
Fabbro	D
Facchino	D
Falegname	D
Fisico di laboratorio che tratta materie esplodenti non radioattive	D
Floricoltore con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e con uso o guida di macchine agricole	D
Giardiniere con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e con uso o guida di macchine agricole	D
Imbianchino, anche all'esterno di edifici, con uso di scale, ponteggi ed impalcature	D
Imprenditore agricolo con uso di macchine agricole	D
Lattoniere anche su impalcature e ponti	D
Magazziniere di merci che effettua carico e scarico	D
Muratore	D

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

DESCRIZIONE DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE	CLASSE
Operaio con uso di macchine che ha accesso a cantieri, officine, impalcature, tetti, ponteggi e viene a contatto con corrente ad alta tensione, esplosivi, acidi	D
Pescatore	D
Scultore	D
Sommozzatore, Palombaro	D
Vetraio	D
Vigile del fuoco con compiti operativi	D
Vivaista con potatura e messa a dimora di piante ad alto fusto e con uso o guida di macchine agricole	D

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 risolto 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.

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE CHE REGOLANO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse 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 in due anni e quelli derivanti dal contratto di riassicurazione 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.

IN CASO DI SINISTRO

DENUNCIA DEL SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato, entro 5 giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, avranno cura di:

- contattare la propria agenzia Groupama;
- inviare, per raccomandata, all'Agente la denuncia dell'avvenuto sinistro contenente l'indicazione delle modalità dell'infortunio ed il certificato di Pronto Soccorso;
- raccogliere i documenti necessari alla liquidazione, le notule dei medici, le prescrizioni, gli accertamenti diagnostici, le note dei trattamenti praticati ed ogni giustificativo delle spese sostenute;
- presentare in originale all'Agente tutta la documentazione raccolta, nonché in caso di ricovero, copia della cartella clinica completa, da richiedere all'Istituto di cura in cui è avvenuto il ricovero.

LETTERA TIPO

Spett.le
Groupama Assicurazioni S.p.A.

Agenzia di

Via

Cap Città

....., li

Oggetto: Denuncia di sinistro su polizza GROUPAMA INFORTUNI n.

Agenzia di

Vi comunico che il sottoscritto in data ha subito un infortunio
con le seguenti modalità

.....
.....
.....
.....

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)

.....

In fede (firma)



SOCIETÀ DI



Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione generale: Via Massimi, 158 - 00136 Roma - Tel. 06 3018.1
Fax 06 3018.3382 - info@groupama.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 142.570.800 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

