

PLURIATTIVA INFORTUNI

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

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- **DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE**
- **DIP AGGIUNTIVO - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

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

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



SOCIETÀ DI



Groupama

PAGINA NON UTILIZZABILE

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Infortuni, malattia e altre garanzie.



Che cosa è assicurato?

Sezione Infortuni:

Nel caso di **infortuni**, che dovessi subire nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza e/o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale o ricreativa comprese, nonché nei casi di parificazione/estensione del concetto di infortunio (es. asfissia, punture di insetti, ernie, atti di temerarietà, calamità naturali, rischio guerra), è assicurato:

- ✓ **Morte:** il riconoscimento ai beneficiari designati del capitale stabilito nel contratto con particolari maggiorazioni in determinati casi quali: la commorienza coniugi o la morte a seguito di rapina, estorsione, sequestro.
- ✓ **Invalidità permanente:** un indennizzo che è funzione della somma assicurata e del grado di invalidità accertato, più un capitale aggiuntivo predefinito per l'adattamento dell'abitazione o dell'autovettura in caso di invalidità gravi, nonché un indennizzo forfettario qualora il figlio minore di 5 anni di coniugi entrambi assicurati dovesse subire un infortunio seriamente invalidante.
- ✓ **Rimborso Spese di Cura:** un rimborso delle spese sostenute.
- ✓ **Indennità giornaliera da Ricovero e Indennità giornaliera da Gessatura:** la corresponsione rispettivamente di una diaria per ogni giorno di ricovero (o day hospital/ day surgery) e per ogni giorno di gessatura.

Sezione malattie:

Nei casi di malattia intesa come alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio, è assicurato:

- ✓ **Invalidità permanente da malattia:** a condizione che la malattia sia invalidante permanentemente oltre il 25%, un indennizzo che è funzione del grado di invalidità accertata e della somma assicurata;
 - ✓ **Invalidità permanente da Ictus o Infarto,** l'indennizzo calcolato con criteri analoghi a quelli che precedono, è corrisposto soltanto qualora la malattia sia rappresentata da una delle due patologie citate.
- Queste due garanzie sono alternative tra loro.**
- ✓ **Grande intervento chirurgico,** il rimborso, sino alla concorrenza del massimale indicato in polizza, delle spese sostenute prima (90 giorni), durante e dopo (180 giorni) il ricovero per un grande intervento chirurgico.

La somma assicurata della garanzia Morte e i massimali relativi alle altre garanzie attive sono indicati in Polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV, AIDS o sindromi correlate, infermità mentali (Sindromi organico cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi);
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- ✗ Malattie mentali e disturbi psichici;
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Interruzione volontaria della gravidanza;
- ✗ Cure per infertilità, sterilità;
- ✗ Degenze e Trattamenti termali, dietologici, estetici, cure non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- ✗ Cure odontoiatriche;
- ✗ Ricoveri per lungodegenze check up;
- ✗ Conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva; trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Infortuni da pratica di sport aerei, gare motoristiche;
- ✗ Invalidità da malattia manifestatesi oltre un anno dalla cessazione dell'assicurazione;
- ✗ Imprese sportive di carattere eccezionale e sport praticati a livello professionale ed alcune attività sportive svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il contratto, eccezion fatta per le garanzie infortuni, prevede alcune carenze, ovvero la garanzia decorre trascorso un periodo di tempo predefinito utile ad escludere sinistri latenti.
- ! Su alcune prestazioni sono operanti dei limiti temporali (es. prestazioni pre e post ricovero; giorni di gessatura, convalescenza) o territoriali (assistenza e tutela)
- ! Non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente da infortunio accertata sia di grado pari od inferiore alla franchigia contrattualmente stabilita in funzione dell'opzione attivata.
- ! La copertura infortuni per le sole garanzie Morte e Invalidità permanente (se operanti) è estesa alle calamità naturali (terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni) col sottolimito del 20% della somma assicurata.

Sono garanzie facoltative:
Inabilità temporanea da infortunio
Rimborso Spese di cura Danni Estetici
Rendita vitalizia da infortunio
Convalescenza Post-Ricovero
Rendita Vitalizia da Malattia
Tutela legale
Assistenza (e/o Assistenza Domiciliare)

- ! La copertura infortuni è estesa al rischio guerra che dovesse sorprendere l'assicurato all'estero con il limite di 14 giorni.
- ! Non si farà luogo ad alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente da malattia o da ictus e Infarto accertata sia di grado pari o inferiore al 25%.



Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida in tutto il mondo. La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata in Italia. L'Inabilità Temporanea, al di fuori dall'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero: tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro dell'Assicurato in Europa.

Limitatamente alla garanzia di Tutela legale la copertura opera per i sinistri avvenuti in Italia e, se trattasi di danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi o di procedimento penale, anche in Europa o paesi extraeuropei del bacino del Mediterraneo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare; comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Qualora sia richiesta la compilazione di un questionario sanitario o delle dichiarazioni sanitarie, è necessario che rispondi in maniera precisa e veritiera alle domande del questionario stesso, poiché le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione di patologie preesistenti, potrebbero comportare effetti sulla prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Il premio può essere corrisposto anche in rate semestrali, trimestrali, bimestrali e mensile con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 3%, 4% e 4%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge. Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Il premio è comprensivo d'imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza se non richiamato il tacito rinnovo. Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

In presenza di tacito rinnovo puoi disdire il contratto mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale. Le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Invalidità Permanente da Ictus cerebrale o infarto miocardico, se operanti, cessano, senza obbligo di disdetta, non oltre la scadenza indicata in polizza, ferma la vigenza del contratto.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Pluriattiva Infortuni

Ed. 12/2020 – Agg. 07/2021

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma - Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. E' Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS, appartenente al Gruppo Groupama, iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi presso lo stesso Ente al n. G0056, ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg. Groupama Assicurazioni S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 15 maggio 1931, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n° 120 del 20 maggio 1931.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2020, il patrimonio netto della Società ammonta a 601,8 milioni di Euro; la parte relativa al capitale sociale (interamente versato) e al totale delle riserve patrimoniali ammonta rispettivamente a 492,8 e a 108,95 milioni di Euro.

Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici> e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 686,6 milioni di Euro;
- del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a 308,96 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a 925,8 milioni di Euro;
- dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR): pari a 737,2 milioni di Euro;
- e il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'Impresa, pari a 134,84%.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

OPZIONE "O"	Supervalutazione dell'Inabilità temporanea La liquidazione dell'indennizzo per la garanzia di Inabilità Temporanea verrà effettuata a partire dal 30° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza. Si conviene inoltre che: <ul style="list-style-type: none">• dal 30° al 60° giorno di inabilità temporanea, resta ferma la somma assicurata prevista in polizza;• dal 61° al 150° giorno di inabilità temporanea, la somma assicurata prevista in polizza viene aumentata del 50%;• dal 151° giorno di inabilità temporanea la somma assicurata prevista in polizza viene aumentata del 100%.
OPZIONE "S"	Franchigia e supervalutazione della invalidità permanente da Ictus o Infarto La liquidazione dell'indennizzo per la garanzia facoltativa di Invalidità permanente da Ictus o Infarto avverrà con le seguenti modalità: <ul style="list-style-type: none">• con una percentuale di Invalidità permanente accertata inferiore al 60%, non verrà riconosciuto alcun indennizzo;• con una percentuale di Invalidità permanente accertata pari o superiore al 60%, percentuale di Invalidità permanente da liquidare 100%.

OPZIONE III	Franchigia del 5% sull'invalidità permanente da infortunio determina una riduzione di premio per la garanzia di Invalidità permanente da infortunio .
OPZIONE IV	Franchigia del 10% sull'invalidità permanente da infortunio determina una riduzione di premio per la garanzia di Invalidità permanente da infortunio .
OPZIONE V	Franchigia del 20% sull'invalidità permanente da infortunio determina una riduzione di premio per la garanzia di Invalidità permanente da infortunio .
OPZIONE	Numero giorni di franchigia All'aumentare dei giorni di franchigia (da 0 a 30) sono previste delle riduzioni di premio per la garanzia di Inabilità Temporanea .
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
OPZIONE "A"	Tabella di legge per invalidità permanente da infortunio La tabella per l'accertamento delle percentuali di Invalidità Permanente prevista in polizza si intende sostituita da quella dell'INAIL.
OPZIONE "B"	Assorbimento franchigia su invalidità permanente da infortunio Si conviene di ridurre dal 30% al 10% il grado di Invalidità Permanente a partire dal quale non viene applicata alcuna franchigia per tutte le fasce di somma assicurata.
OPZIONE "C"	Sopravalutazione valori di liquidazione da infortunio La liquidazione dell' Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 20% avverrà secondo le percentuali riportate in una tabella di sopravalutazione della percentuale da liquidare.
OPZIONE "D"	Invalidità permanente da infortunio con franchigia modulare-assorbibile e supervalutazione oltre 65% La liquidazione dell' Invalidità Permanente accertata avverrà secondo le percentuali riportate in un'apposita tabella che è funzione della somma assicurata.
OPZIONE "E"	Invalidità permanente modulare da infortunio La liquidazione dell' Invalidità Permanente accertata avverrà secondo le percentuali riportate in un'apposita tabella che è funzione della somma assicurata.
OPZIONE "F"	Tabella di supervalutazione arti superiori Le percentuali di Invalidità Permanente sono supervalutate e sostituiscono quelle di base.
OPZIONE "G"	Tabella di supervalutazione: vista, udito e voce Le percentuali di Invalidità Permanente sono supervalutate e sostituiscono quelle di base.
OPZIONE "H"	Alpinismo con scalata di oltre il 3° grado della scala di monaco È estesa la copertura in caso di Morte e Invalidità Permanete da infortunio per gli infortuni incorsi durante la pratica di alpinismo con scalata oltre il 3° grado della scala di monaco con il massimo di 300.000,00 Euro. Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche è estesa con il massimo di 15.000,00 Euro.
OPZIONE "I"	Immersione subacquea con autorespiratore È estesa la copertura in caso di Morte e Invalidità Permanete da infortunio per gli infortuni incorsi durante la pratica di immersione subacquea con autorespiratore con il massimo di 300.000,00 Euro. Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche è estesa con il massimo di 15.000,00 Euro.
OPZIONE "L"	Speleologia È estesa la copertura in caso di Morte e Invalidità Permanete da infortunio per gli infortuni incorsi durante la pratica della speleologia con il massimo di 300.000,00 Euro. Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche è estesa con il massimo di 15.000,00 Euro.
OPZIONE "M"	Pugilato, atletica pesante, arti marziali, salto dal trampolino con idrosci, rugby e football americano È estesa la copertura in caso di Morte e Invalidità Permanete da infortunio per gli infortuni incorsi durante la pratica di pugilato, atletica pesante nelle sue varie forme, arti marziali che comportano contatto fisico, salto dal trampolino con idrosci, rugby e football americano con il massimo di 300.000,00 Euro. Relativamente alla garanzia Rimborso Spese Mediche è estesa con il massimo di 15.000,00 Euro.
OPZIONE "N"	Inabilità temporanea integrale La liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata integralmente anche per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.
OPZIONE "P"	Estensione della garanzia alle malattie Le garanzie di Indennità giornaliera da ricovero, Indennità giornaliera da gessatura, Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero , (sempre che richiamate in polizza) si intendono estese anche alla malattia, al parto o in caso di aborto terapeutico.
OPZIONE I	Invalidità permanente da infortunio con franchigia ridotta o senza franchigia sui scaglioni di somma assicurata in funzione del capitale assicurato
OPZIONE II	Invalidità permanente da infortunio senza franchigia e franchigie ridotte su successivi scaglioni



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi gli infortuni avvenuti durante:

- * l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
- * la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- * la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione, con o senza motore, se l'Assicurato si trovi in stato di ubriachezza;
- * la guida o l'uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, fa eccezione il rischio volo in qualità di passeggero su voli adibiti a trasporto pubblico;
- * la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- * competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
- * partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
- * il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono esclusi gli infortuni causati da:

- * operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- * ubriachezza dell'Assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti da parte dell'Assicurato;
- * atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Beneficiario;
- * movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri;
- * 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:

- * gli infarti di ogni tipo, nonché le ernie diverse da quelle da trauma esterno o da sforzo;
- * le conseguenze di contaminazioni chimiche e biologiche da atti di terrorismo.

In caso di estensione alla malattia delle garanzie di Indennità giornaliera da ricovero, Indennità giornaliera da gessatura, Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero, l'assicurazione non è operante per:

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

Si conviene inoltre che nei casi di:

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

In caso di Invalidità Permanente da malattia, Invalidità permanente da Ictus o Infarto e Grandi Interventi Chirurgici, l'assicurazione non è operante per:

- * conseguenze dirette di infortuni, le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale;
- * le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- * le conseguenze, anche indirette, derivanti da abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato, e relative cure;
- * le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, e relative cure;
- * le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- * le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- * le conseguenze di trattamenti dietologici e/o estetici;
- * le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- * le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- * le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (le garanzie sono operanti, invece, per i delitti compiuti con colpa anche grave dell'Assicurato);
- * le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- * le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- * le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- * le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero;
- * l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- * le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- * le cure cellululo-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- * le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- * le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne);
- * le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- * le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura.

	<p>Gli infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> * causati da stato di ubriachezza dell'Assicurato, o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni; * derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove; * derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore. <p>In caso di attivazione della garanzia Assistenza, ferme le esclusioni previste per le singole garanzie, sono inoltre escluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> * 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. <p>Per la garanzia di Tutela Legale, le prestazioni non sono valide:</p> <ul style="list-style-type: none"> * per vertenze concernenti il diritto di famiglia, delle successioni e delle donazioni; * in materia fiscale ed amministrativa; * per fatti conseguenti a tumulti popolari (assimilabili a sommosse popolari), eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, nonché da detenzione od impiego di sostanze radioattive; * per il pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere; * per controversie derivanti dalla proprietà o dalla guida di veicoli, imbarcazioni o aeromobili; * per fatti dolosi delle persone assicurate; * per fatti non accidentali relativi ad inquinamento dell'ambiente; * per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale; * per qualsiasi caso assicurativo inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione; * per controversie con ARAG; * spese legali e peritali calcolate in base ad accordi fra l'Assicurato e il professionista; * diverse da quelle previste nel tariffario forense; * spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG. <p>La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il contratto prevede franchigie, massimali e scoperti.

! **Franchigie**

La franchigia è la parte di danno che rimane a carico dell'assicurato, solitamente espressa in cifra assoluta o, più raramente in una percentuale sulla somma assicurata.

Esempio franchigia in cifra fissa

Danno: € 1.000,00

Franchigia: € 200,00,

Somma spettante all'Assicurato così determinata: € 1.000,00 – € 200,00 = € 800,00

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

In questo prodotto esistono varie tipologie di franchigie sul grado di invalidità permanente accertato. Le invalidità permanenti di grado inferiore o pari ad una certa percentuale non danno luogo ad alcun indennizzo.

Esempio franchigia in percentuale

Capitale assicurato: € 100.000,00

Percentuale di invalidità permanente accertata: 5%

Franchigia prevista per quel capitale: 3%

Percentuale della somma assicurata da liquidare: 5% - 3% = 2%.

Somma spettante all'assicurato: 2% di 100.000,00 = € 2.000,00.

! **Scoperti**

Lo scoperto è una parte di danno che resta a carico dell'assicurato, e si esprime non in cifra assoluta, ma con una percentuale da calcolare sul danno.

Esempio

Danno = € 10.000,00;

Percentuale di scoperto prevista = 10%;

Scoperto in cifra fissa = 10% di € 10.000,00 = € 1.000,00;

Somma spettante all'Assicurato = € 10.000,00 (danno) – € 1.000,00 (scoperto) = € 9.000,00

! **Massimali**

Il massimale rappresenta la somma pattuita in polizza fino alla quale l'assicuratore è impegnato a prestare la garanzia assicurativa. Il massimale può essere per sinistro e/o per anno.

Se i danni procurati sono superiori a tale somma, la differenza resta a carico dell'assicurato salvo rivalsa nei confronti del diretto responsabile.

Esempio

Danno: € 3.000,00

Massimale previsto: € 1.000,00 ----> L'Assicuratore sarà tenuto a prestare la garanzia solo fino a € 1.000,00

Rimane a carico dell'Assicurato: € 3.000,00 (danno) - € 1.000,00 (massimale) = € 2.000,00


! **Rivalsa**


La società rinuncia a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione che le compete.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: in caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, come previsto dalla normativa vigente. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile. 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. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. Per le garanzie Malattia la denuncia deve essere corredata da certificazione medica contenente la diagnosi; l'Assicurato deve successivamente presentare la documentazione medica richiesta. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: le garanzie Malattia non prevedono l'assistenza diretta, ma sono solo rimborsuali/indennitarie.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: per i sinistri del ramo Assistenza, la gestione degli stessi è stata affidata a un'impresa terza, Europ Assistance Service S.p.A., che l'Assicurato deve contattare direttamente per poter usufruire delle prestazioni. Per i sinistri del ramo Tutela Legale, la gestione degli stessi è stata affidata ad un'impresa terza autorizzata ai termini di legge, ARAG SE Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia con sede e Direzione Generale in Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona - alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, eccetto il diritto al pagamento del premio, che si prescrive in un anno.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p><u>Pagamento dell'indennizzo</u> Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi sono eseguiti in Italia in euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.</p> <p><u>Arbitrato</u> In caso di attivazione della procedura arbitrale la Società sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.</p> <p><u>Anticipo sull'indennizzo</u> Relativamente alle garanzie per le quali è previsto, nel caso in cui non sussistano dubbi sull'indennizzabilità del sinistro, la Società è tenuta a concedere un anticipo dell'indennizzo nel rispetto dei limiti indicati.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Le prestazioni assicurate sono garantite previa corresponsione di un premio annuo. Puoi richiedere il frazionamento in rate semestrali, trimestrali, bimestrali e mensile con l'applicazione di un aumento rispettivamente del 2%, 3%, 4% e 4%. Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia; bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità; contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia. <p>Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). A tale scopo il Contraente autorizza Groupama Assicurazioni S.p.A. ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi sono comunicati a Groupama Assicurazioni S.p.A. con la sottoscrizione di apposita delega SDD.</p> <p>Il premio dell'assicurazione è soggetto ad adeguamento facoltativo, a meno che non sia prestata la garanzia di invalidità permanente da malattia nel qual caso l'adeguamento è escluso.</p> <p>Il premio è comprensivo di imposte.</p>
Rimborso	<p>Qualora la Società abbia assicurato soggetti affetti da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - psicofarmaci) o da AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) o dalle sindromi organiche cerebrali consistenti in schizofrenia o forme maniaco-depressive o stati paranoidi, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente.</p> <p>La cessazione comporta l'obbligo per la Società - a parziale deroga dell'art. 1898 del Codice Civile - di rimborsare al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio - al netto dell'imposta - già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.</p>


 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di recedere senza oneri e con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio, così come previsto dall'articolo 1899 c.c.</p> <p>Carenze</p> <ul style="list-style-type: none"> L'estensione alla malattia delle garanzie Indennità Giornaliera da Ricovero, Indennità Giornaliera da Gessatura e Indennità Giornaliera da Convalescenza Post Ricovero e/o la garanzia Rimborso spese mediche Grandi Interventi Chirurgici sono operanti: <ul style="list-style-type: none"> per le malattie dal 30° giorno successivo alla conclusione del contratto; per le conseguenze di infortuni, malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati, dal 30° giorno successivo alla conclusione del contratto; per gli infortuni e malattie che siano espressione o conseguenza diretta di situazioni patologiche antecedenti alla stipula del contratto e non note al Contraente e/o all'Assicurato nel momento stesso della stipula dal 180° giorno successivo alla conclusione del contratto; per il parto dal 300° giorno successivo alla conclusione del contratto; per l'aborto terapeutico e malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, nel caso in cui la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione dal 30° giorno successivo alla conclusione del contratto. Invalidità Permanente da Malattia e Invalidità Permanente da Ictus o Infarto sono operanti dal 90° giorno successivo alla conclusione del contratto. Tutela Legale per: sinistri non riconducibili a danni extracontrattuali da fatti illeciti di terzi; procedimento penale; ricorsi o opposizioni a sanzioni amministrative è operante dal 90° giorno successivo alla conclusione del contratto.
Sospensione	Non prevista.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.

Risoluzione	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Qualora si sia optato per un contratto di durata poliennale il contraente ha la facoltà di disdire il contratto con preavviso di sessanta giorni, solo trascorso il quinquennio. - Per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente dovrà, quindi, recarsi in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile. Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risolto di diritto.
--------------------	--


A chi è rivolto questo prodotto?

PluriAttiva Infortuni è rivolta alla singola persona, al nucleo familiare o alla persona giuridica per assicurare i soci (non dipendenti) o a un socio e il suo nucleo i quali intendono tutelarsi da spese impreviste e proteggere il proprio benessere economico in caso di infortuni occorsi sul posto di lavoro o nelle comuni situazioni di vita privata, sociale e ricreativa. Ciò risulta possibile anche in caso di malattia, controversie e assistenza.


Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione
La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 24%

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it . Il termine di risposta massimo ai reclami è di quarantacinque giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - E' prevista la possibilità di far ricorso all'arbitrato (collegio di 3 medici) per la risoluzione di eventuali controversie sulla indennizzabilità o quantificazione del danno. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede di istituto di medicina legale più vicina all'assicurato, fatte salve eventuali norme contrattuali più favorevoli. Ciascuna parte sostiene i propri costi e contribuisce per la metà alle spese e competenze del terzo arbitro. - Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo direttamente al sistema estero competente ossia quello del Paese in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: http://ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante. - In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Resta salva la facoltà dell'esponente di adire l'Autorità Giudiziaria anche per questioni diverse da quelle indicate.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p><u>Imposta sui premi</u> I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. I premi relativi al presente contratto, avente ad oggetto la copertura dei rischi Infortuni, Malattia Tutela legale, Assistenza, sono soggetti ad aliquote pari a 2,50%, 21,25%, 10,00%, applicate in funzione delle garanzie scelte.</p> <p><u>Detraibilità fiscale dei premi</u> I premi versati per le assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte e di invalidità permanente qualificata (superiore al 5%) danno diritto ad una detrazione d'imposta IRPEF nella misura prevista dalle norme di legge vigenti in materia. Per usufruire della detrazione, il Contraente deve avere stipulato il contratto nell'interesse proprio o di persona fiscalmente a carico e aver pagato il premio con metodi tracciabili.</p>
---	--

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

PAGINA NON UTILIZZABILE



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

Condizioni di assicurazione

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Premessa	3
Glossario	6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	9
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	9
Art. 2 Aggravamento del rischio	9
Art. 3 Diminuzione del rischio	9
Art. 4 Altre assicurazioni	9
Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie	9
Art. 6 Modifiche dell'assicurazione	10
Art. 7 Obblighi in caso di sinistro	10
Art. 8 Proroga e periodo di assicurazione	10
Art. 9 Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	10
Art. 10 Rinuncia al diritto di Rivalsa	10
Art. 11 Oneri fiscali	10
Art. 12 Foro competente	10
Art. 13 Estensione territoriale	10
Art. 14 Adeguamento automatico delle somme assicurate e dei premi	11
Art. 15 Bonus in assenza di sinistri	11
Art. 16 Rinvio alle norme di legge	11
SEZIONE INFORTUNI	12
CHI E COSA E' ASSICURATO	12
Art. 17 Chi è assicurato	12
Art. 18 Persone non assicurabili	
Art. 19 Cosa è assicurato - Oggetto dell'assicurazione	12
COME POSSO ASSICURARMI - FORME DI COPERTURA	12
Art. 20 Forma di copertura completa	12
Art. 21 Forma di copertura professionale	13
Art. 22 Forma di copertura extraprofessionale	13
LE GARANZIE INFORTUNI	13
Art. 23 Morte	13
Art. 24 Invalidità permanente	13
Art. 25 Inabilità temporanea	14
Art. 26 Rimborso delle spese di cura	15
Art. 27 Indennità giornaliera da ricovero	15
Art. 28 Indennità giornaliera da gessatura	15
GARANZIE SEMPRE OPERANTI	
Relative a tutte le garanzie	16
Art. 29 Ernie	16
Art. 30 Rischio volo	16
Art. 31 Rischi sportivi con particolari limitazioni	16
Art. 32 Rischio guerra	16
Art. 33 Spese di soccorso	16
Art. 34 Danni Estetici	16
Art. 35 Perdita anno scolastico	17
Art. 36 Collaboratrice familiare	17
Relative alla garanzia morte e invalidità permanente	17
Art. 37 Rischio calamità naturali	17
Relative alla garanzia morte	17
Art. 38 Morte presunta	17
Art. 39 Commorienza coniugi da infortunio	18
Art. 40 Morte a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione e tentativo di sequestro	18
Art. 41 Trasformazione del capitale caso morte in rendita	18

Relative alla garanzia invalidità permanente	18
Art. 42 Invalidità permanente gratuita a favore di figli minori di cinque anni	18
Art. 43 Adattamento dell'abitazione	18
Art. 44 Adattamento dell'autovettura	18
GARANZIE FACOLTATIVE	19
Relative alla garanzia invalidità permanente	19
Art. 45 Rendita vitalizia da infortunio	19
Relative alla garanzia rimborso spese di cura	19
Art. 46 Rimborso spese di cura danni estetici	19
Relative alla garanzia indennità giornaliera da ricovero	19
Art. 47 Indennità giornaliera da convalescenza post – ricovero	19
CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA INFORTUNI	20
CONDIZIONI FACOLTATIVE	20
Relative alla garanzia invalidità permanente	20
Art. 48 A – Tabella di legge per invalidità permanente	20
Art. 49 B – Assorbimento franchigia su invalidità permanente	20
Art. 50 C – Sopravalutazione valori di liquidazione	20
Art. 51 D – Invalidità permanente con franchigia modulare - assorbibile e supervalutazione oltre 65%	21
Art. 52 E – Invalidità permanente modulare	22
Art. 53 F – Tabella di supervalutazione arti superiori	22
Art. 54 G – Tabella di supervalutazione: vista, udito e voce	23
Relative alla garanzia inabilità temporanea	23
Art. 55 N – Inabilità temporanea integrale	23
Art. 56 O – Supervalutazione dell'inabilità temporanea	23
Relative alle garanzie Indennità giornaliera da ricovero - Indennità giornaliera da gessatura - Indennità giornaliera da convalescenza post – ricovero	23
Art. 57 P – Estensione della garanzia alle malattie	23
Relative alle garanzie Morte - Invalidità permanente e Rimborso spese di cura a particolari attività sportive	25
Art. 58 H – Alpinismo con scalata di roccia oltre il 3° grado della scala di monaco	25
Art. 59 I – Immersione subacquea con autorespiratore	25
Art. 60 L – Speleologia	25
Art. 61 M – Pugilato, atletica pesante, arti marziali, salto dal trampolino con idrosci, rugby e football americano	25
Relativa a tutte le garanzie	25
Art. 62 R – Deroga al patto di tacita proroga	25
FRANCHIGIE RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE: OPZIONI ALTERNATIVE	26
Art. 63 Opzione I – franchigia ridotta o senza franchigia sui scaglioni di somma assicurata in funzione del capitale assicurato	26
Art. 64 Opzione II – con franchigia ridotta o senza franchigia sul i scaglione di somma assicurata in funzione del capitale assicurato e franchigie ridotte su successivi scaglioni	28
Art. 65 Opzione III – franchigia del 5% sull'invalidità permanente per somme assicurate fino a 150.000 euro con supervalutazione per invalidità pari o superiore al 50%	30
Art. 66 Opzione IV – franchigia del 10% sull'invalidità permanente per somme assicurate fino a 400.000 euro con supervalutazione per invalidità pari o superiore al 50%	30
Art. 67 Opzione V – franchigia del 20% sull'invalidità permanente quale che sia la somma assicurata con supervalutazione per invalidità pari o superiore al 50%	30
CHI E COSA NON E' ASSICURATO	31
Art. 68 Esclusioni	31
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'	32
Art. 69 Obblighi di denuncia dell'infortunio ed oneri relativi	32
Art. 70 Criteri di Indennizzabilità	32

Art. 71	71 Criteri di liquidazione Invalidità Permanente	32
Art.	Opzione base - franchigia del 3% sul primo scaglione di somma assicurata	32
Art. 72	72 Criteri di liquidazione dell'inabilità temporanea	34
Art. 73	73 Criteri di liquidazione del rimborso delle spese di cura	34
Art. 74	74 Criteri di liquidazione rimborso spese di cura - danni estetici	34
Art. 75	75 Attività diverse da quella dichiarata	34
Art. 76	76 Controversie: arbitrato irrituale	34
Art. 77	77 Anticipo sull'indennizzo	35
Art. 78	78 Pagamento dell'indennizzo	35
SEZIONE MALATTIA		36
CHI E COSA E' ASSICURATO		36
Art. 79	79 Chi è assicurato	36
Art. 80	80 Persone non assicurabili	36
Art. 81	81 Cosa è assicurato	36
LE GARANZIE MALATTIA		36
Art. 82	82 Invalidità permanente da malattia	36
Art. 83	83 Invalidità permanente da ictus cerebrale o infarto miocardico	37
Art. 84	84 Rimborso spese medico – grandi interventi chirurgici	38
GARANZIA FACOLTATIVA		39
Relativa alla garanzia invalidità permanente da malattia		39
Art. 85	85 Rendita vitalizia da malattia	39
CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA MALATTIA		39
CONDIZIONE FACOLTATIVA		39
Relativa alla garanzia invalidità permanente da ictus o infarto		39
Art. 86	86 S – Franchigia e supervalutazione dell'invalidità permanente da ictus o infarto	39
COME POSSO ASSICURARMI		39
Art. 87	87 Informazioni inerenti lo stato di salute	39
Art. 88	88 Termini di aspettativa	39
COSA NON È ASSICURATO		40
Art. 89	89 Esclusioni	40
Art. 90	90 Rischi assicurabili con patto speciale	41
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO MALATTIA E CRITERI DI INDENNIZABILITA'		41
Art. 91	91 Obblighi del contraente e/o assicurato in caso di sinistro	41
Art. 92	92 Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente da malattia e invalidità permanente da ictus o infarto	41
Art. 93	93 Criteri di liquidazione Rimborso spese mediche – grandi interventi chirurgici	42
Art. 94	94 Controversie: arbitrato irrituale	42
Art. 95	95 Pagamento dell'indennizzo	42
SEZIONE TUTELA LEGALE		43
CHI E COSA E' ASSICURATO		43
Art. 96	96 Premessa	43
Art. 97	97 Chi è assicurato - Ambito delle prestazioni e soggetti assicurati	43
Art. 98	98 Cosa e' assicurato – Oggetto del contratto di Assicurazione	43
COSA NON È ASSICURATO		44
Art. 99	99 Esclusioni	44
LIMITI DI COPERTURA		44
Art. 100	100 Estensione territoriale	44

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO TUTELA LEGALE	45
Art. 101 Insorgenza del sinistro	45
Art. 102 Denuncia del sinistro e libera scelta del legale	45
Art. 103 Fornitura dei mezzi di prova dei documenti occorrenti alla prestazione della garanzia assicurativa	45
Art. 104 Gestione del sinistro	45
Art. 105 Restituzione delle spese anticipate	46
SEZIONE ASSISTENZA	46
CHI E COSA E' ASSICURATO	46
Art. 106 Premessa- Servizio di Assistenza	46
Art. 107 Chi è assicurato	46
Art. 108 Cosa è assicurato - Prestazioni di Assistenza	46
CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA ASSISTENZA	48
CONDIZIONE AGGIUNTIVA	48
Art. 109 Q – assistenza infermieristica domiciliare	48
COSA NON È ASSICURATO	48
Art. 110 Esclusioni	48
LIMITI DI COPERTURA	49
Art. 111 Limiti Territoriali	49
Art. 112 Limiti di esposizione	49
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA	49
Art. 113 Richiesta di assistenza – Prescrizione	49
Art. 114 Limitazione di responsabilità della Struttura Organizzativa	49
Art. 115 Comunicazioni e Variazioni	49
ELENCO DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI	50
ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	54
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE	57
DENUNCIA DEL SINISTRO– LETTERA TIPO	60

Premessa

Le condizioni di assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate, ove previsto, dalle dichiarazioni rese nel Questionario Sanitario (mod. 220043) o nelle Dichiarazioni Sanitarie (mod. 220044), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220040).

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

Avvertenza.

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

GLOSSARIO

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

AMBULATORIO

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

ASSICURATO

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE

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

BENEFICIARIO

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

CENTRO DIAGNOSTICO

Poliambulatorio sanitario, regolarmente autorizzato per le indagini diagnostiche.

CENTRO FISIOTERAPICO E RIABILITATIVO

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

CONTRAENTE

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

CONVALESCENZA

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

DAY HOSPITAL

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

DAY SURGERY

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

FRANCHIGIA

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

GESSATURA

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

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

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

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico, reso necessario da malattia o infortunio, rientrante nell'Elenco Grandi Interventi

Chirurgici riportato a pag. 54 o altri interventi, che per complessità o per tecniche operatorie adottate siano ad essi equiparabili.

ICTUS CERBRALE (ICTUS di seguito)

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

Sono esclusi TIA, deficit reversibili, lesioni cerebrali da traumi o ipossia.

INDENNIZZO

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

INABILITÀ TEMPORANEA

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

INFARTO MIOCARDICO (INFARTO di seguito)

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

INFORTUNIO

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

INTERVENTO CHIRURGICO

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

INVALIDITÀ PERMANENTE

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

ISTITUTO DI CURA

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

MALATTIA

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

MALATTIA COESISTENTE

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

MALATTIA CONCORRENTE

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

MASSIMALE

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

POLIZZA

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

PREMIO

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

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RICOVERO

La degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura.

RISCHIO

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

SCOPERTO

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

SINISTRO

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

SFORZO

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

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

SPORT PROFESSIONISTICO

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

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART. 1

DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART. 2

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

ART. 3

DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART. 4

ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

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

ART. 5

PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLE GARANZIE

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

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

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

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

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

Il pagamento del premio, solo in caso di frazionamento mensile, può avvenire anche mediante addebito diretto "SDD" sul conto corrente del Contraente. Il Contraente dovrà, in fase di stipula, compilare e sottoscrivere il relativo mandato di addebito diretto sul conto corrente ("mandato SDD") fornito dalla Società così come, in caso di modifica del conto corrente, dovrà darne avviso e compilarne uno nuovo per garantire la continuità dei versamenti. Le richieste di variazione o modifica del mandato SDD dovranno essere effettuate presso il proprio intermediario di riferimento.

La Società si impegna a recepire tali variazioni non oltre sessanta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione.

Nel caso in cui sia stato convenuto il pagamento con periodicità mensile mediante addebito diretto "SDD", resta convenuto che:

- le prime tre mensilità sono corrisposte in Agenzia all'atto della sottoscrizione;
- l'SDD sarà attivato dalla quarta mensilità.

Si precisa che per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente dovrà, quindi, recarsi

in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile.

Qualora nei 6 mesi dalla scadenza della prima mensilità omessa il Contraente adempia al suo obbligo di pagamento presso l'Agenzia di tutte le mensilità scadute e non pagate, l'assicurazione riprende effetto nei termini sopra previsti.

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

Fatta eccezione per l'ipotesi in cui sia stato convenuto il pagamento con SDD, il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società e, quali che siano le modalità di pagamento convenute, è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 6

MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 7

OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (vedere anche artt. 69 e 91)

In caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, come previsto dalla normativa vigente. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 8

PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

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

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

ART. 9

ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITA' DEI DIRITTI NASCENTI DALLA POLIZZA

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

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

ART. 10

RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

ART. 11

ONERI FISCALI

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

ART. 12

FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore, come definito nell'art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206.

ART. 13

ESTENSIONE TERRITORIALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il suddetto adeguamento:

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

ART. 15**BONUS IN ASSENZA DI SINISTRI**

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

Fermo quanto sopra, nel caso la presente polizza sia emessa in sostituzione di altra polizza "PluriAttiva Infortuni", il bonus verrà riconosciuto sui capitali della polizza originaria - o su quelli della polizza in essere al momento del sinistro se inferiori - per le persone e per le garanzie in origine assicurate, per eventuali nuovi assicurati o per le nuove garanzie inserite in occasione della sostituzione del contratto il quinquennio decorre dall'effetto della sostituzione, sempre che la sequenza delle polizze sostituite sia esente da sinistri.

Tale bonus verrà riconosciuto una sola volta in occasione del primo sinistro che dia luogo a indennizzi riferibili alle garanzie sopra elencate, e non sarà mai più applicabile.

ART. 16**RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

SEZIONE INFORTUNI

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 17

CHI E' ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'assicurato o gli assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 220040) con le garanzie rese operanti.

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 alcolismo, 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 paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 19

COSA E' ASSICURATO - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività descritte nella Forma di Copertura (vedere artt. 20, 21 e 22) indicata in Polizza (mod. 220040).

Sono compresi in garanzia anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze o inalazione accidentale di sostanze tossiche;
- c) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali o punture di insetti, escluse la malaria, le malattie tropicali e nonché le conseguenze delle punture di zecca;
- d) l'annegamento;
- e) l'assideramento od il congelamento;
- f) la folgorazione;
- g) i colpi di sole e di calore;
- h) le lesioni muscolari da sforzo e le ernie da trauma esterno e/o da sforzo, così come previsto all'art. 29, salvo quanto disposto dall'art. 68 lettera q;
- i) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza;
- l) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- m) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, a condizione che l'assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- o) la rottura sottocutanea del tendine di achille, del tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori, del tendine del quadricipite femorale, nei limiti di quanto riportato nell'apposita tabella per l'accertamento dell'invalidità permanente;
- p) gli infortuni subiti come conducente di qualsiasi veicolo o natante a motore, compresi motocicli di qualsiasi cilindrata, purché l'assicurato sia abilitato a norma delle disposizioni in vigore, o con patente scaduta, sempreché l'assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro o alla dimissione dall'istituto di cura se l'infortunio ha comportato ricovero, o come trasportato sugli stessi;
- q) gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, soltanto se compiuti per dovere di solidarietà umana;
- r) gli infortuni derivanti dalla pratica puramente ricreativa e non professionale di qualsiasi sport, salvo quanto disposto dall'art. 68 lett. e, f, g.

COME POSSO ASSICURARMI - FORME DI COPERTURA

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

ART. 20

FORMA DI COPERTURA COMPLETA

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

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

ART. 21**FORMA DI COPERTURA PROFESSIONALE**

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

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

ART. 22**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.

LE GARANZIE INFORTUNI**ART. 23****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. 24**INVALIDITÀ PERMANENTE**

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

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

Valori

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

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

Anchilosi:

- dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
- del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono supinazione libera	20%	15%
- del polso in estensione rettilinea con prono supinazione libera	10%	8%

Paralisi completa:

- del nervo radiale	35%	30%
- del nervo ulnare	20%	17%

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:

- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
- di un piede	40%
- di ambedue i piedi	100%
- di un alluce	5%
- di un altro dito del piede	1%
- della falange ungueale dell'alluce	2,5%

Postumi di lesioni meniscali:

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

Postumi di rottura completa di legamento del ginocchio:

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

Anchilosi:	
- dell'anca in posizione favorevole	35%
- del ginocchio in estensione	25%
- della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%
Paralisi completa del nervo:	
- sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di rottura completa tendinea indipendentemente dal trattamento e dal quadro clinico obiettivo:	
- tendine di Achille	4%
- tendine del muscolo bicipite brachiale o di un altro tendine della cuffia dei rotatori	5%
- quadricipite femorale	5%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12 ^a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale anatomica o funzionale di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Perdita totale	
- voce	30%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Criteria

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

Il diritto all'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
- oppure, in assenza di liquidazione
- l'importo offerto in misura determinata;
- oppure, in assenza di offerta in misura determinata
- l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi.

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**RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA**

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

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

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

C - le spese sostenute per il trasporto in ambulanza o qualunque altro mezzo di trasporto sanitario all'istituto di cura, con un limite di rimborso pari al 20% del massimale prescelto dall'Assicurato.
Non sono previsti rimborsi in caso di danni estetici dovuti a sfregi o deturpazioni conseguenti ad infortunio.

ART. 27**INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO**

La Società, nei casi di:

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

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

Si conviene inoltre che nei casi di:

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

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

ART. 28**INDENNITÀ GIORNALIERA DA GESSATURA**

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

Si conviene che, in caso di:

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

e che, in caso di:

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

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

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

GARANZIE SEMPRE OPERANTI

Relative a tutte le garanzie

ART. 29

ERNIE

A maggior precisazione di quanto previsto all'art. 19 lett. h), limitatamente alle ernie traumatiche o da sforzo, si conviene che:

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione può essere rimessa al Collegio medico come riportato nell'art. 76.

ART. 30

RISCHIO VOLO

A parziale deroga dell'art. 68 lett. d), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che:

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

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

ART. 31

RISCHI SPORTIVI CON PARTICOLARI LIMITAZIONI

A parziale deroga dell'art. 68 lett. f) si conviene che l'assicurazione è estesa, eccezion fatta per la garanzia di Inabilità Temporanea, a:

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

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

ART. 32

RISCHIO GUERRA

A parziale deroga dell'art. 68 lett. o), sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino – e derivanti da guerra, insurrezione, stato di tensione o crisi come stabilito dal Ministero degli Esteri, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio del predetto stato se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi e sia impossibilitato ad abbandonare il paese ove gli eventi sono in atto.

ART. 33

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 € 1.000,00 per sinistro.

ART. 34

DANNI ESTETICI

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, con conseguenze di carattere estetico che tuttavia non

comporti indennizzati a titolo di Invalidità Permanente, la Società rimborserà le spese sostenute e documentate dall'Assicurato entro 365 giorni dall'infortunio stesso per le cure e le applicazioni nonché per interventi di chirurgia plastica e estetica effettuati allo scopo di ridurre od eliminare il danno estetico.

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

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

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

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

ART. 35

PERDITA ANNO SCOLASTICO

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

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

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

ART. 36

COLLABORATRICE FAMILIARE

Nei casi di:

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

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

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

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

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

Relative alle garanzie morte e invalidità permanente

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

ART. 37

RISCHIO CALAMITÀ NATURALI

A parziale deroga dell'art. 68 lett. n), limitatamente alle sole garanzie Morte e/o Invalidità Permanente (qualora operanti), sono compresi gli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche.

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

Relative alle garanzie morte

Le Garanzie seguenti sono operanti solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia indicata la garanzia Morte

ART. 38

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. 39

COMMORIENTA CONIUGI DA INFORTUNIO

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

ART. 40

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

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

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

ART. 41

TRASFORMAZIONE DEL CAPITALE CASO MORTE IN RENDITA

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

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

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

Relative alla garanzia invalidità permanente

Garanzie sempre operanti qualora prestata in polizza la Garanzia Invalidità Permanente

ART. 42

INVALIDITÀ PERMANENTE GRATUITA A FAVORE DI FIGLI MINORI DI CINQUE ANNI

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

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

ART. 43

ADATTAMENTO DELL'ABITAZIONE

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

ART. 44

ADATTAMENTO DELL'AUTOVETTURA

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

GARANZIE FACOLTATIVE

Relative alla garanzia invalidità permanente

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

ART. 45

RENDITA VITALIZIA DA INFORTUNIO

Nel caso in cui, a seguito di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, residui all'Assicurato una invalidità permanente da infortunio di grado pari o superiore al 66% della totale - accertata in base ai criteri indicati all'art. 24 - la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente da infortunio di cui all'art. 24, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in Polizza.

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

L'effetto della polizza vita coinciderà con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'invalidità permanente da infortunio di cui all'art. 24. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

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

Relative alla garanzia rimborso spese di cura

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

ART. 46

RIMBORSO SPESE DI CURA DANNI ESTETICI

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

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

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

a) durante il ricovero per:

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

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

b) nei 90 giorni successivi al termine del ricovero o, in assenza di ricovero, alla prima cura o applicazione e sempreché la polizza sia in vigore, per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali ed esami, purché relativi al danno estetico e prescritti dal medico curante.

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

Relative alla garanzia indennità giornaliera da ricovero

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

ART. 47

INDENNITÀ GIORNALIERA DA CONVALESCENZA POST-RICOVERO

La Società, in caso di:

- ricovero reso necessario da infortunio indennizzabile a termini dell'art. 27, corrisponde all'Assicurato l'importo giornaliero assicurato, per ogni giorno di convalescenza, a partire dal giorno successivo a quello di dimissioni dell'Assicurato dall'istituto di cura, con il limite massimo di 20 giorni per sinistro o, se più favorevole per l'Assicurato, per un numero di giorni non superiore a 3 volte quelli di ciascun ricovero, comunque con il limite massimo di 120 giorni per sinistro.

Si conviene, inoltre, che in caso di:

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

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

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA INFORTUNI

CONDIZIONI FACOLTATIVE

Relative alla garanzia invalidità permanente

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

ART. 48

A - TABELLA DI LEGGE PER INVALIDITÀ PERMANENTE

La tabella per l'accertamento delle percentuali di Invalidità Permanente prevista dall'art. 24, 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. 71.

ART. 49

B - ASSORBIMENTO FRANCHIGIA SU INVALIDITÀ PERMANENTE

A parziale deroga di quanto indicato nella tabella di invalidità permanente dell'art. 71, si conviene di ridurre dal 30% al 10% il grado di invalidità permanente a partire dal quale non viene applicata alcuna franchigia per tutte le fasce di somma assicurata.

ART. 50

C - SOPRAVALUTAZIONE VALORI DI LIQUIDAZIONE

A parziale deroga dell'art. 71, si conviene di liquidare l'Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 20%, secondo le percentuali riportate nella seguente tabella:

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

ART. 51**D - INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA MODULARE-ASSORBIBILE E SUPERVALUTAZIONE OLTRE 65%**

A parziale deroga dell'art. 71, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

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

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

ART. 52**E - INVALIDITÀ PERMANENTE MODULARE**

A parziale deroga dell'art. 71, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella seguente tabella:

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

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

ART. 53**F - TABELLA DI SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI**

Le percentuali di invalidità permanente di cui all'art. 24 sono parzialmente abrogate e sostituite da quelle qui di seguito esposte. Resta inteso che, per perdite e menomazioni parziali degli arti superiori e per le percentuali qui non riportate, si intendono operanti quelle di cui al citato articolo.

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

ART. 54**G - TABELLA DI SUPERVALUTAZIONE: VISTA, UDITO E VOCE**

Le percentuali di invalidità permanente di cui all'art. 24 sono parzialmente abrogate e sostituite da quelle qui di seguito esposte. Resta inteso che, per perdite e menomazioni parziali dei sensi vista, udito e voce e per le percentuali qui non riportate, si intendono operanti quelle di cui al citato articolo.

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

Relative alla garanzia inabilità temporanea

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

ART. 55**N - INABILITÀ TEMPORANEA INTEGRALE**

A parziale deroga dell'art. 25, la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata integralmente anche per tutto il tempo in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

ART. 56**O - SUPERVALUTAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA**

A parziale deroga dell'art. 72, la liquidazione dell'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà effettuata a partire dal 30° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

Si conviene inoltre che:

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

Relative alle garanzie indennità giornaliera da ricovero - indennità giornaliera da gessatura - indennità giornaliera da convalescenza post-ricovero

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

ART. 57**P – ESTENSIONE DELLA GARANZIA ALLE MALATTIE**

A parziale deroga degli artt. 27, 28, 47 le garanzie Indennità giornaliera da ricovero, Indennità giornaliera da gessatura, Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero, (sempre che richiamate in polizza) si intendono estese anche a:

- malattia, parto o aborto terapeutico.

La presente estensione di garanzia decorre:

per le malattie

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

per le conseguenze di malattie e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi

anteriormente alla stipula del contratto e/o siano comunque noti al Contraente e/o all'Assicurato al momento stesso della stipula, purché dichiarati alla Società e da questa accettati con l'apposito patto speciale previsto all'art. 90 della sezione malattia

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

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

dal 180° giorno successivo;

per il parto

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

Si precisa altresì che:

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

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

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

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e le somme assicurate da essa previste;

- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da quest'ultima previste.

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

Sono comunque esclusi dall'assicurazione:

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

- l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;

- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;

- intossicazioni conseguenti ad ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci ed all'uso di stupefacenti od allucinogeni;

- prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;

- aborto volontario non terapeutico;

- trattamenti dietologici, prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza);

- cure dentarie e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;

- conseguenze dirette od indirette di trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche;

- malattie conseguenti a guerre, insurrezioni, movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche, svolgimento di operazioni militari all'estero;

- i ricoveri effettuati allo scopo di praticare check-up clinici;

- le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

- le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura.

Si conviene inoltre che nei casi di:

- parto senza taglio cesareo,

l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da ricovero viene corrisposto forfetariamente per 3 giorni anche se vi siano state complicanze e l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero, purché prescritta come da art. 47, viene corrisposto forfetariamente per 2 giorni anche se vi siano state complicanze;

- parto con taglio cesareo,

l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da ricovero, se prestata, viene corrisposto forfetariamente per 5 giorni anche se vi siano state complicanze e l'importo giornaliero assicurato per Indennità giornaliera da convalescenza post ricovero, purché prescritta come da art. 47, viene corrisposto forfetariamente per 2 giorni anche se vi siano state complicanze.

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

attraverso la sottoscrizione, da parte dell'Assicurato, di documento contenete "Dichiarazioni Sanitarie" (allegate alla polizza mod. 220044). Ove, l'Assicurato non possa sottoscrivere per il suo stato di salute le

Dichiarazioni Sanitarie, lo stesso dovrà compilare l'apposito Questionario Sanitario (mod. 220043).

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

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

Relative alle Garanzie Morte, Invalidità Permanente E Rimborso Spese Di Cura

le seguenti condizioni facoltative sono operanti, per ogni singolo assicurato, solo nel caso in cui nella Polizza (mod. 220040) sia riportata la relativa lettera ed estendono l'operatività delle garanzie.

ART. 58

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

A parziale deroga dell'art. 68 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), dell'alpinismo con scalata di roccia ed accesso a ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, purché vi sia adeguato accompagnamento di guida e/o portatori professionali.

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

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

ART. 59

I – IMMERSIONE SUBACQUEA CON AUTORESPIRATORE

A parziale deroga dell'art. 68 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), della immersione subacquea con autorespiratore, alla condizione che:

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

Sono pertanto comprese anche le embolie gassose.

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

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

ART. 60

L – SPELEOLOGIA

A parziale deroga dell'art. 68 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) della speleologia.

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

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

ART. 61

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

A parziale deroga dell'art. 68 lett. e), l'assicurazione, limitatamente alle garanzie Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese di Cura (qualora operanti) è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti) di pugilato, atletica pesante nelle sue varie forme, arti marziali che comportano contatto fisico, salto dal trampolino con idrosci, rugby e football americano.

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

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

Relativa a tutte le garanzie

ART. 62

R - DEROGA AL PATTO DI TACITA PROROGA

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

FRANCHIGIE RELATIVE ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

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

ART. 63**Opzione I – FRANCHIGIA RIDOTTA O SENZA FRANCHIGIA SULLO SCAGLIONE DI SOMMA ASSICURATA IN FUNZIONE DEL CAPITALE ASSICURATO**

A parziale deroga dell'art. 71, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata in base alle percentuali riportate nelle tabelle che seguono in funzione della somma assicurata.

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

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

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata	
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 300.000,00
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	100	100
67	100	100
68	100	100
69	100	100
70	100	100
71	100	100
72	100	100
73	100	100
74	100	100
75	100	100
76	100	100
77	100	100
78	100	100
79	100	100
80	100	100
81	100	100
82	100	100
83	100	100
84	100	100
85	100	100
86	100	100
87	100	100
88	100	100
89	100	100
90	100	100
91	100	100
92	100	100
93	100	100
94	100	100
95	100	100
96	100	100
97	100	100
98	100	100
99	100	100
100	100	100

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

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

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

ART. 64**OPZIONE II - INVALIDITÀ PERMANENTE CON FRANCHIGIA RIDOTTA O SENZA FRANCHIGIA SUL I SCAGLIONE DI SOMMA ASSICURATA IN FUNZIONE DEL CAPITALE ASSICURATO E FRANCHIGIE RIDOTTE SU SUCCESSIVI SCAGLIONI**

A parziale deroga dell'art. 71, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata in base alle percentuali riportate nelle tabelle che seguono in funzione della somma assicurata.

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

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

% di ip accertata	% da liquidare sulla parte di somma assicurata	
	fino a € 150.000,00	da € 150.000,00 e fino a € 300.000,00
51	51	51
52	52	52
53	53	53
54	54	54
55	55	55
56	56	56
57	57	57
58	58	58
59	59	59
60	60	60
61	61	61
62	62	62
63	63	63
64	64	64
65	65	65
66	100	100
67	100	100
68	100	100
69	100	100
70	100	100
71	100	100
72	100	100
73	100	100
74	100	100
75	100	100
76	100	100
77	100	100
78	100	100
79	100	100
80	100	100
81	100	100
82	100	100
83	100	100
84	100	100
85	100	100
86	100	100
87	100	100
88	100	100
89	100	100
90	100	100
91	100	100
92	100	100
93	100	100
94	100	100
95	100	100
96	100	100
97	100	100
98	100	100
99	100	100
100	100	100

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

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

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

ART. 65**OPZIONE III – FRANCHIGIA DEL 5% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER SOMME ASSICURATE FINO A 150.000 EURO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%**

A parziale deroga dell'art. 71, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

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

ART. 66**OPZIONE IV – FRANCHIGIA DEL 10% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER SOMME ASSICURATE FINO A 400.000 EURO CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%**

A parziale deroga dell'art. 71, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

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

ART. 67**OPZIONE V – FRANCHIGIA DEL 20% SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE QUALE CHE SIA LA SOMMA ASSICURATA CON SUPERVALUTAZIONE PER INVALIDITÀ PARI O SUPERIORE AL 50%**

A parziale deroga dell'art. 71, la liquidazione dell'indennizzo per l'Invalidità Permanente verrà effettuata con le seguenti modalità:

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

COSA NON E' ASSICURATO**ART. 68****ESCLUSIONI**

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni avvenuti durante:

- a) l'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore:
 - in pista od in percorsi di gara;
 - in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura.
- b) la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
- c) la guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione, con o senza motore, se l'assicurato si trovi in stato di ubriachezza;
- d) la guida o l'uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, salvo quanto disposto dall'art. 30;
- e) la pratica (competizioni, allenamenti e prove) di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
- f) competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti federazioni sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo, salvo quanto disposto dall'art. 31;
- g) partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
- h) il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- i) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- l) ubriachezza dell'assicurato, abuso di psicofarmaci, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti da parte dell'assicurato;
- m) atti di autolesionismo, delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato e/o dal beneficiario;
- n) movimenti tellurici, inondazioni od eruzioni vulcaniche, salvo quanto disposto dall'art. 37;
- o) guerra, insurrezioni e stato di tensione o crisi come stabilito dal ministero degli esteri, salvo quanto disposto dall'art. 32;
- p) trasformazioni od assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi "X", ecc.).

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- q) gli infarti di ogni tipo, nonché le ernie diverse da quelle previste all'art. 19 lettera h;
- r) le conseguenze di contaminazioni chimiche e biologiche da atti di terrorismo.

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI E CRITERI DI INDENNIZZABILITA'**ART. 69****OBBLIGHI DI DENUNCIA DELL'INFORTUNIO ED ONERI RELATIVI**

Fermo quanto previsto dall'art. 7, la denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso d'Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. In mancanza, la liquidazione dell'indennizzo viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. Se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro, su richiesta della Società gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati; l'Assicurato e in difetto gli eredi devono fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 70**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. 71**CRITERI DI LIQUIDAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE : OPZIONE BASE - FRANCHIGIA DEL 3% SUL PRIMO SCAGLIONE DI SOMMA ASSICURATA**

il diritto all'indennizzo per invalidità Permanente è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. tuttavia, se l'assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dall'infortunio denunciato e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la società, su presentazione del certificato di morte dell'assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

- l'importo liquidato;
- oppure, in assenza di liquidazione
- l'importo offerto in misura determinata; oppure, in assenza di offerta in misura determinata
- l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi.

L'indennizzo per l'invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 24.

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

Qualora siano richiamate in polizza (mod. 220040) una o più condizioni facoltative relative alla garanzia di invalidità Permanente nella liquidazione dell'indennizzo saranno applicate le norme più favorevoli all'Assicurato. Qualora sia stata resa operativa una diversa opzione di liquidazione della garanzia invalidità permanente l'indennizzo sarà liquidato secondo quanto da essa previsto.

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

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

ART. 72**CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INABILITÀ TEMPORANEA E RELATIVE FRANCHIGIE**

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

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

ART. 73**CRITERI DI LIQUIDAZIONE DEL RIMBORSO SPESE DI CURA**

con riferimento alle garanzie di cui all'art. 26 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. 74**CRITERI DI LIQUIDAZIONE RIMBORSO SPESE DI CURA DANNI ESTETICI**

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

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

ART. 75**ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA**

Fermo il disposto degli artt. 1, 2, 3 e 68 delle Condizioni di Assicurazione, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Società, nel caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

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

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

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

ART. 76**CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE**

In caso di divergenze sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o durata dell'Inabilità Temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 70, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere, se ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

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

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

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

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

ART. 77

ANTICIPO SULL'INDENNIZZO

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

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

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

ART. 78

PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

SEZIONE MALATTIA**CHI E COSA È ASSICURATO****ART. 79****CHI E' ASSICURATO**

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraente Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio di detta Contraente.

L'assicurato o gli assicurati sono nominativamente indicati in Polizza (mod. 220040) con le garanzie rese operanti.

ART. 80**PERSONE NON ASSICURABILI**

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, 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 paranoidi, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 81**COSA E' ASSICURATO**

Sono assicurabili le alterazioni dello stato di salute.

LE GARANZIE MALATTIA

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

ART. 82**INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA**

La Società, in caso di:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Criteria di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Malattia

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

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

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

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

ART. 83**INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS CEREBRALE O INFARTO MIOCARDICO**

La Società, in caso di:

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

corrisponde:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della singola malattia denunciata.

Sono in ogni caso escluse preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo.

Nessun indennizzo è dovuto all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 25%. La liquidazione dell'indennizzo viene effettuata, sulla somma assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella seguente:

PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE	PERCENTUALE DI I.P. ACCERTATA	PERCENTUALE DI I.P. DA LIQUIDARE
25	1	45	41
26	3	46	43
27	5	47	45
28	7	48	47
29	9	49 A 66	ACCERTATA
30	11	67	68
31	13	68	70
32	15	69	72
33	17	70	74
34	19	71	76
35	21	72	78
36	23	73	80
37	25	74	82
38	27	75	84
39	29	76	86
40	31	77	88
41	33	78	90
42	35	79	92
43	37	>= 80	100
44	39		

ART. 84

RIMBORSO SPESE MEDICHE - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

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

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

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

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

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

- nei 180 giorni successivi al ricovero per:
 - esami, accertamenti diagnostici, prestazioni mediche;
 - medicinali;
 - trattamenti fisioterapici e rieducativi anche se effettuati in regime di ricovero, cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), sino alla concorrenza di € 1.300,00 purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno determinato il Grande Intervento Chirurgico.
- assistenza fornita da personale infermieristico durante il ricovero e nei 90 giorni successivi al ricovero presso il domicilio dell'Assicurato sino alla concorrenza di € 3.800,00;
- trasporto dell'Assicurato per il ricovero con uso di qualsiasi mezzo sanitario in Italia ed all'estero per accedere all'istituto di cura, per il trasferimento da un istituto di cura ad un altro e per il rientro al domicilio. Limitatamente ai ricoveri all'estero (esclusi Stato della Città del Vaticano e Repubblica di S. Marino) la garanzia è valida anche per le spese di viaggio, debitamente documentate, sostenute da un accompagnatore. Il rimborso di tutte le predette spese viene effettuato sino alla concorrenza di € 3.200,00.

GARANZIA FACOLTATIVA

RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

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

ART. 85

RENDITA VITALIZIA DA MALATTIA

Nel caso in cui, a seguito di sinistro indennizzabile ai sensi del presente contratto, residui all'Assicurato una invalidità permanente da malattia di grado pari o superiore al 66% della totale - accertata in base ai criteri indicati all'art. 82 - la Società, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'indennizzo per invalidità permanente da malattia di cui all'art. 82, riconosce all'Assicurato una rendita vitalizia immediata rivalutabile, dell'importo mensile iniziale indicato in polizza.

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

L'effetto della polizza vita coinciderà con la data della sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'invalidità permanente da malattia di cui all'art. 82. Il pagamento della prima rata della rendita sarà effettuato dodici mesi dopo l'effetto della polizza vita.

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

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA MALATTIA

CONDIZIONE FACOLTATIVA

RELATIVA ALLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

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

ART. 86

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

A parziale deroga dell'art. 83, con riferimento a "Criteri di indennizzabilità - Liquidazione dell'Invalidità Permanente da Ictus o Infarto", la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata, sulla somma assicurata, con le seguenti modalità:

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

COME POSSO ASSICURARMI

ART. 87

INFORMAZIONI INERENTI LO STATO DI SALUTE

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

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

ART. 88

TERMINI DI ASPETTATIVA

Fermo quanto previsto all'art. 5,

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

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

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

dal 30° giorno successivo;

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

con l'apposito patto speciale previsto all'art. 90

dal 30° giorno successivo;

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

dal 180° giorno successivo.

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

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

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

COSA NON E' ASSICURATO**ART. 89****ESCLUSIONI**

L'assicurazione non è operante per:

- a) conseguenze dirette di infortuni, le malattie, le malformazioni e gli stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipula del contratto, nuovo o in sostituzione, anche se già oggetto di liquidazione da parte della Società, o che abbiano comportato sintomatologie significative o ricorrenti tali da essere comunque note all'Assicurato all'atto della stipula stessa del contratto, tanto se sottaciuti in quel momento alla Società con dolo o colpa grave quanto se dichiarati, salvo per questi ultimi l'eventuale assicurabilità mediante l'esplicito patto speciale previsto all'art. 90;
- b) le preesistenti infermità o invalidità determinanti perdita o diminuzione della capacità di svolgere un qualsiasi lavoro proficuo;
- c) le conseguenze, anche indirette, derivanti da abuso di psicofarmaci e/o di alcool, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato, e relative cure;
- d) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, e relative cure;
- e) le conseguenze derivanti da prestazioni sanitarie e cure per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsivoglia tipo, impotenza, nonché tutte le procedure mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica dei caratteri sessuali primari e secondari;
- f) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticate prima della stipula dell'assicurazione e le relative conseguenze peggiorative;
- g) le conseguenze di trattamenti dietologici e/o estetici;
- h) le conseguenze di prestazioni sanitarie non riconosciute dalla medicina ufficiale o di prestazioni non effettuate da medici o professionisti sanitari in possesso di regolare abilitazione all'esercizio della professione;
- i) le conseguenze di tumulti popolari, atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- j) le conseguenze di delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (le garanzie sono operanti, invece, per i delitti compiuti con colpa anche grave dell'Assicurato);
- k) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche ed inondazioni;
- l) le conseguenze di guerre e/o insurrezioni (salvo che per le conseguenze derivanti da stato di guerra o di insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi di cui sopra mentre si trova all'estero – con esclusione della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino – in un Paese sino ad allora in pace);
- m) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche - fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc. (salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche);
- n) le conseguenze dello svolgimento di operazioni militari all'estero;
- o) l'interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- p) le cure e gli interventi per la eliminazione o la riduzione di miopia, astigmatismo, presbiopia e ipermetropia;
- q) le cure cellulose-tessutali, fitoterapiche, idropiniche, dietetiche e termali;
- r) le cure e gli interventi di carattere estetico, gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva (salvo quelli resi necessari da infortunio o gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da neoplasie maligne eseguiti entro 360 giorni dall'intervento chirurgico demolitivo, purché effettuati durante la validità del contratto);
- s) le cure odontoiatriche di tipo conservativo protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico, nonché quelle del parodonto (salvo si tratti di cure rese necessarie da infortunio o da neoplasie maligne);

- t) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza, quando le degenze ed i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- u) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali ancorché nell'ambito di istituti di cura;
- v) gli infortuni:
- causati da stato di ubriachezza dell'Assicurato, o sotto effetto di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
 - derivanti dalla pratica di sports aerei in genere o dalla partecipazione a gare motoristiche non di regolarità pura ed alle relative prove;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, scalata di rocce o ghiacciai, salto dal trampolino con sci ed idrosci, sci acrobatico, immersione con autorespiratore.

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

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

ART. 90

RISCHI ASSICURABILI CON PATTO SPECIALE

Fermo quanto previsto all'art. 89, lett. a) e fermo restando l'obbligo del Contraente e/o dell'Assicurato di dichiarare alla Società, all'atto della stipula del contratto, gli infortuni, le malattie, i difetti fisici, le malformazioni e gli stati patologici insorti anteriormente, già diagnosticati e/o curati e/o comunque a loro noti al momento della stipula stessa del contratto, l'eventuale assicurazione per le conseguenze dirette di tali situazioni fisiche e stati patologici preesistenti può essere prestata solo mediante patto speciale, che deve risultare esplicitamente in polizza.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO MALATTIA

ART. 91

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

Fermo quanto previsto all'art. 7, la denuncia deve essere corredata da certificazione medica contenente la diagnosi, l'Assicurato deve successivamente presentare la documentazione medica richiesta.

L'Assicurato o, in caso di morte per causa diversa dalla malattia denunciata i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari e fornire la documentazione richiesta. Se ritenuto necessario per la corretta definizione del sinistro su richiesta della Società, gli eredi dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato con assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi, se lo ritengono opportuno. L'Assicurato, su richiesta della Società, deve sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati; l'Assicurato e in difetto gli eredi devono fornire ogni informazione e produrre in originale la cartella clinica completa, i certificati, le diagnosi, i referti e ogni altra documentazione medica richiesta, sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

ART. 92

CRITERI DI LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA E INVALIDITÀ PERMANENTE DA ICTUS O INFARTO

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

Tuttavia, se l'Assicurato ad avvenuta stabilizzazione dei postumi muore per causa indipendente dalla malattia denunciata e prima che l'indennizzo sia stato corrisposto, la Società, su presentazione del certificato di morte dell'Assicurato, paga agli eredi, secondo le norme della successione legittima o testamentaria:

· l'importo liquidato;

oppure, in assenza di liquidazione

· l'importo offerto in misura determinata;

oppure, in assenza di offerta in misura determinata o di accertamento con visita medico-legale da parte della Società

· l'importo oggettivamente determinabile in funzione dell'invalidità permanente certificata e comprovata da certificato di guarigione e documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi ante decesso (a titolo esemplificativo: certificazione medica ASL, INPS, INAIL o similare) appositamente trasmessa dagli eredi.

ART. 93**CRITERI DI LIQUIDAZIONE RIMBORSO SPESE MEDICHE - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**

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

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

ART. 94**CONTROVERSIE: ARBITRATO IRRITUALE**

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

Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato.

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

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

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

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

ART. 95**PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO**

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

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

CHI E COSA È ASSICURATO

ART. 96

PREMESSA

Nel rispetto della disciplina normativa vigente, la Società ha scelto di affidare la gestione dei sinistri del ramo Tutela Legale ad ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- telefono centralino: 045.8290411
- mail per invio nuove denunce di sinistro: denunce@ARAG.it
- fax per invio nuove denunce di sinistro: +39 045.8290557
- mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro: sinistri@ARAG.it
- fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del sinistro +39 045.8290449

(La Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare la gestione dei sinistri del ramo Tutela Legale ad altra società autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata all'Assicurato – Contraente la denominazione di tale società senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto).

ART. 97

CHI E' ASSICURATO - Ambito delle prestazioni e soggetti assicurati

Le garanzie di tutela legale vengono prestate a tutela dei diritti di tutte le persone assicurate in polizza (fino ad un massimo di dieci assicurati) ed in essa individuate nominativamente.

Nel caso di controversie fra Assicurati con la stessa polizza le garanzie vengono prestate unicamente a favore del Contraente - Assicurato.

Vengono garantiti gli oneri previsti dall'art. 98 Oggetto del contratto di Assicurazione per i sinistri relativi a:

1. danni subiti

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato l'infortunio, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

2. danni subiti a seguito di ricovero

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti durante il ricovero presso istituti di cura (pubblici/privati) a seguito di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

3. danni subiti derivanti da interventi chirurgici

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni contrattuali ed extra contrattuali subiti dalla persona derivanti da interventi chirurgici effettuati in occasione di ricovero per malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico per i quali sia stata prestata la copertura assicurativa prevista dalla polizza principale. Con riferimento agli interventi chirurgici, fermo il presupposto che sia stata prestata la copertura assicurativa prevista nella polizza principale, sono compresi anche quelli effettuati in day hospital. Compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

4. controversie contrattuali

Sono coperte le spese sostenute per le vertenze contrattuali di controparte nei casi di malpractice medica sanitaria conseguenti o connessi a malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico come garantito dalla polizza principale.

ART. 98

COSA E' ASSICURATO – Oggetto del contratto di Assicurazione

Groupama Assicurazioni spa assicura, nei limiti del massimale convenuto di €~~1~~0.000 per ogni sinistro senza limite annuo, la Tutela Legale, compresi i relativi oneri non ripetibili dalla controparte, occorrenti all'Assicurato per la difesa dei suoi interessi, nei casi indicati nella presente polizza.

Quando l'assicurato è coinvolto in una vertenza, la Società, nei limiti stabiliti dalla polizza, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza
- € compensi dell'avvocato per la querela o la denuncia solo se, a seguito di questa, la controparte è rinviata a giudizio in sede penale
- compensi dell'avvocato domiciliatario, se indicato da ARAG
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato

- spese di esecuzione forzata fino a due casi per sinistro
- spese dell'organismo di mediazione, quando la mediazione è obbligatoria
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- compensi dei periti
- spese di giustizia
- spese di investigazione difensiva per accertare modalità e dinamica dei sinistri.

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un solo avvocato per ogni grado di giudizio.

Non sono oggetto di copertura assicurativa i patti di quota lite conclusi tra l'Assicurato e l'Avvocato.

Sono escluse le indennità di trasferta e, nel caso in cui sia necessaria la domiciliazione, ogni duplicazione di onorari.

L'assicurato è tenuto ad assumere a proprio carico gli oneri fiscali, le imposte, le tasse e tutti gli altri oneri stabiliti per legge, relativi al sinistro.

La Società non si assume il pagamento di:

- multe, ammende, sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali.

COSA NON È ASSICURATO

ART. 99

ESCLUSIONI

Se nel contratto non è previsto diversamente, le garanzie non operano per sinistri relativi a:

- diritto di famiglia, successioni o donazioni;
- materia fiscale o amministrativa;
- fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive;
- per il pagamento di multe, ammende e sanzioni pecuniarie;
- proprietà o guida di veicoli a motore, imbarcazioni, aeromobili;
- per qualsiasi spesa derivante dalla costituzione di parte civile quando l'assicurato venga perseguito in sede penale;
- fatti dolosi delle persone assicurate;
- fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;
- per qualsiasi spesa originata dalla costituzione di parte civile quando l'Assicurato viene perseguito in sede penale;
- per qualsiasi sinistro inerente o derivante dall'esercizio della professione medica e di attività di lavoro autonomo, di impresa, e/o altre tipologie di collaborazione;
- spese legali e peritali calcolate in base ad accordi tra l'Assicurato ed il professionista;
- diverse da quelle previste nel tariffario forense;
- spese legali o peritali derivanti da accordi transattivi non autorizzati espressamente da ARAG.

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

LIMITI DI COPERTURA

ART. 100

ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia opera nei paesi di seguito indicati se in questi avviene il sinistro e si trova l'ufficio giudiziario di competenza.

TIPO DI VERTENZA	DOVE
Richiesta di risarcimento per danni extra contrattuali subiti	Unione Europea Regno Unito Svizzera Liechtenstein Principato di Monaco Città del Vaticano Repubblica di San Marino Stati extraeuropei posti nel bacino del mediterraneo
TIPO DI VERTENZA	DOVE
Controversie contrattuali per malpractice sanitaria	Italia Città del Vaticano Repubblica di San Marino

COSA FARE IN CASO SINISTRO TUTELA LEGALE

ART. 101

INSORGENZA DEL SINISTRO

Per insorgenza del sinistro si intende la data in cui si verifica l'evento dannoso inteso, in base alla natura della vertenza, come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'assicurato;
- la violazione o presunta violazione del contratto;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge;

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche quando coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la garanzia opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del sinistro il massimale per sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

La garanzia assicurativa è prestata per i sinistri che siano insorti:

- durante il periodo di effetto del contratto, se si tratta di danno o presunto danno subito dall'Assicurato;
- trascorsi 3 (tre) mesi dalla data di efficacia della copertura assicurativa in tutte le restanti ipotesi.

Se il contratto è emesso senza interruzione della copertura per lo stesso rischio, dopo un precedente contratto, il periodo di 3 (tre) mesi opera soltanto per le garanzie non previste nel precedente contratto. Sarà pertanto onere del Contraente, in sede di denuncia del sinistro, fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di Tutela Legale.

ART. 102

DENUNCIA DEL SINISTRO E LIBERA SCELTA DEL LEGALE

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

In ogni caso deve fare pervenire alla Società o ad ARAG notizia di ogni atto a lui notificato, entro 5 (cinque) giorni dalla data della notifica stessa.

L'Assicurato ha il diritto di scegliere liberamente il legale cui affidare la tutela dei propri interessi, iscritto presso il foro ove ha sede l'Ufficio Giudiziario competente per la controversia, indicandolo alla Società o ad ARAG contemporaneamente alla denuncia del sinistro.

Se l'Assicurato non fornisce tale indicazione, la Società o ARAG lo invita a scegliere il proprio legale e, nel caso in cui l'Assicurato non vi provveda, può nominare direttamente il legale, al quale l'Assicurato deve conferire mandato.

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

ART. 103

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

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

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

ART. 104

GESTIONE DEL SINISTRO

Ricevuta la denuncia del sinistro, ARAG si adopera per realizzare un bonario componimento della controversia. Ove ciò non riesca, se le pretese dell'Assicurato presentino possibilità di successo e in ogni caso quando sia necessaria la difesa in sede penale, la pratica viene trasmessa al Legale scelto nei termini dell'art. 102 – Denuncia del sinistro e libera scelta del legale.

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

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

L'eventuale nomina di Periti viene concordata con ARAG.

La Società o ARAG non è responsabile dell'operato di Legali e Periti.

In caso di conflitto di interessi o di disaccordo in merito alla gestione dei casi assicurativi tra l'Assicurato e la Società o ARAG, la decisione può venire demandata, con facoltà di adire le vie giudiziarie, ad un arbitro che

decide secondo equità, designato di comune accordo dalle parti o, in mancanza di accordo, dal Presidente del Tribunale competente a norma del Codice di Procedura Civile. Ciascuna delle parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali, quale che sia l'esito dell'arbitrato. La Società avverte l'Assicurato del suo diritto di avvalersi di tale procedura.

ART. 105

RESTITUZIONE DELLE SPESE ANTICIPATE

L'assicurato è obbligato a restituire le spese che sono state anticipate da ARAG quando ha diritto di recuperarle dalla controparte.

SEZIONE ASSISTENZA

(operante solo se espressamente richiamata in polizza)

CHI E COSA E' ASSICURATO

ART. 106

PREMESSA - SERVIZIO DI ASSISTENZA

la gestione delle prestazioni di assistenza è stata affidata dalla società a europ assistance service s.p.a. Per usufruire di dette prestazioni, indicate al successivo art. 108, il contraente (o l'assicurato) deve contattare la struttura organizzativa - in funzione 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 - ai seguenti recapiti:

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

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

i recapiti della struttura organizzativa sono anche riportati sulla carta di assistenza che la società rilascia al contraente alla stipula del contratto.

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

ART.107

CHI È ASSICURATO

Sono assicurabili la singola persona, gli appartenenti ad un nucleo familiare o i soci di una Contraete Persona Giuridica o il nucleo familiare di un singolo socio della ditta Contraente.

Sono assicurate le persone nominativamente indicate in Polizza (mod. 220040)

ART. 108

COSA E' ASSICURATO - PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

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

a) supporto Psicologico

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

b) medico on line

qualora, in caso di infortunio o malattia, l'assicurato non riuscisse a contattare il proprio medico abituale, potrà, mettendosi in comunicazione con la struttura organizzativa, essere in contatto con il medico di guardia e ricevere consigli ed indicazioni mediche di carattere generale; la struttura organizzativa non fornisce diagnosi o prescrizioni. la presente prestazione deve intendersi **valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.**

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

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

d) invio di un ambulanza

qualora, in seguito ad un primo contatto telefonico, la struttura organizzativa giudicasse indispensabile una

visita medica accurata e sempre che non sia reperibile il medico abituale dell'assicurato, la struttura organizzativa provvederà a far trasportare l'assicurato, tramite ambulanza, presso il più vicino Pronto soccorso, sostenendo o rimborsando all'assicurato il relativo costo.

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

Come previsto dalle disposizioni di legge vigenti, la struttura organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli organismi ufficiali di soccorso (servizio di emergenza 118).

La struttura organizzativa potrà organizzare e coordinare l'intervento dell'unità di soccorso (servizio 118), tenendo i contatti con l'assicurato stesso.

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

e) invio di un medico

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

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

f) Prolungamento del soggiorno

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

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

g) reperimento di medicinali urgenti

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

La presente prestazione deve intendersi valida esclusivamente all'estero.

h) trasporto sanitario

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

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

- aereo sanitario;
- aereo di linea regolare;
- treno (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.

i) accompagnatore in caso di trasporto sanitario

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

j) rientro dei figli minori

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

l) rientro anticipato

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

m)reperimento di una baby sitter

Nel caso in cui l'assicurato venga ricoverato in ospedale per un periodo superiore a 3 giorni, questi potrà chiedere alla struttura organizzativa di reperire ed inviare presso la propria abitazione una baby sitter per accudire i figli minori di anni 12. l'invio della baby sitter avrà luogo nel più breve tempo possibile. la presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

n) informazioni su centri sanitari, strutture mediche e medici

La struttura organizzativa sarà a disposizione dell'assicurato o di uno dei genitori dello stesso per fornire consigli od informazioni riguardo gli istituti di cura ed i medici/pediatri specialisti (in relazione alla patologia da lui segnalata), operanti in italia ed all'estero, che possano garantire le cure del caso. La presente prestazione deve intendersi valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

o) monitoraggio del ricovero ospedaliero

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

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

p) interprete all'estero per problemi di salute

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

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

q) rimpatrio della salma

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

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

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

CON QUALI CONDIZIONI POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA ASSISTENZA**CONDIZIONE AGGIUNTIVA**

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

ART. 109**Q - ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE**

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

COSA NON E' ASSICURATO**ART.110****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.

LIMITI DI COPERTURA

ART. 111

LIMITI TERRITORIALI

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

ART. 112

LIMITI DI ESPOSIZIONE

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

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

L'organizzazione di una delle prestazioni riportate al precedente art. 108 su iniziativa dell'assicurato o di una terza persona può dar luogo a rimborso solo nel caso in cui la struttura organizzativa abbia precedentemente dato il suo accordo sui mezzi da utilizzare.

In tal caso, la struttura organizzativa fornirà all'assicurato il numero relativo alla sua pratica.

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

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA

ART. 113

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.

ART. 114

LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

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.

ART. 115

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).

ELENCO DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

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

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

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

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

Elenco grandi interventi chirurgici**Cardiochirurgia**

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

Chirurgia generale

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

Chirurgia toraco-polmonare

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

Chirurgia vascolare

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

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

Ginecologia - Ostetricia

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

Neurochirurgia

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

Ortopedia

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

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

Otorinolaringoiatria

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

Chirurgia oro - maxillo - facciale

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

Urologia

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

Trapianti d'organo

Tutti

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE CHE REGOLANO LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

ART. 60

ALTRI CASI DI DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

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

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

ART. 62

CONDIZIONI E FORME DELLA DICHIARAZIONE DI MORTE PRESUNTA

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

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

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

ART. 1341

CONDIZIONI GENERALI DI CONTRATTO

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

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

ART. 1342

CONTRATTO CONCLUSO MEDIANTE MODULI O FORMULARI

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

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

ART. 1891

ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI O PER CONTO DI CHI SPETTA

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

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

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

ART. 1892

DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE CON DOLO O COLPA GRAVE

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

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento, e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia

decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

ART. 1893

DICHIARAZIONI INESATTE E RETICENZE SENZA DOLO O COLPA GRAVE

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

ART. 1894

ASSICURAZIONE IN NOME O PER CONTO DI TERZI

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

ART. 1897

DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

ART. 1898

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

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

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

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

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

ART. 1901

MANCATO PAGAMENTO DEL PREMIO

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

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

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

ART. 1910

ASSICURAZIONE PRESSO DIVERSI ASSICURATORI

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

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

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

ciascuno il nome degli altri.

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

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

ART. 1913

AVVISO ALL'ASSICURATORE IN CASO DI SINISTRO

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

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

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

ART. 1915

INADEMPIMENTO DELL'OBBLIGO DI AVVISO O DI SALVATAGGIO

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

ART. 1916

DIRITTO DI SURROGAZIONE DELL'ASSICURATORE

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

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

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

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

ART. 2952

PRESCRIZIONE IN MATERIA DI ASSICURAZIONE

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

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

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

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

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

DENUNCIA DEL SINISTRO
LETTERA TIPO

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

....., li

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

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

.....
.....
.....
è stato ricoverato

.....
gli è stata diagnosticata la seguente malattia invalidante

.....
è stato sottoposto al seguente grande intervento chirurgico

.....
Allego la seguente documentazione medica

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

Abitazione (indirizzo e telefono)

.....
.....
Luogo di lavoro (indirizzo e telefono)

.....
.....
Cognome e Nome dell'Assicurato.....

Via..... n.

C.A.P. Località

.....
In fede (firma)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

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

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. G0056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg

