Assicurazione infortuni e assistenza

DIP – Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: **REVO Insurance S.p.A.**

Prodotto: **Protezione Infortuni**

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura i danni derivanti da Infortunio che abbiano come conseguenza la Morte, una Invalidità Permanente, una Inabilità Temporanea, Indennità da Ricovero e Gesso, Rimborso Spese Mediche e Assistenza.

Che cosa è assicurato?

Garanzie obbligatorie

- Invalidità permanente
- Assistenza

Garanzie opzionali

- Morte
- Inabilità temporanea
- Diaria da ricovero e gesso
- Rimborso spese mediche

Sono considerati infortuni anche:

l'asfissia non di origine morbosa, gli avvelenamenti acuti, l'annegamento, l'assideramento od il congelamento, i colpi di calore e le folgorazioni, le lesioni determinate da sforzi, gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza, non dovuto a condizione patologica, gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi, gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e di vegetali.

Estensioni di garanzia sempre operanti

- Rischio volo
- Commorienza coniugi
- Rischio di guerra all'estero
- Danni estetici
- Infortuni causati da calamità naturali

La Compagnia indennizza i danni a seguito di infortunio fino alla concorrenza delle somme assicurate indicate in polizza.

Le garanzie prestate si intendono operanti sino alla concorrenza dei limiti di indennizzo/risarcimento, somme assicurate e/o massimali convenuti, e possono essere soggette ad applicazione di franchigie e/o scoperti.

Che cosa non è assicurato?

NON SONO ASSICURABILI LE PERSONE AFFETTE DA:

- × Alcoolismo
- × Tossicodipendenze
- × Sieropositività H.I.V., A.I.D.S.
- × Sindromi organiche cerebrali
- × Disturbi schizofrenici
- × Disturbi paranoidi
- × Forme maniaco depressive

Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, la Società, entro 60 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Ci sono limiti di copertura?

PERIODI DI CARENZA, LIMITAZIONI, ESCLUSIONI E RIVALSE

- Il contratto non prevede periodi di carenza. Le garanzie decorrono dalle ore 24,00 del giorno in cui è stato pagato il premio.
- Rimangono a carico del Contraente le franchigie.
- Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00 (cinquemilioni di Euro).
- Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.
- Il limite sopra indicato deve intendersi ridotto a € 500.000,00 (cinquecentomila Euro) per polizze di durata inferiore ad un anno.
- Le parti possono chiedere la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 80, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età e con preavviso di 30 giorni.

Dove vale la copertura?

L'assicurazione è valida in tutto il mondo con l'intesa che le indennità liquidabili a termini di polizza saranno corrisposte in Italia e in valuta locale corrente

Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto hai il dovere di comunicare l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare, e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della polizza e la decadenza della prestazione

Quanto e come devo pagare

Il pagamento del premio avviene in via anticipata con periodicità annuale. È prevista la possibilità di frazionare il premio in rate semestrali, con aumento del 3% del premio stesso.
Il contratto NON prevede meccanismi di indicizzazione del premio.
I tassi e i premi indicati in polizza sono comprensivi di imposte. Il Contraente può utilizzare i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari, postali o circolari, con la clausola di non trasferibilità, intestati alla Società oppure all'intermediario assicurativo espressamente in tale liquidità;
- bonifico bancario su c/c intestato alla Società o all'intermediario Assicurativo espressamente in tale qualità;
- bancomat o carta di credito/debito, se disponibile presso l'intermediario Assicurativo;
- denaro in contanti sino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione decorre dalle ore 24 della data di effetto indicata in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.
CONDIZIONE SOSPENSIVA
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 c.c.
Il contratto viene proposto con tacito rinnovo annuale.

Come posso disdire la polizza?

Le condizioni di polizza non prevedono per il Contraente il diritto di recedere dal contratto a seguito di ripensamento entro un determinato termine dalla stipula.
Il contratto può essere risolto da entrambe le parti mediante comunicazione inviata con lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza.
Inoltre, sia il Contraente che la Società hanno la facoltà, in caso di sinistro e con un preavviso di 30 giorni, di recedere dal contratto dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo.

Assicurazione Infortuni e Assistenza

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

REVO Insurance S.p.A.

Protezione Infortuni

Data di aggiornamento: 01/07/2023
Il presente DIP Aggiuntivo 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.

Revo Insurance S.p.A.
Sede legale: Viale dell'Agricoltura 7, 37135 Verona
Sede operativa: Via Monte Rosa 91, 20149 Milano - tel. 02 92885700
Sito Internet: www.revoinsurance.com
PEC: revo@pec.revoinsurance.com
Iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00167 con Provvedimento ISVAP n. 2610 del 3 giugno 2008
Capogruppo del Gruppo REVO Insurance iscritto all'Albo Gruppi presso IVASS al n. 059

Bilancio d'esercizio al 31 dicembre 2022 di REVO Insurance S.p.A.
Il patrimonio netto ammonta a euro 209.896.150, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a euro 6.680.000 e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammonta a euro 203.216.150.
La Relazione Unica sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria al 31 dicembre 2022 del Gruppo REVO Insurance (SFCR) di cui all'articolo 216-novies del CAP è disponibile nel sito della Compagnia (www.revoinsurance.com) nella sezione Investor Relations.
Il Requisito patrimoniale di solvibilità di REVO Insurance S.p.A. ammonta a euro 52.896.561, il Requisito patrimoniale minimo a euro 14.651.514 e i Fondi propri ammissibili alla loro copertura euro 142.702.920.
Il Valore dell'indice di solvibilità (Solvency ratio) di REVO Insurance è pari a 269,8%, quello del Gruppo REVO Insurance è pari a 269,3%.

Al contratto si applica la legge italiana

Che cosa è assicurato?

L'impegno della Compagnia è rapportato alle somme assicurate per singola garanzia concordate con il contraente.
nzie obbligatorie
nvalidità permanente (art. 21 delle Condizioni di Assicurazione)
Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.
Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri della specifica tabella di polizza.
Assistenza (art. da 39 a 58 delle Condizioni di Assicurazione)
Il contratto prevede, in caso di infortunio occorso all'Assicurato, le seguenti prestazioni di Assistenza:
consulenza medica telefonica, invio di un medico generico a domicilio in Italia, invio di un infermiere o di un fisioterapista a

Che cosa è assicurato?

domicilio, consegna a domicilio di medicinali e generi alimentari di prima necessità, segnalazione di una collaboratrice familiare, trasporto in autoambulanza, trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato, rientro dal centro ospedaliero attrezzato, rientro sanitario, rientro con un familiare, anticipo spese mediche, viaggio di un familiare, accompagnamento minori, autista a disposizione, prolungamento del soggiorno, rientro salma.

Garanzie opzionali

- Morte

  Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.

  L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

- Inabilità temporanea

  L'indennità per inabilità temporanea è riconosciuta per una durata massima di 365 giorni:

  a) Integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate;

  b) al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle proprie attività professionali principali o secondarie dichiarate.

  La garanzia inabilità temporanea è cumulabile esclusivamente con le indennità dovute per morte e invalidità permanente.

- Indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea

  In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

  a) in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e per la durata massima di 300 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;

  b) in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, nella misura del 50% e per la durata massima di 300 giorni per sinistro;

  c) in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, nella misura del 50% e per la durata massima di 300 giorni per sinistro;

  d) in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e per la durata massima di 30 giorni per sinistro. Il giorno di rimozione della gessatura non è indennizzabile;

  e) in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritto dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso, nella misura del 50% e per la durata massima di 15 giorni per sinistro.

  La presente garanzia non è cumulabile con l'indennità per Inabilità temporanea.

- Rimborso spese mediche da infortunio

  La Società rimborsa, sino alla concorrenza della somma indicata in polizza, per ogni sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute dall'Assicurato, rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza per i casi di seguito indicati:

  In caso di sinistro che comporti un ricovero, con o senza intervento chirurgico:

  a) gli onorari dei medici chirurghi;

  b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;

  c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;

  d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse le cure termali), effettuate nel periodo di ricovero e sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;

  e) le rette di degenza, esclusa ogni spesa di natura alberghiera;

  f) il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, entro il limite del 10% della somma assicurata.

  In caso di sinistro senza ricovero:

  a) gli onorari dei medici chirurghi;

  b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;

  c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;

  d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse le cure termali), sino al 60° giorno successivo a quello dell'infortunio, con il massimo di € 500,00 per sinistro;

  il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, entro il limite del 10% della somma assicurata con il massimo di € 500,00

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

A - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (compreso il rischio "in itinere")	*Prevede riduzione del premio a fronte di una limitazione di garanzia agli infortuni accaduti durante l'attività professionale*
B - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali	*Prevede riduzione del premio a fronte di una limitazione di garanzia agli infortuni accaduti durante il tempo libero.*
D2 - Franchigia 5% su Invalidità Permanente	*Prevede riduzione del premio a fronte dell'aumento della percentuale di franchigia per la garanzia Invalidità Permanente dal 3% al 5%*

Che cosa è assicurato?

D3 - Franchigia 10% su Invalidità Permanente	*Prevede riduzione del premio a fronte dell'aumento della percentuale di franchigia per la garanzia Invalidità Permanente dal 3% al 10%*
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
C - Tabella INAIL (Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente)	*Prevede aumento percentuale del premio a fronte di parametri più favorevoli per l'Assicurato*
D4 - Invalidità Permanente senza franchigia fino a €150.000,00	*Prevede aumento del premio a fronte dell'abolizione della franchigia fino a €150.000,00*
D5 - Supervalutazione Invalidità Permanente superiore al 65%	*Prevede aumento percentuale del premio a fronte di parametri più favorevoli per l'Assicurato*
E - Tabella di supervalutazione Invalidità Permanente arti superiori	*Prevede aumento percentuale del premio a fronte di parametri più favorevoli per l'Assicurato*
F - Tabella di supervalutazione Invalidità Permanente per la vista, l'udito e la voce.	*Prevede aumento percentuale del premio a fronte di parametri più favorevoli per l'Assicurato*
H - Ernie addominali da sforzo	*Prevede il reinserimento di condizione esclusa a fronte di un aumento percentuale del premio*
I - Rotture tendinee sottocutanee	*Prevede il reinserimento di condizione esclusa a fronte di un aumento percentuale del premio*
L1 - Sport svolti sotto l'egida delle Federazioni	*Prevede il reinserimento di condizione esclusa a fronte di un aumento percentuale del premio*
L2 - Sport tempo libero	*Prevede il reinserimento di condizione esclusa a fronte di un aumento percentuale del premio*
L3 - Immersione subacquea con autorespiratore	*Prevede il reinserimento di condizione esclusa a fronte di un aumento percentuale del premio*

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	**SONO ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE GLI INFORTUNI DERIVANTI**: × dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessa entro i 90 giorni successivi al sinistro; × dalla guida (tranne nei casi in cui l'infortunio derivi dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata): • di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria superiore alla B; • di macchine operatrici; • dall'utilizzo di macchine agricole in ambito professionale; • di natanti a motore per uso non privato; × dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio); × dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove; restano assicurati e validi i raduni automobilistici, motociclistici, gare di regolarità pura, regate veliche o raduni cicloturistici; × dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico; × dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nella sue varie forme, arti marziali, speleologia, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idroscì, sci alpinismo, sci acrobatico, kitesurfing, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour; paracadutismo o sport aerei in genere; × dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni - e relative prove e allenamenti - organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi similari nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano,

Che cosa NON è assicurato?

pallanuoto, pallavolo, sci;
- × da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;
- × da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resinecessari da infortunio;
- × da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- × da guerra, insurrezioni, tumulti popolari, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- × da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali.
- × da 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.);
- × dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando nonsiano utilizzate per fini pacifici;
- × dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco, della criminalità; sono inoltre esclusi gli infortuni causati dalla partecipazione a esercitazioni tattiche e militari, con o senza utilizzo di armi da fuoco;

SONO INOLTRE ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE:
- × gli infarti, le ernie di ogni tipo e le rotture sottocutanee dei tendini
- × le infezioni del virus H.I.V. ed Epatite B e C anche se derivati da infortunio.

SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

LA GARANZIA ASSISTENZA LIMITA O ESCLUDE LA PRESTAZIONE NEI SEGUENTI CASI:
- × Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo, per ogni anno di validità della polizza.
- × La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero, nel corso di ciascun anno di validità della polizza, è di **60** giorni.
- × Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
  a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomen di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale d particelle atomiche;
  b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e d vandalismo;
  c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;
  d) infortuni derivanti da atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenzadi attività sportive svolte a titolo professionale.
  Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o difatto.
- × L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo e anche prima del sinistro, n confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.
- × Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società no è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo compensazione.
- × La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancatoritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.
- × Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data de sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art 2952 C.C.
- × Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia presc contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Ci sono limiti di copertura?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro**: In caso di sinistro, i Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 c.c. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 c.c.
	Assistenza in convenzione: *Per la denuncia del sinistro e per poter usufruire delle prestazioni, sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, come qui di seguito indicato:* *per telefono al numero verde 800 71.38.83per telefono al numero+390258.28.67.65* *per telegramma indirizzato a EuropAssistance Italia S.p.A.-Piazza Trento, 8 - 20135 MILANOIn ogni caso dovranno essere fornite le seguenti informazioni:* *- il tipo di assistenza di cui si necessita;* *- cognome e nome del richiedente;* *- numero di polizza preceduto dalla sigla ABLE (per gli assicurati identificati in polizza);* *- numero di polizza preceduto dalla sigla COEB(per gli assicurati NON identificati in polizza);* *- indirizzo del luogo in cui si trova;* *- numero telefonico dove reperirlo nel corso dell'assistenza.* *La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi,fatture, ricevute delle spese.* *In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.*
	Gestione da parte di altre imprese: La gestione della garanzia di Assistenza è affidata ad Europ Assistance Italia S.p.A che utilizza la propria Centrale Operativa.
	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'art. 2952, 2 comma c.c.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP*
Obblighi dell'impresa	La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

Quando e come devo pagare?	
Premio	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP*
Rimborso	Il prodotto non prevede rimborsi di premio, fermo il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione per Servizio Militare. Nel caso di risoluzione il Contraente ha diritto al rimborso della parte di premio relativo al periodo di assicurazione non goduto. Inoltre, nel caso di recesso per sinistro esercitato da una delle Parti, la Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP*
Sospensione	Il prodotto non prevede la sospensione dell'assicurazione, fermo il diritto del Contraente di richiederla per Servizio Militare. Nel caso di sospensione il Contraente ha diritto di ottenere il protrarsi dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP*
Risoluzione	L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto può essere proposto alla singola persona, al nucleo familiare, alle associazioni e alle aziende.

Quali costi devo sostenere?
La Compagnia, per il prodotto descritto nel presente documento informativo precontrattuale, riconosce all'intermediario a titolo di commissione una percentuale media pari al 24,97% . Tale percentuale è applicata sul premo imponibile pagato dal contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Il soggetto che si reputi insoddisfatto con riferimento al contratto può presentare reclamo alla Compagnia; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione di contratto. I reclami vanno inviati a: REVO Insurance S.p.A. - Segreteria Generale - Funzione Reclami,con una delle seguenti modalità alternative: – per posta ordinaria al seguente indirizzo: Via Monte Rosa, n. 91 - 20149 Milano; – per posta elettronica al seguente indirizzo: reclami@revoinsurance.com; – per posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo: reclami@pec.revoinsurance.com – per fax al numero: 02/92885749. La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni. Nel caso di reclami concernenti il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti/collaboratori di cui la Compagnia si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, si provvederà direttamente alla loro gestione, entro il termine massimo di 45 giorni, ferma restando la possibilità di sospendere tale termine per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie. Nel caso di reclami concernenti il comportamento dei Broker e loro dipendenti/collaboratori, questi potranno essere a loro indirizzati e la relativa gestione ricadrà direttamente sull'Intermediario interessato. Nel caso in cui tali reclami fossero indirizzati a REVO Insurance S.p.A., la stessa provvederà a trasmetterli al broker interessato dandone contestuale notizia al reclamante.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: **tutela.consumatore@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). L'esperimento del procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	**Arbitrato**: le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità dei sinistri possono essere demandate ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Il collegio medico risiede nel comune, sede di istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. In relazione alle controversie si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

(ai sensi dell'art. 27 del Regolamento IVASS n° 41 del 02/08/2018)

COPERTURA ASSICURATIVA INFORTUNI E ASSISTENZA

"PROTEZIONE INFORTUNI"

Il prodotto è stato redatto secondo le linee-guida del tavolo tecnico ANIA – ASSOCIAZIONI CONSUMATORI – ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari

Data aggiornamento: 01/07/2023

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE BIANCA

INDICE

GLOSSARIO 3

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA 5

SEZIONE I – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE 7

ART.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO 7
ART.2 ALTRE ASSICURAZIONI 7
ART.3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA 7
ART.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE 7
ART.5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO 7
ART.6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO 7
ART.7 PROROGA DEL CONTRATTO - PERIODO DI ASSICURAZIONE 7
ART.8 ONERI FISCALI 7
ART.9 FORMA DELLE COMUNICAZIONI 7
ART.10 ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE 7
ART.11 FORO COMPETENTE 7
ART.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE 7
ART.12.1 SANZIONI EMBARGO 7

SEZIONE II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI 8

ART.13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE 8
ART.14 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI 9
ART.14.1 ESCLUSIONE MALATTIE TRASMISSIBILI 10
ART.15 PERSONE NON ASSICURABILI 10
ART.16 SERVIZIO MILITARE 10
ART.17 LIMITE CATASTROFALE 10
ART.18 LIMITE DI ETA' 10
ART.19 LIMITI TERRITORIALI 10

SEZIONE III - GARANZIE PRESTATE 11

ART.20 MORTE 11
ART.21 INVALIDITA' PERMANENTE 11
ART.22 INABILITA' TEMPORANEA 17
ART.23 INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO, GESSATURA, O FRATTURA OSSEA 18
ART.24 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO 18

SEZIONE IV - CONDIZIONI OPZIONALI 20

ART.25 CONDIZIONI OPZIONALI 20

SEZIONE V - CONDIZIONI VALIDE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI POLIZZA CON CONTRAENTE UNA SOCIETA' 22

ART.26 VARIAZIONE DEL CONTRAENTE 22
ART.27 VARIAZIONI DEL PERSONALE ASSICURATO 22
ART.28 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE NEI CONFRONTI DEGLI ASSICURATI 23

SEZIONE VI - TABELLA DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI 26

SEZIONE VII - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO 31

ART.29 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO 31
ART.30 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI 31
ART.31 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE 31
ART.32 CRITERI DI INDENNIZZABILITA' - CONDIZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI 31
ART.33 CRITERI DI LIQUIDAZIONE 32
ART.34 CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE 32
ART.35 PAGAMENTO ANTICIPATO DELL'INDENNIZZO 32
ART.36 RECESSO IN CASO DI SINISTRO 32

ART.37 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE 33
ART.38 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI 33

SEZIONE VIII - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA 34

ART.39 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA 34
ART.40 INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO IN ITALIA 34
ART.41 INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO 34
ART.42 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO 34
ART.43 CONSEGNA MEDICINALI ED ARTICOLI SANITARI URGENTI A DOMICILIO 34
ART.44 CONSEGNA SPESA A DOMICILIO 34
ART.45 COLLABORATRICE FAMILIARE 34
ART.46 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA IN ITALIA 34
ART.47 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO 34
ART.48 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO 35
ART.49 RIENTRO SANITARIO 35
ART.50 RIENTRO CON UN FAMILIARE 35
ART.51 ANTICIPO SPESE MEDICHE 35
ART.52 VIAGGIO DI UN FAMILIARE 36
ART.53 ACCOMPAGNAMENTO DI MINORI 36
ART.54 AUTISTA A DISPOSIZIONE 36
ART.55 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO 36
ART.56 RIENTRO SALMA 36
ART.57 ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI A TUTTE LE PRESTAZIONI 36
ART.58 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI 37

ALLEGATO 1 - MODULO DENUNCIA SINISTRO INFORTUNI 38

Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo e di prestare particolare attenzione alle condizioni in grassetto, che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente o dell'assicurato.
(art.166, comma 2, del Codice delle Assicurazioni Private)

GLOSSARIO

Alle seguenti definizioni, che integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale, le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato qui precisato:

Assicurato
Il soggetto nel cui interesse è stipulata l'assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione
Il contratto di assicurazione e il suo contenuto.

Beneficiario
Soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato. In assenza di designazione specifica i beneficiari saranno gli eredi legittimi o testamentari.

Cartella clinica
Il documento ufficiale, avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Contraente
Il soggetto che stipula l'assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Day Hospital/Day Surgery
La degenza diurna, anche non continuativa, con assegnazione di posto letto senza pernottamento, in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, documentata da cartella clinica, da cui risultino i giorni di effettiva degenza, e finalizzata all'erogazione di cure mediche e di trattamenti terapeutici o riabilitativi (Day Hospital) o finalizzata all'erogazione di trattamenti chirurgici (Day Surgery) che per la loro natura e complessità necessitano di continua assistenza medica od infermieristica.

Franchigia
Clausola contrattuale che limita, sul piano quantitativo, la garanzia facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato. Può essere espressa in giorni od in percentuale a seconda della garanzia a cui è applicata.

Gessatura
Applicazione di gesso o bende gessate, od immobilizzazione con tutori rigidi applicati e rimossi solo da parte di personale medico o paramedico specializzato, effettuata in istituto di cura od ambulatorio ed applicata a seguito di lesione accertata strumentalmente.

Inabilità temporanea
La temporanea incapacità, anche parziale, dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate all'atto della sottoscrizione della polizza.

Indennizzo, indennità o rimborso
La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio
L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, o alle altre cause espressamente previste all'Art. 13 "Oggetto dell'assicurazione", che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario
Persona fisica o società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art. 109 del D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa o riassicurativa.

Intervento chirurgico
Atto medico, praticato in istituto di cura od in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.
Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un intervento chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.

Invalidità permanente
La perdita totale o parziale definitiva della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Istituti di cura
Le strutture sanitarie pubbliche o le case di cura private regolarmente autorizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie e al ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui hanno sede le strutture stesse. Non si considerano "istituti di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali

Massimale
La somma per persona fino al cui limite la Società risponde in base all'assicurazione per uno o più sinistri verificatisi nel corso di uno stesso periodo assicurativo annuo.

Parti
Il Contraente e/o l'Assicurato e la Società.

Polizza
Il documento che prova l'assicurazione.
Pratica sportiva a livello dilettantistico
Esercizio di un'attività sportiva, anche a carattere agonistico e continuativo, per la quale non sia percepito un compenso monetario a titolo di corrispettivo delle prestazioni effettuate a favore di un qualsiasi ente sportivo. Ai fini della valutazione del carattere dilettantistico della pratica sportiva, non costituiscono compenso monetario i soli premi eventualmente previsti per i vincitori od i primi classificati in una competizione.
Premio
La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
Prestazioni
Nell'ambito della garanzia Assistenza, le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.
Ricovero
La degenza comportante pernottamento in istituto di cura.
Rischio
La possibilità che si verifichi il sinistro per il quale è prestata la garanzia.
Sinistro
Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
Relativamente alla garanzia Rimborso spese mediche, per sinistro si intende il ricovero, il Day Hospital, il Day Surgery, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ovvero il ricorso ad accertamenti diagnostici o ad altre prestazioni mediche, terapeutiche od infermieristiche eventualmente previste, verificatosi durante il periodo di validità della polizza in conseguenza di uno degli eventi rientranti nella copertura assicurativa.
Più ricoveri o più degenze in Day Hospital od in Day Surgery, o più interventi, purché verificatisi nell'ambito dell'operatività e della durata della polizza, si considerano un solo sinistro se ricollegabili allo stesso infortunio.
Relativamente alla garanzia Assistenza, il singolo fatto od avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.
Società
L'impresa assicuratrice, ovvero REVO Insurance Spa.
Somma assicurata
Somma indicata nella Scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di indennizzo in caso di sinistro.
Struttura Organizzativa
E' la struttura di Europ Assistance Service (Italia) S.p.A., Piazza Trento 8, 20135 Milano, costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno od entro i diversi limiti previsti dal contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per conto di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della Società stessa.
Visita specialistica
Visita sanitaria effettuata da un medico chirurgo in possesso di titolo di specializzazione, rilasciato da Istituto Universitario, inerente alle conseguenze dell'infortunio che hanno dato origine alla visita stessa.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

CODICE CIVILE

Art. 60 – Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'articolo 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, o 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 – Condizione e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'articolo 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'articolo 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 o 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 o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

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

Art. 1891 – Assicurazione per conto altrui o per contro di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui[1890] 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 d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

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

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

Art. 1893 – Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 – Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

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 premisuccessivi, 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'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le sommecomplessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

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

Art. 1913 – Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

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

SEZIONE I – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

ART.1 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

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

ART.2 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva **stipulazione** di altre assicurazioni per lostesso rischio; **in caso di sinistro, il Contraente deve darne avviso a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri ai sensi dell'art. 1910 C.C.**

Il Contraente che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lostesso rischio, decade dal diritto all'indennizzo. La Società, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di cui sopra, può recedere dal contratto con preavviso di almeno 15 giorni.

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio:

relative a polizze stipulate dal datore di lavoro a favore degli stessi assicurati in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali o integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;

relative a polizze di cui l'Assicurato benefici automaticamente in quanto titolare di carte di credito, conti correnti bancari od altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

ART.3 PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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 alle ore 24 del giorno del pagamento.

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è quindi interamente dovuto anche se ne è stato concesso il frazionamento in più rate.

ART.4 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART.5 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, mediante lettera raccomandata, di ogni aggravamento del rischio. **Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione della garanzia assicurativa ai sensi dell'art. 1898 C.C.**

ART.6 DIMINUZIONE DEL RISCHIO

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

ART.7 PROROGA DEL CONTRATTO – PERIODO DI ASSICURAZIONE

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata o PEC spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, il contratto di durata non inferiore a un anno è prorogato per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito della 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.

In caso di durata poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere dal contratto ad ogni scadenza annuale, senza oneri e con un preavviso di 60 giorni.

Quando è pattuita la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

ART.8 ONERI FISCALI

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

ART.9 FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni relative al contatto devono essere fatte con raccomandata, telegramma, telefax o posta elettronica certificata.

ART.10 ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali assicurazioni obbligatorie per legge, ma opera in aggiunta ad esse.

ART.11 FORO COMPETENTE

Foro competente è quello del luogo di residenza o sede del Contraente o Assicurato.

ART.12 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART.12.1 SANZIONI EMBARGO

Nessuna copertura viene fornita dal presente Contratto e la Compagnia non sarà tenuta ad alcun indennizzo o pagamento nella misura in cui tale copertura o indennizzo o pagamento esponga la Compagnia a qualsiasi sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle Risoluzioni delle Nazioni Unite o delle sanzioni economiche o commerciali, delle leggi o dei regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito, degli Stati Uniti d'America o di qualunque altra legge o normativa nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali.

SEZIONE II - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Capitolo 1 – Oggetto dell'assicurazione

ART.13 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- delle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

1.3 .1 Parificazione ad infortunio (sempre operanti)

Sono compresi in garanzia anche:

a) l'asfissia non di origine morbosa;
b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
c) l'annegamento;
d) l'assideramento od il congelamento;
e) i colpi di sole o di calore e le folgorazioni;
f) le lesioni determinate da sforzi, **con esclusione degli infarti, delle ernie e delle rotture sottocutanee dei tendini;**
g) gli infortuni subiti in stato di malore o di incoscienza, non dovuto a condizione patologica;
h) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
i) gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;**
j) le alterazioni patologiche conseguenti a morsi di animali e punture di insetti e di vegetali, **escluse la malaria e le malattie tropicali nonché le malattie perle quali gli insetti sono in genere portatori necessari.**

.312 .2 Estensioni di garanzia (sempre operanti)

A) Rischio volo

L'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente, è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non (salvo quanto previsto dall'articolo 13.2 paragrafo c).
Resta altresì inteso che l'operatività della presente garanzia non si estende all'eventuale Assicurazione complementare infortuni dei quali sia civilmente responsabile il Contraente.
Agli effetti della garanzia, il viaggio aereo si intende cominciato nel momento in cu l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si considera concluso nel momento in cui ne è disceso.
In caso di incidente aereo che colpisca più Assicurati, la somma dei capitali garantiti per questa specifica garanzia, sia con questa polizza sia con altre polizze stipulate dallo stesso Contraente con la sottoscritta Società, non potrà superare, per tutti gli indennizzi, l'importo di € 3.000.000.
Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.
La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

B) Commorienza coniugi

Qualora lo stesso evento provochi oltre alla morte dell'Assicurato anche quella del coniuge, l'indennizzo spettante ai figli minori beneficiari dell'assicurazione si intenderà raddoppiato. In qualsiasi caso, l'indennizzo complessivo per evento non può essere superiore a 400.000 euro.

C) Rischio di guerra all'estero

L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 14 lettera k), vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero (**esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino**) in un paese sino ad allora in pace, **con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi.**

D) Danni estetici

In caso di infortunio che comporti, oltre che un indennizzo a titolo di Invalidità Permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Società rimborserà un ulteriore importo massimo di € 5.000,00 per le spese

documentate e sostenute dall'Assicurato, per interventi di chirurgia plastica ed estetica, allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

E) Infortuni causati da calamità naturali
L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 14 lettera l), è estesa all'infortunio causato da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche che dovesse colpire l'assicurato **al di fuori della regione ove si trova il comune dove egli ha la sua residenza o abituale dimora.** Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati con la stessa Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare la somma di € 3.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.

Capitolo 2 – Limiti ed esclusioni dell'assicurazione

ART.14 DELIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti:

a) **dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato ottenga il rinnovo della stessaentro i 90 giorni successivi al sinistro;**

b) **dalla guida:**
- **di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipulazione della polizza, una patente di categoria**
- **superiore alla B; di macchine operatrici;**
- **o dall'utilizzo di macchine agricole in ambito professionale;**
- **di natanti a motore per uso non privato;**

I rischi di cui alla presente lettera restano assicurati se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.

c) **dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di mezzi subacquei, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio),** salvo quanto disposto dall'Art. 13, punto 13.2 lett. A);

d) **dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;** restano assicurati e validi i raduni automobilistici, motociclistici, gare di regolarità pura, regate veliche o raduni cicloturistici;

e) **dalla pratica di qualsiasi sport esercitato a livello non dilettantistico;**

f) **dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, speleologia, scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idroscì, sci alpinismo, sci acrobatico, kitesurfing, guidoslitta, hockey a rotelle o su ghiaccio, bob, canoa fluviale, automobilismo, motociclismo, motonautica, equitazione, rugby, football americano, immersioni con autorespiratore, parkour; paracadutismo o sport aerei in genere;**

g) **dalla partecipazione, in qualità di tesserati, a competizioni - e relative prove e allenamenti -organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni o Enti sportivi similari nei seguenti sport: baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci;**

h) **da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti od allucinogeni;**

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

j) **da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;**

k) **da guerra, salvo quanto disposto dall'Art. 13, punto 13.2 lett. C), insurrezioni, tumulti popolari, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni o da atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;**

l) **da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni od altre calamità naturali,** salvo quanto indicato all'Art. 13 punto 13.2 lett. E);

m) **da 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.);**

n) **dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;**

o) **dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate o da Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco, della criminalità; sono inoltre esclusi gli infortuni causati dalla partecipazione ad esercitazioni tattiche e militari, con o senza utilizzo di armi da fuoco;**

Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

p) **gli infarti, le ernie di ogni tipo e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto dalle relative Condizioni Opzionali;**

q) **le infezioni del virus H.I.V. ed Epatite Be C anche se derivati da infortunio.**

ART.14.1 ESCLUSIONE MALATTIE TRASMISSIBILI

Ad integrazione di quanto già stabilito in **Polizza**, ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

Malattia Trasmissibile: *Qualunque malattia infettiva, compresi virus, batteri, microorganismi e/o agenti patogeni che effettivamente o presumibilmente provocano o sono in grado di provocare un malessere fisico, un malanno o una malattia.*

Si prende atto tra le Parti che l'Assicurazione non comprende i danni relativi a o causati, derivanti o risultanti da, direttamente o indirettamente, in tutto o in parte, **malattie trasmissibili** a meno che non siano conseguenza diretta di un incidente.

ART.15 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V., A.I.D.S. o sindromi correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoidi o forme maniaco depressive.
Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, la Società, entro 60 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART.16 SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto del Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.
Nel caso di risoluzione spetta al Contraente il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione il Contraente ha diritto di ottenere il protrarsi dell'assicurazione per un periodouguale a quello della sospensione.

ART.17 LIMITE CATASTROFALE

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimocomplessivoacaricodellaSocietànonpotràcomunquesuperarel'importodi€ 3.000.000,00.
Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione alle singole somme assicurate.
Il limite sopra indicato deve intendersi ridotto a € 500.000,00 per polizze di durata inferiore ad un anno.

ART.18 LIMITI DI ETA'

Le parti possono chiedere la cessazione del Contratto per l'Assicurato che abbia raggiunto l'età di anni 80, dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età e con preavviso di 30 giorni.

ART.19 LIMITI TERRITORIALI

Qualora non diversamente indicato nelle singole garanzie, l'assicurazione è valida in tutto il mondo con l'intesa che le indennità liquidabili a termini di polizza saranno corrisposte in Italia e in valuta locale corrente.

SEZIONE III - GARANZIE PRESTATE

LE GARANZIE SONO OPERANTI SOLO SE NELLA SCHEDA DI POLIZZA SONO INDICATE LE RELATIVE SOMME ASSICURATE E I PREMI

Capitolo 1 – Morte

ART.20 MORTE

Se l'infortunio ha per conseguenza la morte dell'Assicurato e questa si verifica **entro due anni dal giorno in cuil'infortunio è avvenuto**, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte.
L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.
Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.
Qualora a seguito dell'infortunio la salma dell'Assicurato non venga ritrovata, la Società liquida ai beneficiari il capitale garantito non prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza di morte presunta, come previsto dagli artt. 60 e 62 del Codice Civile.
Resta comunque inteso che, ove risulti che l'Assicurato è vivo, la Società ha il diritto, **entro 15 giorni dalla richiesta,** alla restituzione della somma pagata.
Solo a restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti all'indennizzo derivante ai sensi di polizza per altri casi eventualmente assicurati.

Capitolo 2 – Invalidità Permanente

ART.21 INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.
Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.
Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri sotto elencati:

TABELLA VALUTAZIONE DEL GRADO DI INVALIDITA' 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-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° copronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione 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%	

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	Destro	Sinistro
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%	
Anchilosi:		
dell'anca in posizione favorevole	35%	
del ginocchio in estensione	25%	
dell'articolazione tibiotarsica ad angolo retto con anchilosi dell'articolazione sottoastragalica	15%	
Paralisi completa del nervo:		
sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura:		
scomposta di una costa	1%	
amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
– una vertebra cervicale	12%	
– una vertebra dorsale	5%	
– 12ª dorsale	10%	
– una vertebra lombare	10%	
di un metamero sacrale	3%	
di un metamero coccigeo con callo deforme	5%	
Post umiditraumadistorsivo cervicale concontrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
un occhio	25%	
ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di:		
un orecchio	10%	
ambedue gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta		
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	
Perdita totale:		
della voce	30%	
Perdita anatomica di:		
di un rene	15%	
della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%	

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.
In caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.
Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.
Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.
La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.
Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale ed è comunque trasmissibile agli eredi.

La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nelle sotto indicate tabelle corrispondenti alla Condizione Particolare indicata in polizza:

21.1 Franchigia 3% su Invalidità Permanente (opzione base) – ***Condizione Opzionale D1***

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 21 - Tabella valutazione del grado di invalidità permanente o, se operativa, dalla tabella INAIL di cui alla Condizione Opzionale C.
La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata, sulla somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle percentuali riportate nella tabella sottostante.
Qualora siano riportate in polizza una o più condizioni relative alla garanzia di Invalidità Permanente, nella liquidazione dell'indennizzo saranno applicate le norme più favorevoli all'Assicurato.

Le Somme Assicurate per Invalidità Permanente sono soggette alle seguenti franchigie:
3% sulla somma assicurata fino a **€ 150.000,00**
5% sulla somma assicurata oltre **€ 150.000,00 fino a € 300.000,00**
10% sulla somma assicurata oltre **€ 300.000,00 fino a€ 600.000,00**
15% sulla somma assicurata oltre **€ 600.000,00**
Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennizzo al 100% .

% di I.P. accertata	percentuale di indennizzo da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	Oltre € 150.000,00 fino a € 300.000,00	Oltre € 300.000,00 fino a € 600.000,00	Oltre € 600.000,00
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
dal 26 al 65	la percentuale accertata			
pari o superiore al 66	100			

*21.2 Franchigia 5% su Invalidità Permanente - **Condizione Opzionale D2***

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 21 Tabella valutazione del grado di invalidità permanente o, se operativa, dalla tabella INAIL di cui alla Condizione Opzionale C.
La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata, sulla somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle percentuali riportate nella tabella sottostante.
Qualora siano riportate in polizza una o più condizioni relative alla garanzia di Invalidità Permanente, nella liquidazione dell'indennizzo saranno applicate le norme più favorevoli all'Assicurato.

Le Somme Assicurate per Invalidità Permanente sono soggette alle seguenti franchigie:
5% sulla somma assicurata **fino a € 300.000,00**
10% sulla somma assicurata oltre **€ 300.000,00 fino a € 600.000,00**
15% sulla somma assicurata oltre **€ 600.000,00**
Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennizzo al 100% .

% di I.P. accertata	percentuale di indennizzo da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	Oltre € 150.000,00 fino a€ 300.000,00	Oltre € 300.000,00 fino a€ 600.000,00	Oltre € 600.000,00
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	1	1	0	0
7	2	2	0	0
8	3	3	0	0
9	4	4	0	0
10	5	5	0	0
11	6	6	1	0
12	7	7	2	0
13	8	8	3	0
14	9	9	4	0
15	10	10	5	0
16	11	11	6	1
17	12	12	7	2
18	13	13	8	3
19	14	14	9	4
20	15	15	10	5
21	16	16	11	6
22	17	17	12	7
23	18	18	13	8
24	19	19	14	9
25	20	20	15	10
dal 26 al 65	la percentuale accertata			
pari o superiore al 66	100			

*21.3 Franchigia 10% su Invalidità Permanente - **Condizione Opzionale D3***

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 21 Tabella valutazione del grado di invalidità permanente o, se operativa, dalla tabella INAIL di cui alla Condizione Opzionale C.
La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata, sulla somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle percentuali riportate nella tabella sottostante.
Qualora siano riportate in polizza una o più condizioni relative alla garanzia di Invalidità Permanente, nella liquidazione dell'indennizzo saranno applicate le norme più favorevoli all'Assicurato.

Le Somme Assicurate per Invalidità Permanente sono soggette alle seguenti franchigie:
10% sulla somma assicurata **fino a € 600.000,00**
15% sulla somma assicurata oltre **€ 600.000,00**
Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennizzo al 100% .

% di I.P. accertata	percentuale di indennizzo da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	Oltre € 150.000,00 fino a€ 300.000,00	Oltre € 300.000,00 fino a€ 600.000,00	Oltre € 600.000,00
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0
11	1	1	1	0
12	2	2	2	0
13	3	3	3	0
14	4	4	4	0
15	5	5	5	0
16	6	6	6	1
17	7	7	7	2
18	8	8	8	3
19	9	9	9	4
20	10	10	10	5
21	11	11	11	6
22	12	12	12	7
23	13	13	13	8
24	14	14	14	9
25	15	15	15	10
dal 26 al 65	la percentuale accertata			
pari o superiore al 66	100			

21.4 *.4 Invalidità Permanente senza franchigia fino a €150.000 –* ***Condizione Opzionale D4***

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 21 Tabella valutazione del grado di invalidità permanente o, se operativa, dalla tabella INAIL di cui alla Condizione Opzionale C.
La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata, sulla somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle percentuali riportate nella tabella sottostante.
Qualora siano riportate in polizza una o più condizioni relative alla garanzia di Invalidità Permanente, nella liquidazione dell'indennizzo saranno applicate le norme più favorevoli all'Assicurato.

Le Somme Assicurate per Invalidità Permanente sono soggette alle seguenti franchigie:

- **Nessuna franchigia** sulla somma assicurata fino a **€ 150.000,00**
- **3%** sulla somma assicurata oltre **€ 150.000,00 fino a€ 300.000,00**
- **5%** sulla somma assicurata oltre **€ 300.000,00 fino a€ 600.000,00**
- **10%** sulla somma assicurata oltre **€ 600.000,00**

Qualora in conseguenza di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Invalidità Permanente accertata risulti:

- di grado superiore al 25% della totale, la Società liquida l'indennizzo senza deduzione di franchigie;
- pari o superiore al 66% della totale, la Società liquida l'indennizzo al 100% .

Limitatamente ai postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo, la presente Condizione Particolare è operante fino a un massimo indennizzo di € 1.000,00.

% di I.P. accertata	percentuale di indennizzo da liquidare sulla parte di somma assicurata			
	fino a € 150.000,00	Oltre € 150.000,00 fino a € 300.000,00	Oltre € 300.000,00 fino a € 600.000,00	Oltre € 600.000,00
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	18	16	11
22	22	19	17	12
23	23	20	18	13
24	24	21	19	14
25	25	22	20	15
dal 26 al 65	la percentuale accertata			
pari o superiore al 66	100			

*21.5 Supervalutazione Invalidità Permanente superiore al 65% – **Condizione Opzionale D5***

L'indennizzo per l'Invalidità Permanente è calcolato in relazione al grado di Invalidità Permanente accertato, secondo quanto disposto dall'art. 21 Tabella valutazione del grado di invalidità permanente o, se operativa, dalla tabella INAIL di cui alla Condizione Opzionale C.

La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata, sulla somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle percentuali riportate nella tabella sottostante.

Qualora siano riportate in polizza una o più condizioni relative alla garanzia di Invalidità Permanente, nella liquidazione dell'indennizzo saranno applicate le norme più favorevoli all'Assicurato.

%di I.P. accertata	percentuale di indennizzo da liquidare sulla parte di somma assicurata			%di I.P. accertata	percentuale di indennizzo da liquidare sulla parte di somma assicurata		
	fino a € 150.000,00	Oltre € 150.000,00 fino a€300.000,00	Oltre € 300.000,00 fino a€500.000,00		fino a € 150.000,00	Oltre €150.000,00 fino a€300.000,00	Oltre €300.000,00 fino a€500.000,00
1	0	0	0	66	103	103	103
2	0	0	0	67	105	105	105
3	0	0	0	68	107	107	107
4	1	0	0	69	109	109	109
5	2	0	0	70	111	111	111
6	3	1	0	71	113	113	113
7	4	2	0	72	115	115	115
8	5	3	0	73	117	117	117
9	6	4	0	74	119	119	119
10	7	5	0	75	121	121	121
11	8	6	1	76	123	123	123
12	9	7	2	77	125	125	125
13	10	8	3	78	127	127	127
14	11	9	4	79	129	129	129
15	12	10	5	80	131	131	131
16	13	11	6	81	133	133	133
17	14	12	7	82	135	135	135
18	15	13	8	83	137	137	137
19	16	14	9	84	139	139	139
20	17	15	10	85	141	141	141
Da 21 a 50	*la percentuale accertata*			86	143	143	143
51	58	58	58	87	145	145	145
52	59	59	59	88	147	147	147
53	60	60	60	89	149	149	149
54	61	61	61	90	150	150	150
55	62	62	62	91	155	155	155
56	66	66	66	92	160	160	160
57	67	67	67	93	165	165	165
58	68	68	68	94	170	170	170
59	69	69	69	95	175	175	175
60	70	70	70	96	180	180	180
61	77	77	77	97	185	185	185
62	80	80	80	98	190	190	190
63	87	87	87	99	195	195	195
64	95	95	95	100	200	200	200
65	101	101	101				

Capitolo 3 – Inabilità Temporanea

ART.22 INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennità per inabilità temporanea è riconosciuta:

a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate;

b) **al 50%, per ogni giorno di Inabilità Temporanea Parziale in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle proprie attività professionali principali e/o secondarie dichiarate.**

La liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con l'applicazione della seguente franchigia:
- **7 giorni in caso di somma assicurata di importo fino a € 50,00**
- **10 giorni in caso di somma assicurata di importo superiore a € 50,00**

Si conviene che, previa detrazione della franchigia sopra indicata, i giorni complessivi di accertata e documentata inabilità vengono considerati:
- nella misura del 60% come Inabilità temporanea totale;
- nella misura del 40% come Inabilità temporanea parziale.

L'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto per un periodo massimo di trecentosessantacinque giorni per ogni infortunio e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.
La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata con presentazione di certificato medico attestante la guarigione avvenuta.

La garanzia inabilità temporanea:
- **non è operante per gli infortuni occorsi durante l'esercizio di attività sportive, effettuate con tesseramento presso le relative Federazioni;**
- **non è cumulabile con l'indennità giornaliera per ricovero, gessatura o frattura ossea;**
- **è indennizzabile anche al di fuori dell'Europa limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.**

Capitolo 4 – Indennità Giornaliera per Ricovero, Gessatura o Frattura Ossea

ART.23 INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO, GESSATURA O FRATTURA OSSEA

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza secondo le seguenti modalità:

a) in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e **per la durata massima di 300 giorni per sinistro. Il giorno di dimissione non è indennizzabile;**
b) in caso di degenza in istituto di cura in regime di Day Hospital, per ogni giorno di degenza, **nella misura del 50% e per la durata massima di 300 giorni per sinistro;**
c) in caso di intervento chirurgico in regime di Day Surgery, per ogni giorno di degenza, **nella misura del 50% e per la durata massima di 300 giorni per sinistro;**
d) in caso di gessatura, per ogni giorno di gessatura e **per la durata massima di 30 giorni per sinistro. Il giorno di rimozione della gessatura non è indennizzabile;**
e) in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura, per ogni giorno di prognosi prescritto dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso, **nella misura del 50% e per la durata massima di 15 giorni per sinistro.**

Si conviene inoltre che nel caso di accertamenti presso un Pronto Soccorso che abbiano comportato la permanenza presso lo stesso per un periodo superiore alle 24 ore consecutive, l'indennità viene riconosciuta per un solo giorno. Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro. La presente garanzia non è cumulabile con l'indennità per Inabilità temporanea.

Capitolo 5 – Rimborso Spese Mediche da Infortunio

ART.24 RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

La Società rimborsa, sino alla concorrenza della somma indicata in polizza, per ogni sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute dall'Assicurato, rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza per i casi diseguito indicati:

I n caso di sinistro che comporti un ricovero, con o senza intervento chirurgico
a) gli onorari dei medici chirurghi;
b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
d) le cure ei trattamenti fisioterapici e rieducativi (esclusele cure termali), effettuate nel periodo di ricovero e sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;
e) le rette di degenza, esclusa ogni spesa di natura alberghiera;

f) il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, **entro il limite del 10% della somma assicurata;**

In caso di sinistro senza ricovero

a) gli onorari dei medici chirurghi;
b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (escluse le cure termali), sino al 60° giorno successivo a quello dell'infortunio, **con il massimo di € 500,00 per sinistro;**
e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, **entro il limite del 10% della somma assicurata con il massimo di € 500,00.**

Sono escluse dall'assicurazione le spese odontoiatriche, quelle necessarie al rilascio delle notule dei medici di parte e quelle necessarie per la stesura delle relazioni medico peritali.

BOX ILLUSTRATIVO MODALITA' APPLICAZIONE FRANCHIGIA
(il presente box ha la funzionalità di esempio e non costituisce valore contrattuale)

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE

Esempio n.1 - Indennizzo con franchigia
21.1 Franchigia 3% su Invalidità Permanente (opzione base) – Condizione Opzionale D1
Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale: € 100.000,00
Franchigia: 3%
Invalidità Permanente accertata: 8%
Indennizzo da liquidare:
8% (I.P. accertata) - **3%** (franchigia) = **5%**
Viene liquidato un indennizzo di **€ 5.000,00** (5% sulla somma assicurata di € 100.000,00)

Esempio n.2 - Indennizzo senza franchigia
21.2 Franchigia 5% su Invalidità Permanente - Condizione Opzionale D2
Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale: € 100.000,00
Franchigia: 5%
Invalidità Permanente accertata: 40%
Indennizzo da liquidare:
40% (I.P. accertata) - **0%** franchigia *(dal 26% al 65% riconosciuta l'Invalidità Permanente accertata senza franchigia)*
Viene liquidato un indennizzo di **€ 40.000,00** (40% sulla somma assicurata di € 100.000,00)

Esempio n.3 - Indennizzo non liquidabile
21.3 Franchigia 10% su Invalidità Permanente - Condizione Opzionale D3
Somma assicurata per Invalidità Permanente Totale: € 100.000,00
Franchigia: 10%
Invalidità Permanente accertata: 8%
Indennizzo da liquidare:
Indennizzo in franchigia, non liquidabile

GARANZIA INABILITÀ TEMPORANEA

Esempio n.4
Indennità giornaliera assicurata per Inabilità Temporanea: € 80,00
Franchigia: 10 giorni
Giorni di Inabilità Temporanea accertati 23
Importo da liquidare
23 giorni (di inabilità accertati) - 10 giorni (franchigia) = 13 giorni

13 giorni
- 60% *I.T.T. (Inabilità Temporanea Totale)* — *13 giorni al 60% = 7,8 (7,8 x 80,00) = € 624,00*
- 40% *I.T.P. (Inabilità Temporanea Parziale)* — *13 giorni al 40% = 5,2 (5,2 x 40,00) = € 208,00*

Totale indennizzo (624,00+208,00) = **€ 832,00**

SEZIONE IV - CONDIZIONI OPZIONALI

LE GARANZIE SONO OPERANTI SOLO SE ESPRESSAMENTE RICHIAMATE IN POLIZZA

ART.25 CONDIZIONI OPZIONALI

A - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali (compreso il rischio "in itinere")
A parziale deroga dell'Art. *13 oggetto dell'assicurazione*, l'assicurazione vale **esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle attività professionali principali e secondarie dichiarate,** compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di locomozione, purché non espressamente esclusi dal contratto.

B - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali
A parziale deroga dell'Art. *13 oggetto dell'assicurazione*, l'assicurazione **vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere di professionalità. In ogni caso, sono esclusi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante attività comunque retribuite alle dipendenze di terzi o svolte in proprio a titolo professionale.**

C **- Tabella INAIL** ***(Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente)***
A parziale deroga dell'Art. *21 invalidità permanente, tabella valutazione del grado I.P.* ivi prevista, si intende sostituita con quella di cui all'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.
In caso di accertato mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro e viceversa.

D1 - Franchigia 3% su Invalidità Permanente – Opzione base
La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella indicata al punto 21.1 dell'art. 21.

D2 - Franchigia 5% su Invalidità Permanente
La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella indicata al punto 21.2 dell'art. 21.

D3 - Franchigia 10% su Invalidità Permanente
La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella indicata al punto 21.3 dell'art. 21.

D4 - Invalidità Permanente senza franchigia fino a €150.000,00
La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella indicata al punto 21.4 dell'art. 21.

D5 - Supervalutazione Invalidità Permanente superiore al 65%
La liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata, sulla Somma Assicurata, in base alle percentuali riportate nella tabella indicata al punto 21.5 dell'art. 21.

E - Tabella di supervalutazione Invalidità Permanente arti superiori
A parziale deroga dell'Art. *21 invalidità permanente, tabella valutazione del grado I.P.* (fermi i criteri generali ivi indicati) o, se operativa, della Tabella INAIL di cui alla *Condizione Opzionale C*, la tabella delle percentuali dell'invalidità permanente si intende sostituita per i casi appresso indicati dalla seguente:

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	percentuale di invalidità permanente
un arto superiore	100%
una mano o un avambraccio	100%
un pollice	60%
un indice	60%
un medio	30%
un anulare o un mignolo	20%
la falange ungueale del pollice	30%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito

La supervalutazione è operante solo fino alla somma assicurata di € 200.000, ferma l'applicazione delle franchigie ove previste. Per la parte di somma assicurata eccedente € 200.000, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata in base alle percentuali riportate nella tabella corrispondente alla Condizione Opzionale indicata in polizza (da D1 a D3), ferma l'applicazione delle franchigie previste.
Resta inteso che, per la perdita totale, anatomica o funzionale di organi non riportati nella tabella sovrastante, si rimanda all'art. 21 invalidità permanente, tabella valutazione del grado di invalidità permanente.

F -Tabella di supervalutazione Invalidità Permanente per la vista, l'udito e la voce.
A parziale deroga dell'Art. *21 invalidità permanente, tabella valutazione del grado I.P.* (fermi i criteri generali ivi indicati) o, se operativa, della Tabella INAIL di cui alla *Condizione Opzionale C*, la tabella delle percentuali dell'invalidità permanente si intende sostituita per i casi appresso indicati dalla seguente:

Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	percentuale di invalidità permanente
un occhio	50%
ambedue gli occhi	125%
un occhio, oltre alla sordità completa di ambedue gli orecchi	100%
la sordità completa di ambedue gli orecchi	100%
la voce	100%

La supervalutazione è operante solo fino alla somma assicurata di € 200.000, ferma l'applicazione delle franchigie ove previste. Per la parte di somma assicurata eccedente € 200.000, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità Permanente verrà effettuata in base alle percentuali riportate nella tabella corrispondente alla Condizione Opzionale indicata in polizza (da D1 a D3), ferma l'applicazione delle franchigie previste.
Resta inteso che, per la perdita totale, anatomica o funzionale di organi non riportati nella tabella sovrastante, si rimanda all'art. 21 invalidità permanente, tabella valutazione del grado di invalidità permanente.

G - Franchigia sulla inabilità temporanea
A parziale deroga dell'Art. *22 inabilità temporanea*, la liquidazione dell'indennizzo sarà calcolata con l'applicazione delle seguenti franchigie:
- dal 7° al 14° giorno, nella misura del 50% della somma assicurata;
- dal 15° al 20° giorno, nella misura del 75% della somma assicurata;
- dal 21° giorno in avanti, nella misura del 100% della somma assicurata.

L'indennità per inabilità temporanea è cumulabile esclusivamente con quelle dovute per morte e invalidità permanente.

H - Ernie addominali da sforzo
A parziale deroga dell'Art. *13 oggetto dell'assicurazione*, lettera f), e art. 14 *delimitazione dell'assicurazione - esclusioni*, lettera p), la garanzia comprende, **limitatamente ai casi di Invalidità permanente e di Inabilità temporanea** (ove previsti), le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
a) La copertura assicurativa delle ernie decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
b) qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta solamente l'indennità per il caso di Inabilità temporanea (ove prevista) fino ad un massimo di trenta giorni.

Qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto esclusivamente un indennizzo non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente, con il massimo di €15.000,00 senza l'applicazione delle franchigie eventualmente previste.
Qualora, per sostituzione o altra variazione di polizza, la presente copertura subentri - senza soluzione di continuità - ad altra eguale copertura, il periodo di carenza di 180 giorni sopra stabilito decorre:
1) dalla data di decorrenza della precedente copertura per gli Assicurati, le somme e le prestazioni dalla stessa già previste;
2) dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente ai nuovi Assicurati, alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

I - Rotture tendinee sottocutanee
A parziale deroga dell'Art. *13 oggetto dell'assicurazione*, lettera f), e art. 14 *delimitazione dell'assicurazione - esclusioni*, lettera p), la garanzia comprende le rotture tendinee sottocutanee relative a:
a. tendine di Achille (trattate chirurgicamente o non);
b. tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
c. tendine del quadricipite femorale;
d. tendine rotuleo
e. cuffia dei rotatori

Per i casi sopra indicati la Società riconosce un indennizzo pari al 4% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente, con il massimo di € 5.000,00 senza l'applicazione delle franchigie eventualmente previste.

L1 - Sport svolti sotto l'egida delle Federazioni
A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. *14 delimitazione dell'assicurazione - esclusioni*, lettera g), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla partecipazione, in qualità di tesserati, purché a livello dilettantistico, a competizioni - e relative prove e allenamenti - organizzate o patrocinate dalle rispettive Federazioni od Enti similari nei seguenti sport:
baseball, calcio (compreso calcio a cinque e simili), ciclismo, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci di fondo.
L'indennizzo per Invalidità Permanente è soggetto all'applicazione di una franchigia del 5% .
La presente estensione è operante, **limitatamente ai soli casi di Morte e Invalidità Permanente, fino a concorrenza della somma assicurata e comunque con il massimo di € 150.000,00 .**

L2 - Sport e tempo libero
A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. *14 delimitazione dell'assicurazione - esclusioni*, lettera f), l'assicurazione vale anche per gli infortuni derivanti dalla pratica, al solo scopo ricreativo o di cultura fisica (compresi competizioni, prove e/o relativi allenamenti), nei seguenti sport: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali, speleologia, hockey a rotelle o su ghiaccio, equitazione, rugby e football americano.
L'indennizzo per Invalidità Permanente è soggetto all'applicazione di una franchigia del 5% .
La presente estensione è operante, **limitatamente ai soli casi di Morte e Invalidità Permanente, fino a concorrenza della somma assicurata e comunque con il massimo di € 150.000,00 . Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti e i danni estetici.**

L3 - Immersione subacquea con autorespiratore
A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. *14 delimitazione dell'assicurazione - esclusioni*, lettera f), l'assicurazione vale anche per gli 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.
L'indennizzo per Invalidità Permanente è soggetto all'applicazione di una franchigia del 5% .
La presente estensione è operante, **limitatamente ai soli casi di Morte e Invalidità Permanente, fino a concorrenza della somma assicurata e comunque con il massimo di € 150.000,00. Non sono comunque indennizzabili le perdite di denti e i danni estetici.**

M - Deroga alla proroga dell'assicurazione
In deroga all'Art. 7 proroga del contratto - periodo di assicurazione, la polizza cesserà automaticamente alla scadenza contrattuale senza obbligo di disdetta.

SEZIONE V - CONDIZIONI VALIDE ESCLUSIVAMENTE IN CASO DI POLIZZA CON CONTRAENTE UNA SOCIETA'

Capitolo 1 – Condizioni sempre operanti

ART.26 VARIAZIONE DEL CONTRAENTE
Se il Contraente è una persona giuridica organizzata in forma di Società di persone, lo stesso Contraente stipula per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione il contratto continua con l'erede o gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.
In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'onere del pagamento del Premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere il contratto per la parte che lo riguarda.
Nel caso di fusione della Società Contraente, il contratto continua con la Società che rimane sussistente o che risulta dalla fusione. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con la società nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.
Nei casi di scioglimento della Società Contraente o della sua messa in liquidazione il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.
Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi o aventi causa, entro il limite di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Società la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

ART.27 VARIAZIONI DEL PERSONALE ASSICURATO
Qualora nel corso del contrattosi verifichino variazioni di rischio per cambiamento delle attività professionali dichiarate per i singoli assicurati o delle condizioni nelle quali dette attività sono esercitate, il Contraente deve darne immediata comunicazione scritta alla Società.

Se la variazione implica aggravamento di rischio tale che la Società non avrebbe consentito l'assicurazione, essa ha diritto con effetto immediato di recedere dal contratto o di escludere dall'assicurazione gli Assicurati ai quali l'aggravamento si riferisce.

Se la variazione implica aggravamento che comporti un premio maggiore, la Società può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso.

Se invece la variazione implica diminuzione del rischio, la Società deve provvedere a ridurre proporzionalmente il premio, a partire dalla scadenza annuale successiva, notificando al Contraente le condizioni di assicurazione e la misura del nuovo premio ridotto.

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Società, la quale ne prende atto con appendice.

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore ventiquattro del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

ART.28 OBBLIGHI DEL CONTRAENTE NEI CONFRONTI DEGLI ASSICURATI

Nel caso in cui gli Assicurati sostengano in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o siano, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, **il Contraente si impegna a consegnare loro, al momento dell'ingresso in assicurazione, le presenti Condizioni di Assicurazione.**

Il Contraente si obbliga inoltre, qualora siano a lui comunicate dalla Società, a rendere note tempestivamente agli Assicurati le informazioni riferibili a eventuali cessazioni di agenzia, assegnazione di portafoglio ad un nuovo intermediario o ad una nuova impresa, modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale dell'impresa, casi di scissione o di fusione con un'altra impresa.

Capitolo 2 – Condizioni Opzionali operanti solo se espressamente richiamate

N - Deroga altre assicurazioni

A parziale deroga delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente è esonerato dal denunciare altre assicurazioni, stipulate con altre Società assicuratrici, della stessa natura di quelle che formano oggetto della presente polizza.

O - Deroga denuncia infermità

Fermo il disposto dell'Art. 15 *persone non assicurabili,* delle norme che regolano l'assicurazione, il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici e/o mutilazioni di cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione del contratto o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto di cui all'Art. 32 criteri di indennizzabilità - condizioni patologiche preesistenti, delle norme che regolano l'assicurazione.

P - Responsabilità Civile del Contraente

Qualora l'infortunato o, in caso di morte, i beneficiari di cui all'Art. 20, o soltanto qualcuno di essi, non accettino a completa tacitazione per l'infortunio l'indennità dovuta ai sensi della presente polizza ed avanzino verso il Contraente maggiori e ulteriori pretese a titolo di responsabilità civile, l'indennità nella sua totalità, a richiesta del Contraente, viene accantonata per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione delle spese di difesa sostenute dal Contraente, anche ai sensi dell'ultimo comma della presente Condizione Opzionale.

Nell'ipotesi sopra prevista la Società risponde delle maggiori somme che il Contraente fosse tenuto a pagare rispettivamente per morte, invalidità permanente o inabilità temporanea, in eccedenza alle indennità dovute in base alle norme che regolano l'assicurazione e fino ad un limite massimo di **€150.000,00** per persona.

Nel caso di evento che colpisca più persone, il maggior esborso a carico della Società non può superare la somma complessiva di **€1.000.000,00.**

Se con i beneficiari designati in polizza, o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per l'infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'assicurazione prestata con la presente Condizione Particolare vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei beneficiari, fermo sempre il limite di cui sopra. La presente assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a sensi di polizza e non vale per gli infortuni che colpiscano:

– parenti o affini del Contraente, stabilmente con lui conviventi;

– amministratori o soci del Contraente, nel caso si tratti di Società a responsabilità illimitata, e i loro parenti o affini con essi conviventi.

Se per un infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa civile, il Contraente dovrà darne comunicazione alla Società appena ne abbia avuto conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o

loro beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quant'altro riguarda la vertenza.
La Società assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese a termini di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni ad esso competenti.

Q - Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni - Multipli retribuzioni
Per retribuzione s'intende tutto quanto, al lordo delle ritenute, il dipendente effettivamente riceve in compenso delle sue prestazioni, comprese le indennità fisse, i premi, le gratificazioni, i compensi speciali di qualsiasi natura, quando pure abbiano carattere transitorio o di contingenza, la partecipazione agli utili e le provvigioni, nonché l'equivalente in denaro di tutte le corresponsioni in natura.
Per la liquidazione delle indennità è considerata retribuzione dell'infortunato quella annua lorda percepita per i titoli di cui sopranei 12mesi precedenti quello in cui si è verificato l'infortunio. A tale ammontare si aggiungeranno le somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese e corrisposte effettivamente all'infortunato nei 12 mesi precedenti, purché su talisomme sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.
Il Contraente è esonerato dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio **si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga ad esibire in qualsiasi momento insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli.**
Entro sessanta giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione, o del minor periodo di durata del contratto, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società l'ammontare complessivo delle retribuzioni erogate al personale assicurato, affinché la Società stessa possa procedere alla determinazione del premio definitivo.
Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.
Se il Contraente non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti ed il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva, e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
A contratto scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.
La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni.
Se, all'atto della regolazione annuale, il premio consuntivo risultasse superiore di oltre il 50% rispetto a quello anticipato, si farà luogo al proporzionale aumento di quest'ultimo, a partire dalla successiva scadenza annuale, commisurando il premio anticipato in misura non inferiore all'80% dell'ultimo consuntivo.

R - Assicurazione per Categorie o gruppi – Persone non identificate
L'assicurazione viene prestata a favore delle persone appartenenti alle categorie di rischio ed alle somme assicurate indicate in polizza.
La Società rinuncia all'indicazione in polizza dei nominativi degli Assicurati; per la loro identificazione si fa comunque riferimento ai libri di amministrazione del Contraente, che dovrà quindi esibirli alla Società, a semplice richiesta, per eventuali accertamenti e controlli.
Le persone che non siano regolarmente iscritte nei libri di amministrazione del Contraente si ritengono come non comprese nell'assicurazione; parimenti non si considerano assicurate le persone appartenenti a categorie diverse da quelle indicate in polizza.
Il Contraente dichiara che il numero delle persone assicurate per ciascun gruppo corrisponde a quello dei dipendenti effettivamente in servizio con le mansioni ivi specificate e si impegna a denunciare alla Società entro 60 giorni dalla fine di ogni anno di assicurazione o del minor periodo di durata del contratto, le variazioni che saranno intervenute nella consistenza numerica dei dipendenti indicando per ogni variazione la rispettiva data, affinché la Società possa procedere alla regolazione del premio definitivo.
Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro quindici giorni dalla relativa comunicazione. La mancata comunicazione dei dati occorrenti per la regolazione costituisce presunzione di una differenza attiva a favore della Società.
Se il Contraente non effettua nel termine prescritto la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento della differenza attiva dovuta, il premio anticipato in via provvisoria per le rate successive viene considerato in conto o a garanzia di quello relativo all'annualità assicurativa per la quale non ha avuto luogo la regolazione o il pagamento della differenza attiva e l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto.
A contratto scaduto, se il Contraente non adempie agli obblighi relativi alla regolazione del premio, la Società, fermo il diritto di Agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

La somma in ogni caso dovuta alla Società a titolo di premio minimo per ciascun anno o per il minor periodo per il quale la presente polizza avrà avuto vigore, in nessun caso potrà essere inferiore al premio convenuto all'atto della stipulazione del contratto o con successive modificazioni.

In caso di aumento rispetto al premio anticipato, il Contraente è tenuto a pagare, assieme alla differenza di premio dovuta per il periodo trascorso, al quale la regolazione si riferisce, la differenza di premio per la rata successiva in relazione allo stato di rischio risultante alla fine del periodo per il quale è stata effettuata la regolazione stessa.

SEZIONE VI - TABELLA DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
ABBATTITORE DI PIANTE	D	1
ACCOMPAGNATORE TURISTICO	B	2
ACCORDATORE	B	3
ADDETTO AI CALL CENTER	A	4
ADDETTO IMPRESA POMPE FUNEBRI	B	5
ADDETTO IMPRESA PULIZIE (con uso impalcature e simili)	C	6
ADDETTO IMPRESA PULIZIE (senza uso impalcature e simili)	B	7
AFFITTACAMERE	A	8
AGENTE CINEMATOGRAFICO/TEATRALE	B	9
AGENTE DI ASSICURAZIONE	B	10
AGENTE DI BORSA o DI CAMBIO	B	11
AGENTE DI COMMERCIO	B	12
AGENTE DI CUSTODIA	B	13
AGENTE DI VIAGGI	B	14
AGENTE IMMOBILIARE	B	15
AGENTE PUBBLICITARIO	B	16
AGRICOLTORE (con uso macchine agricole)	C	17
AGRICOLTORE (senza uso macchine agricole)	B	18
AGRONOMO	A	19
ALBERGATORE (con lavori manuali)	B	20
ALBERGATORE (titolare, senza lavori manuali)	A	21
ALLENATORE SPORTIVO (escluso arti marziali, lotta, equitazione)	B	22
ALLEVATORE BESTIAME (bovini, equini, suini)	C	23
ALLEVATORE BESTIAME (escluso bovini, equini, suini)	B	24
ALLEVATORE BESTIAME (titolare, senza lavori manuali)	A	25
AMMINISTRATORE (beni propri o altrui)	A	26
ANALISTA	A	27
ANESTESISTA	A	28
ANIMATORE VILLAGGI VACANZE	B	29
ANTENNISTA	C	30
ANTIQUARIO (con restauro)	B	31
ANTIQUARIO (senza restauro)	A	32
APPARTENENTE A FF. AA. o CORPI DI POLIZIA (escluse azioni di repressione ed esercitazioni militari)	C	33
APPRENDISTA (con lavori manuali)	C	34
APPRENDISTA (senza lavori manuali)	A	35
ARBITRO SPORTIVO	B	36
ARCHEOLOGO	C	37
ARCHITETTO (con accesso cantieri e ponteggi)	B	38
ARCHITETTO (senza accesso cantieri e ponteggi)	A	39
ARCHIVISTA	A	40
ARMATORE (navigante)	D	41
ARMATORE (non navigante)	A	42
ARREDATORE	A	43
ARTIERE	C	44
ARTIGIANO	C	45
ARTIGIANO TESSILE	B	46
ASCENSORISTA	D	47
ASSICURATORE (addetto alla produzione)	B	48
ASSISTENTE SOCIALE	B	49
ASSISTENTE UNIVERSITARIO	A	50
ASTRONOMO	A	51
ATTORE (senza scene pericolose)	B	52
ATTREZZISTA	C	53
ATTUARIO	A	54
AUTISTA DI PIAZZA	B	55
AUTO-MOTO-CICLO NOLEGGIATORE	B	56

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
AUTO-MOTO-CICLO RIPARATORE	C	57
AUTOTRASPORTATORE (con carico e scarico)	D	58
AUTOTRASPORTATORE (senza carico e scarico)	C	59
AUTOTRASPORTATORE (titolare, senza guida autocarri né lavori manuali)	A	60
AVVOCATO	A	61
BABYSITTER	A	62
BADANTE	B	63
BAGNINO	B	64
BALLERINO	B	65
BANCARIO	A	66
BANCHIERE	A	67
BARBIERE	A	68
BARISTA/BARMAN	B	69
BENESTANTE (senza occupazioni di lavoro)	A	70
BENZINAIO (compreso manutenzione e autolavaggio)	C	71
BENZINAIO (escluso manutenzione e autolavaggio)	B	72
BIBLIOTECARIO	A	73
BIDELLO	B	74
BIOLOGO	A	75
BOSCAIOLO	D	76
BOTANICO	A	77
BRACCIANTE (con uso macchine agricole)	D	78
BRACCIANTE (senza uso macchine agricole)	B	79
CALDAISTA	C	80
CALZOLAIO	B	81
CAMERAMAN	A	82
CAMERIERE	B	83
CAMICIAIA	A	84
CAMIONISTA (con carico e scarico)	D	85
CAMIONISTA (senza carico e scarico)	C	86
CANTANTE	B	87
CANTONIERE	B	88
CAPO CANTIERE (con lavori manuali)	C	89
CAPO CANTIERE (senza lavori manuali)	B	90
CAPO FABBRICA (con lavori manuali)	C	91
CAPO FABBRICA (senza lavori manuali)	B	92
CAPO OFFICINA (con lavori manuali)	C	93
CAPO OFFICINA (senza lavori manuali)	B	94
CAPO OPERAIO	C	95
CAPOMASTRO (con lavori manuali)	C	96
CAPOMASTRO (senza lavori manuali)	B	97
CAPOSTAZIONE	A	98
CAPOTRENO	B	99
CARBURATORISTA	C	100
CARPENTIERE	D	101
CARPENTIERE (senza accesso a ponteggi e impalcature)	C	102
CARROZZIERE	C	103
CARTOLAIO	A	104
CASALINGA	A	105
CASARO	B	106
CASELLANTE	B	107
CASSIERE	A	108
CAVATORE (in cave a giorno senza uso di mine)	C	109
CENTRALINISTA	A	110
CERAMISTA	B	111
CHIMICO (senza contatto materiali esplodenti)	B	112

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
COLLABORATORE FAMILIARE	B	113
COMMERCIALISTA	A	114
COMMERCIANTE ABBIGLIAMENTO (o addetto)	A	115
COMMERCIANTE ACCESSORI AUTO (o addetto)	B	116
COMMERCIANTE ALIMENTARI/MINIMARKET (o addetto)	B	117
COMMERCIANTE ANIMALI DOMESTICI (o addetto)	B	118
COMMERCIANTE ARTICOLIDA REGALO e CHINCAGLIERIA (o addetto)	A	119
COMMERCIANTE ARTICOLI EDILIZIA (o addetto)	C	120
COMMERCIANTE ARTICOLI FOTOGRAFICI e OTTICA (o addetto)	A	121
COMMERCIANTE ARTICOLI IDRAULICI/ELETTRICI (o addetto)	B	122
COMMERCIANTE ARTICOLI IGIENICO/SANITARI (o addetto)	B	123
COMMERCIANTE ARTICOLI SPORTIVI (o addetto)	A	124
COMMERCIANTE AUTO e MOTOVEICOLI (o addetto)	A	125
COMMERCIANTE CACCIA e PESCA (o addetto)	A	126
COMMERCIANTE CALZATURE (o addetto)	A	127
COMMERCIANTE CARTOLERIA (o addetto)	A	128
COMMERCIANTE CASALINGHI(o addetto)	A	129
COMMERCIANTECOMBUSTIBILI (o addetto)	C	130
COMMERCIANTE COMPUTER ed ELETTRONICA (o addetto)	A	131
COMMERCIANTE CONCIMI (o addetto)	A	132
COMMERCIANTE DISCHI, MUSICA, STRUMENTI MUSICALI (o addetto)	A	133
COMMERCIANTE DOLCIUMI (o addetto)	A	134
COMMERCIANTE ELETTRODOMESTICI (o addetto)	B	135
COMMERCIANTE FERRAMENTA (o addetto)	B	136
COMMERCIANTE FIORI e PIANTE (o addetto)	A	137
COMMERCIANTE FRUTTA e VERDURA (o addetto)	B	138
COMMERCIANTE GIOCATTOLI(o addetto)	A	139
COMMERCIANTE LATTE e LATTICINI (o addetto)	A	140
COMMERCIANTE LEGNAME (o addetto)	C	141
COMMERCIANTE LIBRI (o addetto)	A	142
COMMERCIANTE LUBRIFICANTI (o addetto)	B	143
COMMERCIANTE MACCHINARI (o addetto)	B	144
COMMERCIANTE MANGIMI (o addetto)	A	145
COMMERCIANTE MATERIE FERROSE (o addetto)	C	146
COMMERCIANTE MATERIE PLASTICHE (o addetto)	A	147
COMMERCIANTE MEDICINALI (o addetto)	A	148
COMMERCIANTE MERCERIE (o addetto)	A	149
COMMERCIANTE MOBILI (o addetto)	B	150
COMMERCIANTE PELLAMI (o addetto)	A	151
COMMERCIANTE PELLICCE (o addetto)	A	152
COMMERCIANTE PESCI (o addetto)	A	153
COMMERCIANTE PREZIOSI (o addetto)	B	154
COMMERCIANTE PROFUMI (o addetto)	A	155
COMMERCIANTE TAPPETI (o addetto)	A	156
COMMERCIANTE TESSUTI (o addetto)	A	157
COMMERCIANTE UOVA e POLLAMI (o addetto)	A	158
COMMERCIANTE VALIGIE e BORSE	A	159

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
(o addetto)		
COMMERCIANTE VERNICI E COLORI (o addetto)	B	160
COMMERCIANTE VETRI (o addetto)	C	161
COMMERCIANTE VINI e LIQUORI (o addetto)	B	162
COMMESSO VIAGGIATORE	B	163
CONCERTISTA	A	164
CONCIATORE	C	165
CONDUCENTE AUTOBUS EXTRAURBANI	C	166
CONDUCENTE AUTOBUS URBANI e FILOBUS	B	167
CONDUCENTE MEZZI PUBBLICI (no extraurbani)	B	168
CONDUTTORE MACCHINE AGRICOLE e OPERATRICI	D	169
CONSULENTE DEL LAVORO E PER LA SICUREZZA	A	170
CONTROLLORE (su automezzi pubblici o treni)	B	171
COREOGRAFO	B	172
CORNICIAIO	B	173
CORRIERE	C	174
COSTRUTTORE EDILE	C	175
COSTRUTTORE EDILE (senza lavori manuali)	B	176
CRITICO D'ARTE	A	177
CROMATORE	B	178
CRONISTA	B	179
CUOCO	B	180
CUSTODE	B	181
DECORATORE	B	182
DENTISTA	A	183
DIRETTORE D'ORCHESTRA	A	184
DIRIGENTE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)	B	185
DIRIGENTE (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)	A	186
DISEGNATORE	A	187
DOCENTE UNIVERSITARIO	A	188
DOGANIERE	B	189
DOMESTICO	B	190
DROGHIERE	B	191
EBANISTA	C	192
ECONOMO	A	193
EDITORE	A	194
ELETTRAUTO	C	195
ELETTRICISTA	C	196
ELETTROMECCANICO	C	197
ELETTROTECNICO (anche all'esterno e alta tensione)	C	198
ELETTROTECNICO (solo all'interno senza alta tensione)	B	199
ENOLOGO	A	200
ERBORISTA	A	201
ESCAVATORE	D	202
ESPORTATORE	A	203
ESTETISTA	A	204
FABBRO	C	205
FACCHINO	D	206
FALEGNAME	C	207
FANTINO	D	208
FARMACISTA	A	209
FATTORE AGRICOLO (con uso macchine agricole)	C	210
FATTORE AGRICOLO (senza uso macchine agricole)	B	211
FATTORINO	B	212
FERROVIERE (escluso personale viaggiante)	A	213
FERROVIERE (macchinista)	C	214
FERROVIERE (personale viaggiante, escluso	B	215

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
macchinisti)		
FISICO	A	216
FISIOTERAPISTA	A	217
FLORICOLTORE	B	218
FORNAIO	B	219
FOTOGRAFO (all'interno, studi di posa)	A	220
FOTOGRAFO / FOTOREPORTER (in esterni)	B	221
FOTOMODELLO	A	222
FRIGORISTA	C	223
FRUTTICOLTORE	B	224
FUNZIONARIO AMMINISTRATIVOVO	A	225
GARAGISTA	B	226
GARAGISTA (titolare, senza lavori manuali)	A	227
GELATAIO (con produzione)	B	228
GELATAIO (senza produzione)	A	229
GEOLOGO	B	230
GEOMETRA (con accesso cantieri e ponteggi)	B	231
GEOMETRA (senza accesso cantieri e ponteggi)	A	232
GESTORE (senza lavori manuali)	A	233
GESTORE Bed & Breakfast	A	234
GIARDINIERE	B	235
GINECOLOGO	A	236
GIOIELLIERE	B	237
GIORNALAIO	A	238
GIORNALISTA o PUBBLICISTA	B	239
GIUDICE	A	240
GOMMISTA	C	241
GOVERNANTE	A	242
GRAFICO	A	243
GRUISTA	D	244
GUARDACACCIA	B	245
GUARDAPESCA	B	246
GUARDAROBIERA	A	247
GUARDIA ACQUE DEMANIALI	B	248
GUARDIA CAMPESTRE	B	249
GUARDIA FORESTALE	B	250
GUARDIA MUNICIPALE	B	251
GUIDA TURISTICA	B	252
HOSTESS e STEWARD (presso stand commerciali)	B	253
IDRAULICO	C	254
IGIENISTA DENTALE	A	255
IMPIEGATO(con mansioni esterne, compreso accesso cantieri, officine, ponteggi)	B	256
IMPIEGATO (con mansioni interne, senza accesso cantieri, officine, ponteggi)	A	257
IMPORTATORE	A	258
IMPRENDITORE (escluso edilizia, con lavori manuali e accesso a cantieri e officine)	C	259
IMPRENDITORE (escluso edilizia, senza lavori manuali ma con accesso a cantieri e officine)	B	260
IMPRENDITORE (senza lavori manuali né accesso a cantieri e officine)	A	261
IMPRENDITORE EDILE(con lavori manuali e accesso cantieri e ponteggi)	C	262
IMPRENDITORE EDILE(senza lavori manuali ma con accesso cantieri e ponteggi)	B	263
IMPRENDITORE POMPE FUNEBRI	B	264
IMPRESARIO	A	265
INCISORE	B	266
INDOSSATORE/INDOSSATRICE	B	267
INDUSTRIALE (con lavori manuali e accesso cantieri, officine)	C	268
INDUSTRIALE (senza lavori manuali ma con accesso cantieri, officine)	B	269
INDUSTRIALE (senza lavori manuali né accesso cantieri, officine)	A	270
INFANTE	A	271
INFERMIERE (escluso reparti psichiatrici)	B	272

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
INFERMIERE (in reparti psichiatrici)	C	273
INGEGNERE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)	B	274
INGEGNERE(senza accesso cantieri, officine, ponteggi)	A	275
INSEGNANTE (escluso materie professionali, tecniche, educazione fisica)	A	276
INSEGNANTE (materie professionali, tecniche, educazione fisica)	B	277
INSERVIENTE	C	278
INSTALLATORE DISTRIBUTORI AUTOMATICI (compresa manutenzione)	C	279
INSTALLATORE SERRAMENTI, TENDE e VENEZIANE(anche con uso ponteggio impalcature)	C	280
INSTALLATORE SERRAMENTI, TENDE e VENEZIANE (senza uso ponteggi o impalcature)	B	281
INTERPRETE	A	282
INTONACATORE (anche esterni)	C	283
INTONACATORE (solo interni)	B	284
INVESTIGATORE PRIVATO	B	285
ISTRUTTORE DI NUOTO	B	286
ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA	B	287
LAMINATORE	C	288
LATTAIO	A	289
LATTONIERE	C	290
LAVANDAIA	B	291
LEGATORE DI LIBRI	B	292
LIBRAIO	A	293
LINOTIPISTA	B	294
LITOGRAFO	B	295
LOGOPEDISTA/LOGOTERAPISTA	A	296
LUCIDATORE MARMI	B	297
LUCIDATORE METALLI	B	298
LUCIDATORE MOBILI	B	299
LUCIDATORE PAVIMENTI	B	300
LUCIDATORE PELLI	B	301
MACCHINISTA	C	302
MACELLAIO (al banco, senza macellazione)	C	303
MACELLAIO (con macellazione)	D	304
MAESTRO DI SCHERMA	B	305
MAESTRO DI SCI	B	306
MAESTRO DI TENNIS	B	307
MAGAZZINIERE	B	308
MAGGIORDOMO	A	309
MAGISTRATO	A	310
MAGLIERISTA	B	311
MAÎTRE D'HOTEL	A	312
MANDRIANO	D	313
MANICURE	A	314
MANISCALCO	D	315
MANOVALE	C	316
MANOVRATORE	B	317
MARITTIMO	D	318
MARMISTA	C	319
MASSAGGIATORE	A	320
MATERASSAIO	B	321
MECCANICO	C	322
MECCANICO CICLISTA	B	323
MECCANICO DENTISTA	A	324
MECCANICO DI PRECISIONE	B	325
MEDICO	A	326
METEOROLOGO	A	327
MEZZADRO (con uso macchine agricole)	C	328
MEZZADRO (senza uso macchine agricole)	B	329
MINISTRO DI CULTO	A	330
MOBILIERE	C	331
MODISTA	A	332

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
MOTORISTA	C	333
MUGNAIO	C	334
MURATORE	C	335
MUSICISTA	B	336
NOLEGGIATORE BARCHE	B	337
NOTAIO	A	338
ODONTOTECNICO	B	339
OMBRELLAIO	B	340
OPERAIO	C	341
OPERATORE CENTRI ELABORAZIONE DATI	A	342
OPERATORE CINEMATOGRAFICO	B	343
OPERATORE ECOLOGICO	B	344
ORAFO	A	345
ORCHESTRALE	A	346
OREFICE	B	347
OROLOGIAIO	A	348
ORTICOLTORE (con uso macchine agricole)	C	349
ORTICOLTORE(senza uso macchine agricole)	B	350
ORTOPEDICO	A	351
OSTE	B	352
OSTETRICA	A	353
OTTICO	A	354
PALAFRENIERE	C	355
PANETTIERE(commerciante o addetto, senza produzione)	A	356
PANIFICATORE	B	357
PANTALONAIA	A	358
PARAMEDICO (escluso reparti psichiatrici)	B	359
PARAMEDICO (in reparti psichiatrici)	C	360
PARRUCCHIERE	A	361
PASTAIO	B	362
PASTICCIERE (commerciante o addetto, senza produzione)	A	363
PASTICCIERE (con produzione)	B	364
PASTORE	C	365
PAVIMENTATORE	B	366
PEDICURE	A	367
PELLETTIERE	B	368
PELLICCIAIO(commerciante o addetto, senza lavori manuali)	A	369
PENSIONATO	A	370
PERFORATRICE	A	371
PERITOEDILE(con accesso cantieri, ponteggi, impalcature)	B	372
PERITO EDILE (senza accesso cantieri, ponteggi, impalcature)	A	373
PERITO ELETTROTECNICO	C	374
PERITO INDUSTRIALE	B	375
PERITO TECNICO	B	376
PESCATORE	D	377
PESCATORE (solo acque interne)	C	378
PIASTRELLISTA	B	379
PIAZZISTA	B	380
PILOTA DI PORTO	C	381
PITTORE ARTISTA	A	382
PITTORE EDILE	C	383
PITTORE EDILE(solo interni, escluso ponteggi e impalcature)	B	384
PIZZAIOLO	B	385
PODOLOGO	A	386
PORTALETTERE	B	387
PORTIERE	B	388
PORTUALE	D	389
PORTUALE (escluso facchini e scaricatori)	C	390
POSSIDENTE (senza occupazioni di lavoro)	A	391
PRELATO	A	392
PREPARATORE ATLETICO	B	393
PRESIDE	A	394
PRESTIGIATORE	B	395

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
PROCACCIATORE D'AFFARI	B	396
PROCURATORE DI BORSA	B	397
PROCURATORE SPORTIVO	B	398
PRODUTTORE CINE-TEATRALE	A	399
PROGETTISTA (senza lavori manuali)	A	400
PROGRAMMATORE ELETTRONICO	A	401
PROGRAMMATORE INFORMATICO o SISTEMISTA	A	402
PROMOTORE FINANZIARIO	B	403
PROPAGANDISTA	B	404
PROPRIETARIO TERRIERO (senza lavori manuali)	A	405
PSICOLOGO o PSICANALISTA	A	406
PUBBLICITARIO	A	407
PUERICULTRICE	A	408
PULITORE VETRI	C	409
RADIOTECNICO (compresa installazione antenne)	C	410
RADIOTECNICO (esclusa installazione antenne)	B	411
RAGIONIERE	A	412
RAMMENDATRICE	B	413
RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO	B	414
REGISTA (senza scene pericolose)	B	415
RESTAURATORE MOBILI	B	416
RESTAURATORE OPERE D'ARTE (compreso accesso a ponteggi e impalcature)	B	417
RETTORE	A	418
REVISORE CONTABILE	A	419
RICAMATRICE	B	420
RICERCATORE UNIVERSITARIO	A	421
RIGATTIERE	B	422
RILEGATORE DI LIBRI	A	423
RIPARATORE ARTICOLI IN PELLE	B	424
RIPARATORE RADIO TV (compresa installazione antenne)	C	425
RIPARATORE RADIO TV (escluso installazione antenne), COMPUTER, ELETTRODOMESTICI	B	426
RISTORATORE	B	427
ROSTICCIERE	B	428
SACERDOTE	A	429
SACRESTANO	A	430
SALDATORE	C	431
SALUMIERE	B	432
SARTO	A	433
SCALPELLINO	C	434
SCENOGRAFO (senza scene pericolose)	B	435
SCOLARO	A	436
SCRITTORE	A	437
SCULTORE	B	438
SINDACALISTA	B	439
SOCIOLOGO	A	440
SOUBRETTE	B	441
SOVRINTENDENTE ALLE ARTI	A	442
SPEDIZIONIERE	C	443
SPEDIZIONIERE (titolare, senza lavori manuali)	A	444
SPELEOLOGO	D	445
STAGISTA (con lavori manuali)	C	446
STAGISTA (senza lavori manuali)	A	447
STALLIERE	D	448
STENOGRAFO	A	449
STILISTA	B	450
STRADINO	C	451
STUDENTE (istruzione primaria e secondaria)	A	452
STUDENTE (universitario e master)	A	453
SUORA	A	454
TABACCAIO	A	455
TAPPEZZIERE	B	456
TASSISTA	B	457

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
TELEFONISTA	A	458
TERMOIDRAULICO	C	459
TESSITORE	B	460
TINTORE	B	461
TIPOGRAFO	B	462
TIROCINANTE (con lavori manuali)	C	463
TIROCINANTE (senza lavori manuali)	A	464
TITOLARE AZIENDA/IMPRESA (senza lavori manuali)	A	465
TITOLARE BAR, CAFFÈ, BIRRERIA	B	466
TOELETTATORE	B	467
TORNITORE	C	468
TRADUTTORE	A	469
TRANVIERE	B	470
TRATTORISTA	C	471
TREBBIATORE	C	472

ATTIVITÀ	CLASSE	CODICE
TRUCCATORE	A	473
UFFICIALE GIUDIZIARIO	B	474
UFFICIALE MARINA MERCANTILE	D	475
UROLOGO	A	476
USCIERE	A	477
VENDITORE AMBULANTE	C	478
VERNICIATORE	B	479
VESCOVO	A	480
VETERINARIO	B	481
VETRAIO	C	482
VETRINISTA	A	483
VETTURINO	C	484
VIGILE URBANO (ogni ruolo e grado)	B	485
VIVAISTA	B	486
VULCANIZZATORE	C	487

SEZIONE VII - COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

NORME PER LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI INFORTUNI

ART.29 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto, devono darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 C.C.
L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 C.C.

ART.30 DENUNCIA DELL'INFORTUNIO E ONERI RELATIVI

Fermo quanto previsto dall'Art. *29 obblighi in caso di sinistro*, la denuncia del sinistro sottoscritta dall'Assicurato o in caso di impedimento per le conseguenze riportate, dai suoi aventi diritto, deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.
Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, deve consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società stessa. L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.
L'inadempimento degli obblighi sopraindicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Relativamente alle garanzie infortuni sotto riportate valgono le seguenti disposizioni:

- **Inabilità temporanea: l'indennizzo per inabilità temporanea sarà corrisposto dietro presentazione dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata dell'inabilità temporanea e decorre dalle ore 24 del giorno dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dalle ore 24 del giorno della denuncia e cessa alle ore 24 dell'ultimo giorno di inabilità.**
  La liquidazione dell'indennizzo sarà effettuata con presentazione di certificato medico attestante la guarigione avvenuta.

- **Indennità per solo ricovero o per ricovero e convalescenza: la domanda per ottenere l'indennizzo, corredata dei documenti giustificativi comprovanti la causa e la durata del ricovero o del Day Hospital, deve essere presentata alla Società entro il novantesimo giorno successivo a quello in cui è terminata la degenza.**

- **Rimborso spese mediche da infortunio: il rimborso delle spese effettivamente sostenute dall'Assicurato viene effettuato dietro presentazione degli originali delle notule, distinte e ricevute. Le stesse, se richieste, verranno restituite previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo rimborsato.**

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenere 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, il rimborso sarà effettuato in Italia ed in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.
La Società, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo dovuto, provvede entro 30 giorni al pagamento.

ART.31 RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

ART.32 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ - CONDIZIONI PATOLOGICHE PREESISTENTI

La Società corrisponderà l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio, che siano indipendenti da menomazioni e da condizioni patologiche preesistenti.
In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali, d icui Art. *21 invalidità permanente, tabella delle valutazioni del grado I.P.,*o dalla tabella INAIL di cui alla Condizione Opzionale C, se resa operante, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

ART.33 CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Nei casi di ricovero, Day Hospital o Day Surgery, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato a degenza ultimata, previa presentazione alla Società della cartella clinica definitiva, in originale, indicante la natura e l'esito dell'infortunio, nonché il giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di cura ovvero i giorni di degenza in regime di Day Hospital o Day Surgery.

Nel caso di gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione della documentazione medica necessaria per la determinazione del giorno dell'applicazione della gessatura e della sua rimozione nonché della documentazione strumentale attestante la lesione che ha reso necessaria la gessatura.

Nel caso di frattura ossea che non comporti gessatura, il pagamento dell'indennizzo viene effettuato previa presentazione del referto comprovante la frattura e del certificato del medico con la prescrizione dei giorni di prognosi.

ART.34 CAMBIAMENTO DELL'ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Fermo il disposto degli Artt. ***1 dichiarazioni relative alle circostanze del rischio*****,** ***5 aggravamento del rischio*****,** ***6 diminuzione del rischio*** **e** ***14 delimitazione dell'assicurazione - esclusioni*****, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale principale o secondaria dichiarata in polizza, senza che il Contraente, o l'Assicurato, ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività, l'indennizzo sarà corrisposto:**

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

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INDENNIZZO

Attività dichiarata in polizza	Percentuali di indennizzo in base alla classe di attività svolta al momento del sinistro			
CLASSE	**A**	**B**	**C**	**D**
A	100	**75**	**60**	**50**
B	100	100	**75**	**60**
C	100	100	100	**75**
D	100	100	100	100

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "**Tabella delle attività professionali**" riportata nelle presenti Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, ove sono indicate anche le corrispondenti classi di rischio.

Per la classificazione di attività non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata. Qualora l'attività svolta al momento del sinistro non possa essere classificata neppure utilizzando tali criteri, la stessa deve considerarsi non assicurabile, e pertanto l'indennizzo non sarà corrisposto ai sensi dell'Art. 1898C.C..

Ove non diversamente indicato o non implicito nella descrizione dell'attività dichiarata in polizza, si intende che l'attività svolta dall'Assicurato non comporta, neppure saltuariamente:

- **l'accesso a cantieri, impalcature, ponteggi, officine, industrie in genere;**
- **l'utilizzo di macchinari industriali, macchine operatrici o macchine agricole;**
- **il contatto con materiali radioattivi, corrosivi, velenosi, esplodenti.**

In caso di infortunio occorso durante lo svolgimento di un'attività comportante una o più delle fattispecie elencate ai tre punti precedenti, varrà quanto stabilito nel presente articolo al riguardo dello svolgimento di un'attività diversa da quella dichiarata.

ART.35 PAGAMENTO ANTICIPATO DELL'INDENNIZZO

L'Assicurato che ha subito una invalidità permanente di grado superiore al 30% ha diritto di richiedere il pagamento di un acconto fino ad un massimo del 50% dell'importo minimo che dovrebbe essere indennizzato in base alle risultanze acquisite, a condizione che non siano insorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e che l'indennizzo complessivo prevedibile non sia inferiore a €. 50.000,00. La Società potrà riconoscere l'anticipo non oltre 120 giorni dalla data del sinistro e non prima di 30 giorni dalla richiesta di anticipo. Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità permanente e dell'inabilità temporanea accertata in via definitiva dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "Anticipo indennizzo", la Società ha diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

ART.36 RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Dopo la denuncia di ogni sinistro, indennizzabile a termini di polizza e fino al sessantesimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi mediante lettera raccomandata o PEC.

In caso di recesso esercitato da una delle Parti, la Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso rimborsa la parte di premio netto effettivamente pagata relativa al periodo intercorrente fra la data di annullamento e la scadenza prevista.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o di qualunque altro atto, non potranno in alcun modo essere interpretati come rinuncia alla facoltà di recesso.

ART.37 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro, sulle sue conseguenze, nonché sull'applicazione dell'Art. *21 invalidità permanente, tabella delle valutazioni del grado I.P.,* o della Condizione Particolare C – *Tabella INAIL (Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente)* - se resa operante - possono essere demandate con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle Condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede 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 metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, dare digersi 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 relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

ART.38 ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI

Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891C.C..

SEZIONE VIII - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

LA GARANZIA È OPERANTE PER OGNI ASSICURATO PER IL QUALE SIA STATO INDICATO IL RELATIVO PREMIO NELLA SCHEDA DI POLIZZA

L'assicurazione è valida in conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio per le seguenti prestazioni, previa attivazione della Struttura Organizzativa con le modalità previste all'Art. 58 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi.

- *Capitolo 1 – Assistenza*

ART.39 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto, direttamente o tramite il proprio medico curante, con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

ART.40 INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO IN ITALIA

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un medico dalleore20,00 alleore8,00onei giorni festivi, e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento mediante autoambulanza dell'Assicurato nel centro medicoidoneo più vicino.

ART.41 INVIO DI UN INFERMIERE A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

ART.42 INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone la Società l'onorario fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

ART.43 CONSEGNA MEDICINALI ED ARTICOLI SANITARI URGENTI A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e/o articoli sanitari e non possa allontanarsi dal proprio domicilio, o dal luogo in cui si trova, per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante. Il costo dei medicinali e/o degli articoli sanitari rimane a carico dell'Assicurato.

ART.44 CONSEGNA SPESA A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, in seguito a ricovero in istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.

I costi dei beni acquistati dovranno essere anticipati all'incaricato e resteranno a carico dell'Assicurato.

ART.45 COLLABORATRICE FAMILIARE

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia stato ricoverato in istituto di cura per un periodo superiore a 5 giorni esia temporaneamente invalido e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di € 200,00 per sinistro.

ART.46 TRASPORTO IN AUTOAMBULANZA IN ITALIA

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente un'autoambulanza, tenendo la Società a proprio carico la relativa spesa.

ART.47 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia affetto da una patologia che venga ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà:

a) a individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;

b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:

– aereo sanitario;

– aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;

– treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
– autoambulanza, senza limiti di percorso.

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

c) ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese. **Non danno luogo alla prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.**

ART.48 RIENTRO DAL CENTRO OSPEDALIERO ATTREZZATO

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. 47 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:
– aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
– treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
– autoambulanza, senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica ed infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa.

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilirei necessari contatti. **Le prestazioni di cui agli articoli da 49 a 56 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato.**

ART.49 RIENTRO SANITARIO

Qualora a seguito di infortunio le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto, rendano necessario il suo trasporto in un istituto di cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:
– aereo sanitario;
– aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
– treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
– autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

La Struttura Organizzativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica od infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della Struttura Organizzativa stessa. **Massimale**
La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi ***fino ad un massimo di euro 7.000,00 per sinistro e per anno assicurativo.***

Non danno luogo alla prestazione le infermità o lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La prestazione inoltre non è dovuta qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addivengano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

ART.50 RIENTRO CON UN FAMILIARE

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'Art. 49 che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

Massimale

La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico i costi ***fino ad un massimo di euro 500,00 per sinistro e per anno assicurativo.***

ART.51 ANTICIPO SPESE MEDICHE

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, debba sostenere delle spese mediche impreviste, e non gli sia possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa pagherà, per conto dell'Assicurato, le fatture fino ad un importo massimo di € 1.000,00 per sinistro.

La prestazione non è operante:

− nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;

− se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;

− se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.

L'Assicurato dovrà rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

ART.52 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

Qualora, a seguito di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in istituto di cura per un periodo superiore a sette giorni, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico la relativa spesa. **Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.**

ART.53 ACCOMPAGNAMENTO DI MINORI

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato, accompagnato da minori di 15 anni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare convivente, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico le relative spese. **Non sono previste le spese di soggiorno del familiare.**

ART.54 AUTISTA A DISPOSIZIONE

Qualora l'Assicurato si trovi impossibilitato a guidare il proprio veicolo a seguito di infortunio, e nessuno degli eventuali passeggeri sia in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione un autista per ricondurre il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso, secondo l'itinerario più breve. La Società terrà a proprio carico l'onorario dell'autista, mentre restano a carico dell'Assicurato le spese relativeal carburante e ad eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).

Nel caso in cui l'Assicurato rientrasse senza attendere l'autista, deve specificare il luogo dov'è in custodia il veicolo da ritirare e lasciare sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.

ART.55 PROLUNGAMENTO DEL SOGGIORNO

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio comprovato da certificazione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizzerà il prolungamento del suo soggiorno in albergo **(limitatamente al pernottamento e alla prima colazione),** tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data stabilita per il rientro dal viaggio e fino ad un massimo di € 60,00 al giorno. Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

ART.56 RIENTRO SALMA

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato sia deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 3.000,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più assicurati.

Se tale prestazione comportasse un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momentoin cui in Italia la Struttura Organizzativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

ART.57 ESCLUSIONI ED EFFETTI GIURIDICI RELATIVI A TUTTE LE PRESTAZIONI

1) Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo, per ogni anno di validità della polizza.

2) La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero, nel corso di ciascun anno di validità della polizza, è di 60 giorni.

3) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;

b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;

c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;

d) infortuni derivanti da atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale. Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

4) L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo e anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.

5) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

6) La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.

7) Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 C.C.

8) Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.

Capitolo 2 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

ART.58 DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

Per la denuncia del sinistro e per poter usufruire delle prestazioni, sarà necessario contattare la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, come qui di seguito indicato:

- per telefono al numero verde 800 71.38.83
- per telefono al numero +39 02 58.28.67.65
- per telegramma indirizzato Europ Assistance Italia S.p.A. - Piazza Trento, 8 - 20135 MILANO

In ogni caso dovranno essere fornite le seguenti informazioni:
– il tipo di assistenza di cui si necessita;
– cognome e nome del richiedente;
– numero di polizza preceduto dalla sigla **ABLE** (per gli assicurati identificati in polizza);
– numero di polizza preceduto dalla sigla **COEB** (per gli assicurati NON identificati in polizza);
– indirizzo del luogo in cui si trova;
– numero telefonico dove reperirlo nel corso dell'assistenza.
La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

ALLEGATO 1 - MODULO DENUNCIA SINISTRO INFORTUNI

Da inoltrare all'intermediario assicurativo al quale è assegnata la Polizza o alla Compagnia.

POLIZZA N.	CONTRAENTE

ASSICURATO (Persona che ha subito l'infortunio)

Cognome	Nome
Indirizzo	
Telefono	Mail

Io sottoscritto, Assicurato della polizza sopra indicata, in merito all'infortunio avvenuto in data_____

luogo_____denuncio di seguito la dinamica dell'evento:

TESTIMONI (riportare le generalità – indirizzo – professione)

Pronto Soccorso SI / NO *(allegare eventuale documentazione medica in originale della struttura sanitaria)*

Autorità intervenute:

Denuncia di eventuali precedenti infortuni:

Io sottoscritto dichiaro che:

- ☐ non esistono a mio nome altre polizze infortuni;
- ☐ esistono altre polizze infortuni a mio nome che specifico di seguito:
  - Compagnia .....
  - Polizza n. _____

Data compilazione denuncia_____

Firma dell'Assicurato _____