

PROTEZIONE LINEA PERSONA

Contratto che tutela l'Assicurato dagli infortuni e dalle malattie

Il presente documento contrattuale (Edizione 01/2019), contenente:

- Glossario
- Condizioni di assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

ATTIVITÀ RICREATIVA:

l'attività svolta nel tempo libero, a scopo ludico, senza finalità di lucro.

ATTIVITÀ AGONISTICA:

forma di attività sportiva praticata sistematicamente e/o continuativamente soprattutto in forma organizzata dalle federazioni sportive nazionali, dagli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI e dal Ministero della Pubblica Istruzione relativamente ai giochi della Gioventù a livello nazionale per il conseguimento di prestazioni sportive di un certo livello.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE:

attività, dichiarata nella Scheda di polizza, che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, che comporta qualsiasi tipo di remunerazione che costituisce fonte di reddito o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

ATTIVITÀ SPORTIVA DILETTANTISTICA:

ogni pratica sportiva che comporta remunerazione anche solo sotto forma di rimborso spese.

ATTIVITÀ SPORTIVA PROFESSIONISTICA:

ogni pratica sportiva che comporta qualsiasi tipo di remunerazione e/o contributo di qualunque natura che costituisce fonte di reddito nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI, svolta in maniera continuativa.

BENEFICIARIO:

il soggetto che viene designato a ricevere l'indennizzo in caso di morte dell'Assicurato.

CLASSE DI RISCHIO:

l'insieme delle attività che, ai fini dell'assicurazione dei rischi professionali, presentano lo stesso grado di pericolosità del rischio.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

CONVALESCENZA:

il periodo successivo ad un ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di polizza.

DAY HOSPITAL:

la degenza diurna, senza pernottamento, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici e/o chirurgici.

DIFETTO FISICO O MALFORMAZIONE:

perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).

ERNIA:

fuoriuscita di un viscere (intendendo per "viscere" un organo contenuto in una delle cavità presenti in un organismo) dalla cavità che normalmente lo contiene.

FRANCHIGIA:

l'importo espresso in cifra fissa, percentuale o giorni che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

INABILITÀ TEMPORANEA:

l'impedimento temporaneo dell'Assicurato, totale o parziale, ad attendere alle sue occupazioni.

INDENNIZZO/RIMBORSO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

INGESSATURA:

ogni mezzo di contenzione, rigido e non rimovibile, comunque immobilizzante e prescritto da personale medico, comprese le osteosintesi e i fissatori esterni. Sono compresi i bendaggi elastici anche se adesivi limitatamente al trattamento o riduzione di una frattura radiograficamente accertata.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi a seguito di malattia.

INVALIDITÀ PERMANENTE SPECIFICA:

la perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato all'esercizio della propria professione dichiarata in polizza.

ISTITUTO DI CURA:

l'ospedale pubblico, la clinica o la casa di cura, sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati all'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e soggiorno, nonché gli Istituti di lunga degenza e gli Istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici.

IVASS:

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

MALATTIA:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALFORMAZIONE/DIFETTO FISICO:

ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico che sia evidente o clinicamente diagnosticabile.

MASSIMALE:

somma indicata nella Scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di risarcimento in caso di sinistro.

POLIZZA:

il documento che prova l'assicurazione.

POLIZZA CUMULATIVA:

la polizza in cui Assicurato e Contraente non si identificano in un unico soggetto, indipendentemente dal numero delle persone assicurate. Nella polizza cumulativa il premio viene pagato dal Contraente senza che questo venga richiesto, sotto forma di "quota", ad ogni singolo Assicurato.

POST-RICOVERO:

il periodo di convalescenza successivo al ricovero.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO:

il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 c.c. e che forma parte integrante della polizza.

RICOVERO:

la degenza in Istituto di Cura anche in regime di Day Hospital.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

RISCHIO IN ITINERE:

infortunio verificatosi durante il percorso più agevole, in termini di tempo e spazio, per recarsi dal proprio domicilio, o residenza, al luogo di lavoro e viceversa.

ROTTURA SOTTOCUTANEA DEI TENDINI:

lacerazione parziale o totale di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo.

SCOPERTO:

la percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro. Il suo ammontare, essendo espresso in percentuale sul danno, non è definibile a priori.

SFORZO:

dispiego improvviso ed anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.

SINISTRO:

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

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A.

SOMMA ASSICURATA:

somma indicata nella Scheda di polizza che rappresenta il limite massimo di indennizzo in caso di sinistro.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA ASSISTENZA:

(per tutto quanto non espressamente richiamato nella presente sezione si rimanda alle definizioni di cui al glossario generale).

PRESTAZIONI:

sono le assistenze prestate dalla Struttura organizzativa all'Assicurato.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza 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 o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

Condizioni di assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – CAUSE DI NULLITÀ

La Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio unicamente in base alle dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato sui dati e le circostanze oggetto di domanda da parte della Società.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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.

Il contratto di assicurazione è nullo nei seguenti casi:

- se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi dell'Art. 1895 c.c.;
- se al momento in cui l'assicurazione deve avere inizio, non esiste un interesse dell'Assicurato al risarcimento del danno, come previsto dall'Art. 1904 c.c.;
- nei casi previsti dall'Art. 1418 c.c.

Art. 2 – ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso 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.

L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra comporta la possibilità, da parte della Società, di non corrispondere l'indennizzo previsto. Se la polizza è stipulata da una persona fisica, tale obbligo è esteso anche all'Assicurato se diverso dal Contraente.

Art. 3 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

Il premio è sempre determinato per periodi assicurativi di un anno, salvo contratti di durata inferiore, ed è dovuto per intero anche in caso di frazionamento.

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- a) per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- b) per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- c) il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore ad Euro 750,00 (settecentocinquanta).

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 di ogni aggravamento del rischio.

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

Art. 6 – DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

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

Art. 7 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO O DEL CONTRAENTE IN CASO DI SINISTRO

Infortunati

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 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.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. L'Assicurato o, in caso di morte i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Invalidità Permanente da Malattia

L'Assicurato o il Contraente devono denunciare la malattia, per iscritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia fondato motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze possa comportare una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza, anche se rientrante in franchigia.

La denuncia deve essere corredata di certificazione medica. L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve presentare, trascorsi 180 giorni ma non oltre 18 mesi dalla data di denuncia, specifica certificazione medica attestante il grado di Invalidità Permanente direttamente ed esclusivamente residuo dalla malattia denunciata. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Indennità da Ricovero

In caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso scritto, anche mediante P.E.C. all'indirizzo serviziosinistri@pec.amissima.it, all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 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.

La denuncia deve essere corredata di certificazione medica.

L'Assicurato deve sottoporsi agli accertamenti ed ai controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre, se richiesta, copia della cartella clinica completa, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Art. 8 – PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Se la polizza è stata emessa senza deroga al patto di tacita proroga, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata, fax o P.E.C. della Società (disdette@pec.amissima.it) spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Art. 9 – FACOLTÀ DI RECESSO

Infortunati

Per contratti con tacito rinnovo

Le Parti possono recedere alla scadenza annuale indicata in polizza mediante disdetta inviata con lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) come previsto dall'Art. 8 – Proroga dell'assicurazione.

Per sinistro

a) nel caso in cui il Contraente/Assicurato “è un consumatore”:

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, le Parti possono recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.;

b) nel caso in cui il Contraente/Assicurato “non è un consumatore”:

In caso di sinistro, dopo ogni sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni da darsi con lettera raccomandata, fax o P.E.C.

Tale facoltà viene estesa anche al Contraente, se trattasi di persona fisica.

In caso di recesso per sinistro esercitato dalla Società, quest'ultima, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, mette a disposizione del Contraente la parte di premio al netto delle imposte relative al periodo di rischio non corso.

Il pagamento o la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto delle parti non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti stesse ad avvalersi della facoltà di recesso.

Invalidità Permanente da Malattia

Il recesso a seguito di sinistro non può essere esercitato dalla Società.

Indennità da Ricovero

Con riferimento alla **garanzia malattia**, il recesso a seguito di sinistro non può essere esercitato dalla Società.

Art. 10 – ONERI FISCALI

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

Art. 11 – FORO COMPETENTE

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

Art. 12 – CESSAZIONE DELL'ASSICURAZIONE

La sopravvenienza in corso di contratto delle seguenti affezioni: alcolismo, tossicodipendenza o sindromi da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), costituisce causa di cessazione dell'assicurazione.

In ogni caso di anticipata risoluzione del contratto spetta alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte, il premio complessivo relativo all'annualità di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la circostanza che ha provocato la risoluzione.

Art. 13 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme di legge. Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Tutte le controversie ad esso relative sono soggette alla giurisdizione italiana.

CLAUSOLA DI INDICIZZAZIONE

(Valida ed operante se espressamente richiamata sulla scheda di polizza).

Art. 14 – ADEGUAMENTO AUTOMATICO

I capitali assicurati ed il premio sono soggetti ad adeguamento in proporzione delle variazioni percentuali del numero indice nazionale generale dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati (già "costo della vita") elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.

Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.

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

Qualora la variazione sia inferiore al 2%, la variazione stessa viene arrotondata al 2%.

Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della polizza ed i capitali ed il premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con rimborso del rateo di premio pagato e non goduto. Sono soggetti ad adeguamento anche tutti gli importi previsti in polizza, compresi i limiti di indennizzo, espressi in moneta, esclusi scoperti e franchigie e relativi minimi.

INFORTUNI

Norme che regolano l'assicurazione Infortuni.

Art. 15 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- delle attività professionali principali e secondarie;
- di ogni altra attività che l'Assicurato svolga senza carattere di professionalità.

Sono considerati infortuni e compresi nell'assicurazione anche:

- l'asfissia non di origine morbosa o per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze, cibi e/o bevande;
- le affezioni conseguenti a ustioni provocate da vegetali, a morsi di animali od a punture di insetti od aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari ed escluse le malattie tropicali e la malaria;
- le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni garantiti dalle presenti Condizioni di Assicurazione;
- l'annegamento e l'affogamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie;
- le conseguenze fisiche di interventi chirurgici e/o di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- gli stati sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- la folgorazione, l'azione del fulmine, le scariche elettriche e l'improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art. 16 – INFORTUNI DERIVANTI DA COLPA GRAVE E DA TUMULTI POPOLARI

In deroga agli Artt. 1900 e 1912 c.c., si considerano in garanzia gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva.

Sono considerati in garanzia anche gli infortuni derivanti da atti di temerarietà, se compiuti per dovere di solidarietà o per legittima difesa.

Art. 17 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- b) dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della polizza, una patente di categoria superiore alla B;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti a motore per uso non privato;
 - di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

I rischi di cui alla presente lettera sono compresi in garanzia se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata.
- c) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dalla Condizione Speciale A - Rischio Volo;
- d) dalla guida ed uso di mezzi subacquei;
- e) dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, snowboard, sci estremo, kite surf, bob, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere, freeclimbing, discesa di rapide, hockey;
- f) dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- g) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- h) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- i) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- j) da guerra o da operazioni militari in genere, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica, maremoto o alluvione;
- k) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- l) dalla pratica di ogni disciplina sportiva svolta a carattere professionistico.

Sono altresì esclusi gli infarti, le ernie di qualsiasi tipo e le rotture sottocutanee dei tendini, salvo quanto previsto dalle relative Condizioni Speciali.

Sono infine escluse le infezioni del virus H.I.V. ed Epatite B e C anche se derivanti da infortunio, salvo quanto previsto dalla relativa garanzia.

Art. 18 - LIMITI DI ETÀ

La copertura assicurativa si intende operante fino al limite di età dell'Assicurato stabilito in anni 80. Pertanto, la polizza si intende cessata a partire dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 19 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

L'Inabilità Temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 20 – ATTIVITÀ DIVERSE DA QUELLA DICHIARATA

Fermo quanto disposto dagli Artt. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – cause di nullità, 5 - Aggravamento del rischio, 6 - Diminuzione del rischio, 17 - Esclusioni, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate, senza che 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;
- l'indennizzo sarà ridotto in percentuale secondo quanto riportato nella seguente Tabella, se la diversa attività aggrava il rischio:

	Attività dichiarata				
	Classe	A	B	C	D
Attività svolta al momento del sinistro	A	100	100	100	100
	B	80	100	100	100
	C	60	70	100	100
	D	40	50	70	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 dei codici di professione e delle attività", allegata alle presenti Norme, restando escluse quelle indicate come R.D.G., assicurabili solo con patto speciale concordato tra le parti. Per la classificazione di attività eventualmente non specificate saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o di analogia ad una attività elencata nella suddetta tabella, delle presenti Norme.

Art. 21 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio. Se, al momento dell'infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Art. 23 - Invalidità Permanente delle presenti Norme, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 22 - MORTE

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

Tale indennizzo viene liquidato ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato, secondo le quote previste dalla legge. 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 ed in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso, mentre i beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per Morte - se superiore - e quello già pagato per Invalidità Permanente.

Art. 23 – INVALIDITÀ PERMANENTE

L'indennizzo per il Caso di Invalidità Permanente è dovuto soltanto se l'invalidità stessa si verifica - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno dell'infortunio. L'indennizzo per Invalidità Permanente parziale, è calcolato sulla somma assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo i criteri e le percentuali previste dalla "Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'industria" allegata al Testo Unico sull'Assicurazione obbligatoria degli Infortuni sul lavoro 30 giugno 1965 n. 1124 (di cui riportiamo, di seguito, un estratto) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della presente polizza, con rinuncia, da parte della Società, all'applicazione della franchigia prevista dalla Legge stessa per il caso di infortunio.

Il diritto a richiedere l'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e non è trasmissibile agli eredi.

In caso di decesso dell'assicurato dopo che l'indennizzo sia stato quantificato oppure offerto, la Società erogherà il pagamento a favore degli eredi.

In caso di decesso dell'Assicurato, successivamente al pervenimento della sua richiesta di indennizzo ai sensi di polizza, ma prima che la Società abbia potuto procedere a verificare l'esistenza e l'avvenuta stabilizzazione dei postumi, mediante accertamento medico legale, la sussistenza del diritto all'indennizzo e la sua quantificazione potranno essere accertate anche mediante idonea documentazione clinica; in tal caso, l'erogazione del pagamento avverrà a favore degli eredi.

Art. 24 – ESTRATTO DELLA TABELLA DELLE VALUTAZIONI DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	Destro	Sinistro
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata senza limitazione del movimento del braccio	5	
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omeroale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	65	55
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio	5	
Perdita della falange ungueale dell'anulare	3	
Perdita della falange ungueale del mignolo	5	
Perdita delle ultime due falangi dell'indice	11	9
Perdita delle ultime due falangi del medio	8	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6	
Perdita delle ultime due falangi del mignolo	8	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove comporta perdita di più dita ogni dito perduto è valutato il	3	

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale (anatomica o funzionale), le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La perdita totale (anatomica o funzionale) di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, con il massimo del **100%**. In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra, si intendono applicate all'arto superiore sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

Art. 25 – INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è dovuto:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- b) al **50%** per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle sue occupazioni. L'indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

L'indennizzo per Inabilità Temporanea è cumulabile con quelli dovuti per Invalidità Permanente, per Morte e per Indennità da ricovero.

La presente garanzia si intende non operante per gli Infortuni dovuti all'esercizio di attività sportive quali: calcio, rugby, arti marziali, lotta in tutte le sue forme.

Art. 26 – RIMBORSO SPESE MEDICHE

La Società, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della somma assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- a) onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- b) diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- c) terapie fisiche, fisioterapiche, rieducative e medicinali; le spese relative al presente punto c) vengono indennizzate entro il limite del **30%** della somma assicurata;
- d) rette di degenza in Istituto di cura a seguito di ricovero prescritto dal medico curante;
- e) trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di cura con autoambulanza.

Restano escluse le spese relative all'acquisto di apparecchi protesici in genere, salvo quelli applicati nell'intervento.

La richiesta di rimborso, corredata dalle ricevute originali di quanto pagato per quanto sopraindicato, deve essere presentata alla Società entro un mese dal termine delle cure mediche.

L'indennizzo verrà corrisposto previa detrazione di uno scoperto del **10%** con un minimo di **Euro 100,00**; laddove venga accertato un grado di Invalidità Permanente superiore al **15%** l'indennizzo verrà corrisposto senza applicazione dello scoperto. Se l'infortunio ha come conseguenza una Invalidità permanente di un figlio di età inferiore ad anni 2 non assicurato, la Società riconosce ai genitori il rimborso delle spese sostenute entro due anni dall'infortunio e fino ad un massimo di **Euro 10.000,00**, purché entrambi i genitori siano assicurati in polizza.

Art. 27 – CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie relative alla quantificazione dell'ammontare del danno o all'indennizzabilità dello stesso possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria. In tal caso, i primi due componenti del Collegio saranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 in via provvisoria le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Al termine dell'Arbitrato l'Assicurato, qualora vincitore, si vedrà rifondere le spese inizialmente sostenute.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da 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, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Art. 28 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa derivante dall'Art. 1916 c.c. verso il responsabile dell'infortunio, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato e dei suoi aventi causa contro i responsabili.

LIMITAZIONI

(qualora si voglia limitare la copertura ad uno specifico ambito è prevista la facoltà per l'Assicurato di scegliere una delle due opzioni)

1 – LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI EXTRAPROFESSIONALI

A parziale deroga dell'Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la copertura vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. In caso di cessazione o sospensione dell'attività di lavoro dichiarata, la garanzia rimarrà operante sino al 60° giorno per le stesse somme indicate in polizza.

Trascorso tale termine e fin tanto che l'Assicurato non abbia ripreso la propria attività, la garanzia si intende prestata per somme pari al **75%** di quelle indicate in polizza.

2 – LIMITAZIONE DELL'ASSICURAZIONE AGLI INFORTUNI PROFESSIONALI

A parziale deroga dell'Art. 15 – Oggetto dell'assicurazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la copertura vale esclusivamente per le attività professionali principali e secondarie dell'Assicurato.

CONDIZIONI SPECIALI

(Sempre valide ed operanti)

A – RISCHIO VOLO

L'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati in qualità di passeggero, su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti - con apposita abilitazione -, tranne che:

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

La somma delle garanzie di cui alla presente polizza, ed eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo, in abbinamento a polizze infortuni individuali e/o cumulative con la sottoscritta Società, non potrà superare il limite di:

- a) per persona:
- Euro 1.100.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 1.100.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
 - Euro 260,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.
- b) Complessivamente per aeromobile:
- Euro 5.500.000,00 per il caso di Morte;
 - Euro 5.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente;
 - Euro 5.500,00 al giorno per il caso di Inabilità Temporanea.

In detta limitazione per aeromobile, rientrano anche le somme assicurate che si riferiscono ad eventuali altre persone assicurate per lo stesso rischio con altre polizze infortuni, individuali e/o cumulative, stipulate con la sottoscritta Società dallo stesso Contraente.

Nell'eventualità che le somme assicurate complessivamente eccedano gli importi sopraindicati, gli indennizzi spettanti in caso di sinistro saranno adeguati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni.

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

B – FRANCHIGIA ASSOLUTA PER IL CASO DI INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà corrisposto a partire:

- dal sesto giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata pari o inferiore a Euro 30,00;
- dal nono giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata superiore a Euro 30,00;
- dall'undicesimo giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata superiore a Euro 50,00.

Nel caso in cui le prime cure mediche rese necessarie dall'Infortunio siano state prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un presidio ospedaliero, l'indennizzo per Inabilità Temporanea verrà corrisposto a partire:

- dal quarto giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata pari o inferiore a Euro 30,00;
- dal settimo giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata superiore a Euro 30,00;
- dal nono giorno successivo a quello computabile a termini di polizza, per somma assicurata superiore a Euro 50,00.

È inoltre prevista una copertura per Inabilità Temporanea con franchigia pari a venti giorni, a prescindere dalla somma assicurata scelta.

Le franchigie di cui sopra non verranno applicate nel caso in cui l'Inabilità Temporanea accertata sia relativa ad un periodo pari o superiore a 30 giorni.

Laddove, a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza, venga accertato un grado di Inabilità Permanente superiore al 15%, le franchigie relative alla presente garanzia si intendono non applicate.

C – COMMORIENZA GENITORI

La Società liquida ai figli minori dell'Assicurato o comunque portatori di handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con Inabilità Permanente non inferiore al 66%), purché con lo stesso conviventi, che risultino beneficiari dell'assicurazione, l'indennizzo previsto in polizza per il caso di Morte aumentato del 100%, e fino ad un massimo d'aumento complessivo di Euro 200.000,00, qualora il medesimo infortunio indennizzabile a termini di polizza provochi la morte dell'Assicurato e del Coniuge o del Convivente, entrambi assicurati con polizza infortuni con la sottoscritta Società, fermi i limiti previsti dalle Condizioni Speciali "A" - Rischio Volo - e "G" - Limitazione della garanzia per sinistri catastrofali.

D – SPESE DI RIMPATRIO

Qualora dall'infortunio derivi una Invalidità Permanente indennizzabile a termini di polizza superiore al **5%**, e lo stesso infortunio richieda l'immediato rimpatrio dell'Assicurato infortunato con il mezzo di trasporto più idoneo, la Società provvederà a rimborsare le spese sostenute fino alla concorrenza di **Euro 1.100,00**, su presentazione di regolare documentazione.

E – RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero. La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

F – MORTE PRESUNTA

In caso di naufragio di nave o di caduta di aeromobile, sempreché sia stata accertata dall'Autorità Giudiziaria la presenza a bordo dell'Assicurato, laddove il corpo dell'Assicurato non venisse ritrovato, la Società corrisponderà la somma prevista per il caso di Morte.

Il pagamento del capitale avverrà alla condizione che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la Dichiarazione di morte presunta, ai sensi degli Artt. 60 e 62 c.c..

Nel caso in cui, successivamente al pagamento, risulti che la morte non si è verificata o che comunque non è dipesa da infortunio indennizzabile, la Società avrà diritto al rimborso dell'intera somma liquidata.

G – LIMITAZIONE DELLA GARANZIA PER SINISTRI CATASTROFALI

Nel caso di infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente polizza in conseguenza di un unico avvenimento catastrofale, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di **Euro 3.000.000,00**.

Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

Il limite sopra indicato deve intendersi ridotto ad **Euro 600.000,00** per polizze di durata inferiore ad un anno.

H – BRICOLAGE

L'assicurazione vale per gli infortuni derivanti da attività inerenti ai piccoli lavori manuali di bricolage, esercitati non a scopo di lucro o di commercio, espletati con l'uso di utensili domestici, anche azionati da motore.

I – DANNO ESTETICO

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 **Euro 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.

L – INDENNITÀ PER PERDITA DELL'ANNO SCOLASTICO

Qualora, in caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, lo studente Assicurato risulti regolarmente iscritto a scuola italiana o straniera di istruzione primaria o secondaria e, in conseguenza dell'infortunio stesso, si trovi nell'impossibilità di frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, la Società corrisponderà un indennizzo pari ad **Euro 2.000,00**. Il pagamento dell'indennità viene effettuato previa presentazione di specifica documentazione rilasciata dall'Autorità Scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico è avvenuta in conseguenza delle predette assenze.

M – ESCLUSIONE CONFLITTI A FUOCO PER LE CAUSE DI SERVIZIO (valida per Carabinieri, Poliziotti, Polizia Locale e Guardia di Finanza)

Si prende atto tra le Parti che dalle garanzie prestate sono esclusi gli infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e dovunque esplicito, nonché gli infortuni conseguenza di conflitti a fuoco ed aggressioni subite dall'Assicurato, a motivo della attività professionale dichiarata in polizza.

N – ERNIE TRAUMATICHE

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 17 – Esclusioni, si intendono comprese le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- la copertura assicurativa decorra dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;
- qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;
- qualora l'ernia risulti operabile ma non sia prevista in polizza la garanzia Inabilità Temporanea, verrà corrisposta una somma forfettaria pari ad **Euro 1.500,00**;

- qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un indennizzo non superiore al **10%** della somma assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Art. 27 - Controversie - Arbitrato irrituale – delle presenti Norme.

In tali casi la Società riconosce l'indennizzo previsto senza l'applicazione delle franchigie eventualmente previste.

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

- dalla data di decorrenza della precedente copertura, per le somme e prestazioni dalla stessa già previste;
- dalla data di decorrenza della presente copertura, limitatamente alle maggiori somme e prestazioni da essa assicurate.

O – ROTTURE TENDINEE SOTTOCUTANEE

A parziale deroga di quanto disposto dall'Art. 17 – Esclusioni, si intendono comprese le rotture tendinee sottocutanee relative a:

- tendine di Achille (trattate chirurgicamente o non);
- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- tendine rotuleo;
- cuffia dei rotatori.

In tali casi la Società riconosce un indennizzo pari al **5%** della somma assicurata relativa all'Invalidità Permanente, con il massimo di **Euro 10.000,00**, senza l'applicazione delle franchigie eventualmente previste.

P – RAPINA, TENTATA RAPINA, ESTORSIONE E TENTATO SEQUESTRO

Qualora a seguito di uno degli eventi sopra elencati ai danni dell'Assicurato si verifichi la Morte dell'Assicurato stesso, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la somma assicurata per il caso Morte aumentata del **30%**.

Q – MALATTIE TROPICALI/MALARIA

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 15, la garanzia si intende estesa anche al caso di Invalidità Permanente derivante dal contagio di malattie tropicali e/o da malaria, che siano state diagnosticate dai medici curanti. Per tale garanzia la Società corrisponderà un indennizzo fino al limite massimo di **Euro 100.000,00** per sinistro e per anno assicurativo.

Non si procederà ad alcun indennizzo qualora il grado di Invalidità Permanente accertata sia pari od inferiore al **15%**. Se superiore, si applica la tabella di indennizzo di seguito indicata:

- **10%** del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il **16%** ed il **27%**;
- **25%** del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il **28%** ed il **37%**;
- **40%** del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il **38%** ed il **47%**;
- **55%** del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il **48%** ed il **60%**;
- **70%** del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il **61%** ed il **69%**;
- **100%** del capitale assicurato per Invalidità pari o superiori al **70%**.

L'indennizzo è subordinato alla condizione obbligatoria che l'Assicurato fosse in perfette condizioni di salute nel momento in cui si sia recato all'estero.

Occorre inoltre che l'Assicurato si sia sottoposto a tutta la profilassi prevista dalle Autorità sanitarie dei paesi ospitanti.

In caso di divergenza sulla diagnosi della Malattia la decisione verrà presa dal Collegio medico sulla base della procedura prevista dall'Art. 27 – Controversie – Arbitrato irrituale.

R – CONTEMPORANEO RICOVERO DI ENTRAMBI I CONIUGI

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, ambedue i coniugi (o convivente more uxorio), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in struttura sanitaria, la Società riconosce all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo ricovero, l'indennità da ricovero prevista sulla scheda di polizza con una maggiorazione pari al **50%**.

Tale maggiorazione non verrà riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al ricovero.

S – INFORTUNI CAUSATI DA CALAMITA' NATURALI

A parziale deroga di quanto indicato all'Art. 17 – Esclusioni, l'assicurazione si intende estesa agli infortuni derivanti da movimento tellurico, terremoto, inondazione od eruzione vulcanica, maremoto o alluvione.

Resta però convenuto che in caso di calamità naturale che colpisca in un unico evento (intendendosi per evento tutti gli infortuni avvenuti in un arco di tempo della durata di 72 ore consecutive), più assicurati con la Società, l'esborso massimo di questa ultima non potrà comunque superare la somma di **Euro 4.000.000,00** per tutti gli indennizzi.

Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi saranno ridotti in proporzione al rapporto intercorrente fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

La presente garanzia non è valida nel caso di polizze di durata inferiore ad un anno, e non è soggetta all'adeguamento previsto dalla clausola all'Art. 14 – Adeguamento automatico, qualora questa clausola venga richiamata in polizza.

T – RISCHIO “IN ITINERE” (non valida per la copertura solo extraprofessionale)

L'assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa a condizione che il percorso venga effettuato per la strada più breve e nei limiti di un'ora prima e di un'ora dopo l'inizio e la fine dell'orario di lavoro.

U - RECOVERY HOPE

La Compagnia riconosce a favore e all'atto in cui sarà effettuata la scelta da parte del Beneficiario, il pagamento di un indennizzo, alternativo e sostitutivo di quelli previsti in polizza, secondo il massimale e le modalità qui di seguito definite.

L'ammontare dell'indennizzo per Recovery Hope è pari alla indennità assicurata per il caso di Morte, stabilito in Polizza.

La Compagnia verserà al Beneficiario (che sarà rappresentato come meglio definito in seguito), l'indennizzo per Recovery Hope al verificarsi delle condizioni di seguito definite:

1. se l'Assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;
2. se sarà stata data comunicazione alla Compagnia, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Compagnia, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma e
3. se sarà stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa, ai sensi dell'Art. 7, su tale stato.

La domanda di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope deve essere presentata dal curatore o tutore provvisorio o definitivo nominato, corredata dal provvedimento della Autorità Giudiziaria competente, in copia autentica, sia della nomina del curatore o tutore, sia del provvedimento che dovrà autorizzare il pagamento dell'indennizzo Recovery Hope. A partire dalla data di pagamento dell'indennizzo Recovery Hope, la copertura assicurativa a favore del Beneficiario di cui alla polizza cesserà e quindi la Compagnia null'altro sarà tenuta a corrispondere a detto Beneficiario.

FRANCHIGIA I.P.

In base all'opzione indicata in polizza, la liquidazione del danno I.P. verrà effettuata sulla base delle seguenti modalità:

F0 – FRANCHIGIA ASSOLUTA 25%

Si conviene che sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al **25%**. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

L'indennizzo verrà pertanto calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di IP accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata	Grado (%) di IP accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata
1	0	15	0
2	0	16	0
3	0	17	0
4	0	18	0
5	0	19	0
6	0	20	0
7	0	21	0
8	0	22	0
9	0	23	0
10	0	24	0
11	0	25	0
12	0	dal 26 al 69	la percentuale accertata
13	0	pari o superiore al 70	100
14	0		

Esempi di applicazione della tabella:

- 1) somma assicurata dal cliente: Euro 180.000,00
 grado di IP accertata: 6%
 percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata: 0
 L'indennizzo previsto sarà pertanto pari ad Euro 0,00.
- 2) somma assicurata dal cliente: Euro 250.000,00
 grado di IP accertata: 27%
 percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata: 27%
 L'indennizzo previsto sarà pertanto pari a (Euro 250.000,00 * 27%) Euro 67.500,00.

F1 – FRANCHIGIA ASSOLUTA FISSA PER SCAGLIONI DI CAPITALE ASSICURATO

Il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- a) **3%** sulla somma assicurata fino a **Euro 150.000,00**;
- b) **5%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**;
- c) **10%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00** e fino a **Euro 500.000,00**;
- d) **15%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 500.000,00**.

Pertanto l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

grado (%) di IP accertata	somma assicurata da 0 ad Euro 150.000,00	somma assicurata oltre Euro 150.000,00 fino ad Euro 250.000,00	somma assicurata oltre Euro 250.000,00 fino ad Euro 500.000,00	somma assicurata oltre Euro 500.000,00
	percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata			
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
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

Esempi di applicazione della tabella:

- 3) **somma assicurata dal cliente: Euro 180.000,00**
grado di IP accertata: 6%
 sulla somma assicurata fino ad Euro 150.000,00 l'indennizzo è pari al 3% della somma, quindi pari ad Euro 4.500,00.
 Sulla somma assicurata residua (pari ad Euro 30.000,00) l'indennizzo è pari all'1% della somma, quindi pari ad Euro 300,00.
 L'indennizzo previsto sarà pertanto pari a (Euro 4.500,00 + Euro 300,00) Euro 4.800,00.
- 4) **somma assicurata dal cliente: Euro 250.000,00**
grado di IP accertata: 11%
 sulla somma assicurata fino ad Euro 150.000,00 l'indennizzo è pari all'8% della somma, quindi pari ad Euro 12.000,00.
 Sulla somma assicurata residua (pari ad Euro 100.000,00) l'indennizzo è pari al 6% della somma, quindi pari ad Euro 6.000,00.
 L'indennizzo previsto sarà pertanto pari a (Euro 12.000,00 + Euro 6.000,00) Euro 18.000,00.

F2 – FRANCHIGIA ASSOLUTA 5%

Si conviene che sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato al precedente punto 1 per quanto riguarda le somme eccedenti **Euro 250.000,00**.

Pertanto il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- a) **5%** sulla somma assicurata fino a **Euro 250.000,00**;
- b) **10%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00** e fino a **Euro 500.000,00**;
- c) **15%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 500.000,00**.

L'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

grado (%) di IP accertata	somma assicurata da 0 ad Euro 150.000,00	somma assicurata oltre Euro 150.000,00 fino ad Euro 250.000,00	somma assicurata oltre Euro 250.000,00 fino ad Euro 500.000,00	somma assicurata oltre Euro 500.000,00
	percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata			
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
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

F3 – FRANCHIGIA ASSOLUTA 10%

Si conviene che sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al **10%**. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo quanto disciplinato al precedente punto 1 per quanto riguarda le somme eccedenti **Euro 500.000,00**.

Pertanto il capitale assicurato per Invalidità Permanente è soggetto alle seguenti franchigie assolute:

- a) **10%** sulla somma assicurata fino a **Euro 500.000,00**;
- b) **15%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 500.000,00**.

L'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

grado (%) di IP accertata	somma assicurata da 0 ad Euro 150.000,00	somma assicurata oltre Euro 150.000,00 fino ad Euro 250.000,00	somma assicurata oltre Euro 250.000,00 fino ad Euro 500.000,00	somma assicurata oltre Euro 500.000,00
	percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata			
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
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

F4 – FRANCHIGIA 3% ASSORBIBILE AL 10%

Si conviene che sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al **3%** della totale; se invece essa risulterà superiore al **3%** ma non al **10%** della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il **3%**.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al **10%** della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato, in base alle percentuali che seguono:

Grado (%) di IP accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata	Grado (%) di IP accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata
1	0	26	32
2	0	27	34
3	0	28	36
4	1	29	38
5	2	30	40
6	3	31	42
7	4	32	44
8	5	33	46
9	6	34	48
10	7	35	50
11	9	36	63
12	11	37	66
13	13	38	69
14	14	39	72
15	15	40	75
16	16	41	78
17	17	42	81
18	18	43	84
19	19	44	86
20	20	45	90
21	22	46	93
22	24	47	96
23	26	48	99
24	28	49 e oltre	100
25	30	-----	-----

F5 – FRANCHIGIA 5% ASSORBIBILE AL 15%

Si conviene che sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece essa risulterà superiore al 5% ma non al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 5%.

Nel caso in cui l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 15% della totale, l'indennità verrà corrisposta calcolandola sul capitale assicurato, in base alle percentuali che seguono:

Grado (%) di IP accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata	Grado (%) di IP accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata
1	0	26	32
2	0	27	34
3	0	28	36
4	0	29	38
5	0	30	40
6	1	31	42
7	2	32	44
8	3	33	46
9	4	34	48
10	5	35	50
11	6	36	63
12	7	37	66
13	8	38	69
14	9	39	72
15	10	40	75
16	12	41	78
17	14	42	81
18	16	43	84
19	18	44	86
20	20	45	90
21	22	46	93
22	24	47	96
23	26	48	99
24	28	49 e oltre	100
25	30	-----	-----

F6 – FRANCHIGIA RELATIVA 50%

Si conviene che non si darà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 50%.

Se essa risulterà superiore a detta percentuale, la Società riconoscerà il 100% della somma assicurata.

Pertanto l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di IP accertata	Percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata
Fino a 50	0
51 e oltre	100

F7 – ABOLIZIONE FRANCHIGIA PER IL CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE SULLA SOMMA ASSICURATA FINO A EURO 150.000,00

Si conviene che la somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- Nessuna franchigia sulla somma assicurata fino a **Euro 150.000,00**;
- **5%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**;
- **10%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00** e fino a **Euro 500.000,00**;
- **15%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 500.000,00**.

Pertanto l'indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

grado (%) di IP accertata	somma assicurata da 0 ad Euro 150.000,00	somma assicurata oltre Euro 150.000,00 fino ad Euro 250.000,00	somma assicurata oltre Euro 250.000,00 fino ad Euro 500.000,00	somma assicurata oltre Euro 500.000,00
	percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata			
1	1	0	0	0
2	2	0	0	0
3	3	0	0	0
4	4	0	0	0
5	5	0	0	0
6	6	1	0	0
7	7	2	0	0
8	8	3	0	0
9	9	4	0	0
10	10	5	0	0
11	11	6	1	0
12	12	7	2	0
13	13	8	3	0
14	14	9	4	0
15	15	10	5	0
16	16	11	6	1
17	17	12	7	2
18	18	13	8	3
19	19	14	9	4
20	20	15	10	5
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

F8 – SUPERVALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE SUPERIORE AL 50%

Si conviene che sul capitale assicurato l'indennizzo per Invalidità Permanente verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

grado (%) di IP accertata	somma assicurata da 0 ad Euro 150.000,00	somma assicurata oltre Euro 150.000,00 fino ad Euro 250.000,00	somma assicurata oltre Euro 250.000,00 fino ad Euro 500.000,00	somma assicurata oltre Euro 500.000,00
	percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata			
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
dal 21 al 50	la percentuale accertata			
51	51,5			
52	53			
53	54,5			
54	56			
55	57,5			
56	59			
57	60,5			
58	62			
59	63,5			
60	65			
61	66,5			
62	68			
63	69,5			
64	71			
65	72,5			
66	74			
67	75,5			
68	77			
69	78,5			
70	80			
dal 71 al 100	120			

F9 – APPLICAZIONE DI UN INDENNIZZO RIDOTTO DELLA INVALIDITA’ PERMANENTE FINO AL 20% SULLA SOMMA ASSICURATA FINO A EURO 150.000,00

Si conviene che la somma assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- Franchigie ridotte sulla somma assicurata fino a **Euro 150.000,00**;
- **5%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 150.000,00** e fino a **Euro 250.000,00**;
- **10%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 250.000,00** e fino a **Euro 500.000,00**;
- **15%** sulla somma assicurata eccedente **Euro 500.000,00**.

Pertanto l’indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

grado (%) di IP accertata	somma assicurata da 0 ad Euro 150.000,00	somma assicurata oltre Euro 150.000,00 fino ad Euro 250.000,00	somma assicurata oltre Euro 250.000,00 fino ad Euro 500.000,00	somma assicurata oltre Euro 500.000,00
	percentuale di indennizzo da liquidare sulla somma assicurata			
1	0,3	0	0	0
2	0,5	0	0	0
3	1	0	0	0
4	2	0	0	0
5	3	0	0	0
6	4	1	0	0
7	5	2	0	0
8	6	3	0	0
9	7	4	0	0
10	8	5	0	0
11	9	6	1	0
12	10	7	2	0
13	11	8	3	0
14	12	9	4	0
15	13	10	5	0
16	14	11	6	1
17	15	12	7	2
18	16	13	8	3
19	17	14	9	4
20	18	15	10	5
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

A titolo esemplificativo, in caso di Invalidità Permanente accertata, si provvederà come sotto riportato:

- I.P. accertata **1%** - indennizzo 0,30% (es. € 450,00 con un capitale massimo di € 150.000,00);
- I.P. accertata **2%** - indennizzo 0,50% (es. € 750,00 con un capitale massimo di € 150.000,00);
- I.P. accertata **3%** - indennizzo 1,00% (es. € 1.500,00 con un capitale massimo di € 150.000,00).

GARANZIE OPZIONALI

(Valide solo se espressamente richiamate in polizza e se pagato il relativo premio)

1 – SOVRARISCHIO DI LOCOMOZIONE

A parziale deroga dell'Art. 17 - Esclusioni, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni causati dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della polizza, una patente di categoria superiore alla "B", nonché dalla guida di macchine agricole.

2 – SOVRARISCHIO SPORT (non valida per la copertura solo professionale)

A parziale deroga dell'Art. 17 - Esclusioni, delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli infortuni derivanti:

1. Dalla partecipazione dilettantistica a gare di calcio, di ciclismo, di ippica (escluse per quest'ultima corse ad ostacoli e salti) anche federali, e relative prove e allenamenti;
2. Da scalata di roccia o ghiaccio fino al 4° grado della scala di difficoltà di Monaco e dalle immersioni con autorespiratore (comprese per quest'ultima le embolie e le conseguenze della pressione dell'acqua).
3. Dall'esercizio delle seguenti discipline sportive, purché svolte ad esclusivo carattere ricreativo: pratica di pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, snowboard, kite surf, bob, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton, bob o slittino da gara, rugby, football americano, paracadutismo e sport aerei in genere, freeclimbing, discesa di rapide, hockey.

La presente estensione vale esclusivamente per il caso di Morte, Invalidità Permanente e Rimborso Spese Mediche.

Relativamente a quanto sopra si conviene che:

- Per quanto riguarda le coperture di cui ai punti 1 e 2, l'indennizzo per Invalidità Permanente non verrà corrisposto qualora detta Invalidità sia di grado pari o inferiore al 5% della totale; se essa invece risulterà superiore alla predetta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo che qualora vengano scelte combinazioni di franchigia I.P. superiori al 5%, sarà ritenuta operante la franchigia prescelta;
- relativamente alle discipline sportive elencate al punto 3, si conviene che l'indennizzo per Invalidità Permanente non verrà corrisposto qualora detta invalidità sia di grado pari o inferiore al 10% della totale; se essa invece risulterà superiore alla predetta percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; resta fermo che qualora vengano scelte combinazioni di franchigia I.P. superiori al 10%, sarà ritenuta operante la franchigia prescelta.

3 – INFEZIONI DEL VIRUS H.I.V. ED EPATITE B E C (valida solo per medici e paramedici e non valida per la copertura solo extraprofessionale)

A parziale deroga dell'Art. 17 - Esclusioni, l'assicurazione vale per i rischi derivanti da evento fortuito e accidentale che abbia causato contagio da virus H.I.V. ed Epatite B o C avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in polizza.

Si sottolinea che:

- il contagio deve essere fortuito e accidentale;
- l'evento deve verificarsi durante l'attività professionale lavorativa.

Modalità di accertamento del contagio - pagamento dell'indennizzo:

- entro tre giorni dal verificarsi dell'evento accidentale l'Assicurato deve effettuare la denuncia;
- la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente-Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'Assicurato stava prestando la sua opera nel momento del (presunto) contagio;
- entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'Assicurato deve sottoporsi a test H.I.V. o Epatite B o C presso un centro specializzato indicatogli dalla Società;
- se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio sia imputabile a causa diversa dal fatto denunciato e precedente lo stesso.

Se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un secondo test: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'Assicurato ha diritto alla prestazione garantita; la Società corrisponde pertanto la somma assicurata prevista nel frontespizio di polizza che è da intendersi unica per contagio da H.I.V., Epatite B o C. Tale somma non potrà essere comunque superiore alle somme assicurate previste per il caso Morte o il caso Invalidità Permanente contrattualizzate in polizza.

Si conviene che non si farà luogo ad indennizzo per Invalidità Permanente, quando questa sia di grado non superiore al 5%.

SUPERVALUTAZIONE

4 – SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI

A parziale deroga dell'Art. 24, la somma assicurata per Invalidità Permanente è interamente dovuta anche se l'infortunio cagiona la perdita anatomica o funzionale di un solo arto superiore o avambraccio o di una sola mano, tutti prima integri e sani, convenendosi che in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indennizzabili saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Inoltre le percentuali indicate nel predetto articolo relativamente alla perdita anatomica o funzionale di un occhio, dell'udito di un orecchio o ambedue, delle dita delle mani e relative falangi, tutti prima integri e sani, si intendono così elevate:

DESCRIZIONE	Percentuali (%)	
	DESTRO	SINISTRO
PERDITA TOTALE		
Del pollice	100	70
Della falange ungueale del pollice	100	40
Dell'indice	100	70
Della falange ungueale dell'indice	100	40
Del medio	100	50
Della falange ungueale del medio	100	50
Dell'anulare e del mignolo	100	20
Di un occhio	50	
Dell'udito di un orecchio	20	
Dell'udito di entrambi gli orecchi	80	

Rimane sempre fermo il limite massimo del **100%** stabilito dalle norme che regolano l'assicurazione Infortuni per il caso di perdita anatomica e funzionale di più organi od arti o di parti di essi.

SICUREZZA

5 – INDENNITA' AGGIUNTIVA PER ESTINZIONE DEL MUTUO

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, si configuri il caso Morte o un'Invalidità Permanente a carico dell'Assicurato superiore al **50%**, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in polizza, la Società procederà con un indennizzo aggiuntivo pari alla sommatoria delle eventuali rate di mutuo residuo, in capo all'Assicurato, sull'abitazione dell'Assicurato stesso.

L'indennizzo è riconosciuto fino alla concorrenza del **10%** della somma assicurata per i casi Morte o Invalidità Permanente, con il massimo di **Euro 50.000,00** per sinistro.

L'indennizzo è corrisposto indipendentemente dall'effettiva estinzione del mutuo.

6 – SUPERAMENTO BARRIERE ARCHITETTONICHE ABITATIVE

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti una Invalidità Permanente superiore al **50%**, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in polizza, e l'abitazione dell'Assicurato necessiti di adeguamenti finalizzati al superamento delle barriere architettoniche, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate per la realizzazione delle opere all'interno dell'abitazione e/o del condominio di residenza dell'Assicurato.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza del **5%** della somma assicurata per invalidità permanente, con il massimo di **Euro 20.000,00** per Assicurato e per anno assicurativo.

7 – ADEGUAMENTO AUTOVETTURA

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti una Invalidità permanente superiore al **50%**, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in polizza, e l'autovettura dell'Assicurato o di un suo familiare convivente necessiti di interventi di adeguamento in riferimento alla disabilità riportata, la Società rimborsa le spese sostenute e documentate per tali adattamenti.

Il rimborso è riconosciuto fino alla concorrenza di **Euro 5.000,00** per Assicurato e per anno assicurativo.

GRAVI INFORTUNI

8 – RADDOPPIO DELL'INDENNIZZO PER GRAVI INFORTUNI

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti un grado di Invalidità permanente superiore al **20%**, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in polizza, si conviene che l'indennizzo previsto in polizza per il caso di Invalidità Permanente verrà aumentato del **100%**, fino a concorrenza di **Euro 500.000,00** per sinistro e per anno assicurativo.

In tale casistica non sarà prevista l'applicazione di alcuna franchigia.

9 – INDENNITA' AGGIUNTIVA PER GRAVI INFORTUNI

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile a termini di polizza, che comporti un grado di Invalidità Permanente superiore al **70%**, così come determinato dalla Tabella di valutazione indicata in polizza, si conviene che la Società

corrisponderà per un periodo massimo di **tre (3) annualità** un'ulteriore indennità di importo annuo pari al **15%** della somma assicurata per la Invalidità Permanente con il limite pari ad **Euro 25.000,00** all'anno.

Tale indennità, concedibile solo all'Assicurato in vita (restano esclusi gli eredi o i beneficiari designati), sarà erogata in rate semestrali posticipate, con pagamento della prima rata decorsi sei (6) mesi dalla data di sottoscrizione dell'atto di liquidazione del sinistro.

NORME CHE REGOLANO LA GARANZIA ASSISTENZA INFORTUNI

Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di sinistro indennizzabile a termini di polizza per le garanzie previste dalla Sezione "ASSISTENZA INFORTUNI"

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dalla Società tramite la struttura organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. – P.zza 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 o entro i diversi limiti previsti dal contratto e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della medesima Società.

VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della polizza, al momento della partenza per il viaggio risultano sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.

La copertura assicurativa non è operativa nei casi in cui le garanzie contrattualmente previste debbano essere prestate in condizioni tali da violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei Regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile.

Art. 29 – PRESTAZIONI

Assistenza Sanitaria

1. CONSULENZA SANITARIA

• **Informazione ed orientamento medico telefonico**

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni e/o consigli medici.

Si precisa che tale prestazione non fornisce diagnosi ed è basata su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

Sulla base delle informazioni acquisite e delle diagnosi del medico curante, la Struttura Organizzativa valuterà l'erogazione delle prestazioni di assistenza contrattualmente previste.

• **Consulenza sanitaria di Alta specializzazione**

Qualora l'Assicurato necessiti di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Struttura Organizzativa mette a disposizione il suo Servizio di assistenza medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, il Servizio di assistenza medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Struttura Organizzativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero.

2. CONSULENZA TELEFONICA MEDICO SPECIALISTICA

Quando l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica con uno specialista in: Dermatologia; Cardiologia; Dietologia; Geriatria; Oncologia; Nefrologia Ginecologia; Ortopedia; Pediatria, a Sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

3. ORGANIZZAZIONE DI VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI A TARIFFE AGEVOLATE

Validità territoriale: Italia

Tramite la Struttura Organizzativa, compatibilmente con le disponibilità locali, vengono organizzate visite specialistiche, accertamenti diagnostici e ricoveri a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati più vicini alla residenza dell'Assicurato.

La Struttura Organizzativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, la Struttura Organizzativa provvede a ricordare telefonicamente all'Assicurato, dietro sua richiesta, l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Il costo relativo alla prenotazione e organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre rimangono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

4. INVIO DI UN MEDICO AL DOMICILIO

L'Assicurato che necessita di una visita medica al proprio domicilio, può richiedere alla Struttura Organizzativa di provvedere all'invio gratuito di uno dei propri medici convenzionati.

In caso di irreperibilità del medico, la Struttura Organizzativa organizzerà a proprie spese il trasferimento dell'Assicurato al più vicino Pronto Soccorso.

La prestazione è operante in Italia dalle ore 20.00 alle ore 08.00 e nei giorni festivi.

AVVERTENZA: In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare con la massima urgenza gli organismi ufficiali di soccorso (Servizio 118). La Struttura Organizzativa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

5. SECOND OPINION: CONSULENZA SANITARIA DI ALTISSIMA SPECIALIZZAZIONE

Quando, in seguito ad infortunio, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso c/o un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui soffre l'Assicurato.

Entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa acquisisce e verifica tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricerca ed identifica a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il servizio di assistenza medica della Struttura Organizzativa o i propri medici convenzionati, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi.

Se necessario, la Struttura Organizzativa provvede alla traduzione (in inglese, francese, spagnolo o tedesco) di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Struttura Organizzativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

6. TRASFERIMENTO AD UN CENTRO OSPEDALIERO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Qualora, a seguito dell'erogazione della prestazione di 'Second Opinion' prevista al precedente punto 5, emergesse la necessità di un ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'Estero, per la cura della patologia sofferta, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo:

- aereo sanitario (nell'ambito dell'Europa e per gli spostamenti locali);
- aereo di linea con eventuale barella;
- autoambulanza;
- treno;

e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

7. TRADUZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

In caso di applicazione della garanzia "Trasferimento ad un centro ospedaliero di Alta specializzazione" prevista al precedente articolo 6, la Struttura Organizzativa provvede alla traduzione della "Cartella Clinica" dell'Assicurato per permettere ai medici del Centro di destinazione l'immediata presa a carico della patologia diagnosticata. La traduzione può essere fornita dall'Italiano all'Inglese, Francese, Tedesco e/o Spagnolo.

Tale garanzia è operante nel rispetto del Testo Unico sulla Privacy (TUP), pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Struttura Organizzativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

8. COLLEGAMENTO CONTINUO CON IL CENTRO OSPEDALIERO

Validità territoriale: per eventi avvenuti al di fuori della provincia di residenza

Qualora l'Assicurato venga ricoverato a seguito di infortunio in ospedale o istituto di cura, la Struttura Organizzativa stessa prende contatto con i medici curanti e comunica costantemente al familiare indicato previamente dall'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

Tale garanzia è operante nel rispetto del D. Lgs. 196/2003 pertanto l'Assicurato dovrà fornire una liberatoria nei confronti della Struttura Organizzativa, onde permettere la diffusione dei dati sensibili inerenti il suo stato di salute.

Se questi non fosse in condizione di farlo, la Struttura Organizzativa richiederà la liberatoria all'avente potere decisionale in Sua vece.

9. FAMILIARE ACCANTO

Validità territoriale: per eventi avvenuti al di fuori della provincia di residenza

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per infortunio per un periodo superiore a 4 giorni, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto.

In alternativa il parente può richiedere alla Struttura Organizzativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Struttura Organizzativa.

Nel caso in cui il ricovero sia per un periodo superiore a 7 giorni, la Struttura Organizzativa procede anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento **fino al limite massimo di Euro 500 00 per evento.**

10. RIENTRO SANITARIO

Validità territoriale: Italia, per eventi avvenuti al di fuori della provincia di residenza

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio in Italia, accertate dal Servizio di assistenza medica in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato vicino al proprio domicilio o al domicilio stesso; oppure se l'Assicurato in seguito a dimissione ospedaliera, deve essere trasportato al proprio domicilio; la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo:

- ambulanza
- treno se necessario vagone letto
- aereo di linea con eventuale barella
- aereo sanitario
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico.

11. RIMPATRIO SANITARIO

Validità territoriale: per eventi avvenuti al di fuori della provincia di residenza

Quando le condizioni dell'Assicurato in viaggio all'estero, accertate dal Servizio di assistenza medica in accordo con il medico curante sul posto, richiedono il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo che il Servizio di assistenza medica giudica più idoneo:

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- autoambulanza
- treno se necessario vagone letto
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno.

Se necessario l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico od infermieristico. L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale in tutto il Mondo o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

12. RIENTRO/RIMPATRIO FIGLI MINORI

In caso di ricovero ospedaliero o di decesso dell'Assicurato dovuto ad infortunio, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore dei figli minori di anni 15 che erano in viaggio con l'Assicurato stesso, mettendo a disposizione di un parente residente in Italia un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1A classe) per recarsi sul posto e tenendone a carico i relativi costi.

13. TRASFERIMENTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio verificatosi in viaggio, la Struttura Organizzativa provvede, a proprie spese, all'adempimento di tutte le formalità sul posto, al trasporto della salma (incluso le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali) fino al luogo di sepoltura.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.

Inoltre, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, l'Impresa vi provvede a proprie spese.

14. INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Validità territoriale: Europa, Mondo. (Italia esclusa).

Quando l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero a seguito di infortunio, trova difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa mette a disposizione un interprete, o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto **fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento.**

15. INVIO MEDICINALI ALL'ESTERO

Validità territoriale: Europa, Mondo. (Italia esclusa).

Quando i medicinali, regolarmente prescritti all'Assicurato e commercializzati in Italia, non sono reperibili in loco ed a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa non vi sono specialità medicinali equivalenti nel Paese straniero in cui si trova l'Assicurato; la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invia i

medicinali occorrenti con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. **A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.**

16. ANTICIPO DENARO PER SPESE MEDICHE ALL'ESTERO

Validità territoriale: Europa, Mondo. (Italia esclusa).

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad infortunio, la Struttura Organizzativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, fino ad un massimo di **Euro 1.000,00** per evento, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire alla Struttura Organizzativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Struttura Organizzativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.

Temporary Inability Care

Validità territoriale: Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, presso un pronto soccorso, Day Hospital od ospedale **qualora l'Assicurato riceva una prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni.**

La Struttura Organizzativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio del Servizio di Assistenza medica della Struttura Organizzativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del Servizio di Assistenza medica della Struttura Organizzativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità temporanea dell'Assicurato.

Le prestazioni riferite alla stessa patologia o evento non potranno essere richieste più di una volta per anno assicurativo

Si conviene di raddoppiare i massimali delle prestazioni di seguito riportate qualora l'Assicurato si trovi temporaneamente in condizioni di non autosufficienza

1. DISPONIBILITÀ DI ATTREZZATURE MEDICO-CHIRURGICHE

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, il Servizio di Assistenza medica della Struttura Organizzativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico della Struttura Organizzativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare l'Assicurato le relative spese **sino a un massimo di Euro 350,00 per evento**, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

2. INVIO DI UN INFERMIERE AL DOMICILIO

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino ad un massimo di Euro 500,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite del capitale assicurato.

3. INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Quando l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio, necessita di prestazioni fisioterapiche, può richiedere alla Struttura Organizzativa di provvedere ad organizzare una serie di sedute con un fisioterapista convenzionato nelle 2 settimane successive alle sue dimissioni, tenendo a proprio carico i relativi costi **fino alla concorrenza di Euro 500,00 per evento**.

4. BADANTE A DOMICILIO

La Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca e messa a disposizione di una badante durante il periodo di degenza dell'Assicurato **fino ad un massimo di Euro 500,00 per evento**.

Ogni servizio dovrà durare da un minimo di 3 ore ad un massimo di 8 ore giornaliere.

5. CONSEGNA DELLA SPESA A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato non possa allontanarsi dal proprio domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari di prima necessità.

La Struttura Organizzativa provvederà a farsi fornire dall'Assicurato l'elenco dei generi alimentari da lui richiesti, trasferendola a un fornitore convenzionato che provvederà alla consegna della spesa.

L'Assicurato sarà preventivamente informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e sull'importo totale che dovrà riconoscere all'incaricato al momento della consegna.

Saranno a carico della Struttura Organizzativa i costi relativi all'organizzazione e all'invio mentre saranno interamente a carico dell'Assicurato i costi dei generi alimentari ordinati il cui importo totale non potrà superare la cifra di **Euro 200,00** per ogni consegna.

6. ESAMI DEL SANGUE A DOMICILIO

L'Assicurato può richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Struttura Organizzativa entro tre giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.

7. CONSEGNA ESITI A DOMICILIO

Quando l'Assicurato si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Struttura Organizzativa provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi delle prestazioni.

8. CONSEGNA MEDICINALI A DOMICILIO

Quando l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.

9. ASCOLTO E SUPPORTO PSICOLOGICO

La Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Struttura Organizzativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

10. DISBRIGO PAGAMENTO UTENZE DOMICILIARI

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

11. DISBRIGO FACCEDE DOMESTICHE

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, la Struttura Organizzativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite del capitale assicurato, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

12. RICOVERO AUTO

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Ricovero presso una residenza sanitaria assistita

In alternativa a tutte le garanzie e servizi della sezione "TEMPORARY INABILITY CARE" precedentemente riportate, la Struttura Organizzativa provvederà in caso di infortunio, su richiesta dell'Assicurato, al reperimento ed al suo Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio, dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico la relativa spesa per la retta di **degenza fino ad un massimo giornaliero pari a Euro 150,00** per un periodo massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data di ricovero.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile fornire direttamente il servizio, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **con il limite di Euro 160,00 al giorno**, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

In concomitanza con il periodo di Ricovero presso la Residenza Sanitaria Assistita di cui sopra, saranno a disposizione dell'Assicurato le seguenti prestazioni che verranno organizzate ed erogate dalla Struttura Organizzativa in accordo con l'Assicurato stesso, in base alle effettive difficoltà logistiche ed operative che comporta l'assenza dell'Assicurato da casa:

1. DISBRIGO PAGAMENTO UTENZE DOMICILIARI

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo

relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

2. DISBRIGO FACCEDE DOMESTICHE

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, la Struttura Organizzativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **Euro 150,00** ogni 7 giorni di prognosi. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Struttura Organizzativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di **Euro 170,00** ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

3. RICOVERO AUTO

La Struttura Organizzativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Struttura Organizzativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

DELIMITAZIONI E PRECISAZIONI (relative a tutte le prestazioni) - Avvertenza

a) Esclusioni comuni a tutte le garanzie

Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- g) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- h) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- i) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- j) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- k) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;
- p) Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- q) guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- r) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- s) quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

- a) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;

- b) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- c) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- d) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- e) espianto/trapianto di organi.

b) Disposizioni e Limitazioni di responsabilità

- a) la Struttura Organizzativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- b) la Struttura Organizzativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.
- d) In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- e) la Struttura Organizzativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- f) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro;
- g) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Struttura Organizzativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'Art. 2952 c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.

La Struttura Organizzativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- a) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- b) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:

- aereo di linea (classe economica);
- treno (prima classe).

Il servizio fornito dalla Struttura Organizzativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

Art. 30 – ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per permetterne l'intervento immediato, l'Assicurato deve comunicare alla Struttura organizzativa tramite:

- Linea Verde **800370166**
- Telefono (anche per chiamate dall'estero) **+39 02 / 58286723**
- Fax **+39 02 / 58477201**

indicando con precisione:

- tipo di Assistenza di cui necessita;
- nome e cognome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico.

La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Struttura organizzativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – P.zza Trento, 8 – 20135 – Milano (MI)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Struttura organizzativa non saranno rimborsate.

Inoltre l'Assicurato dovrà:

- 1) farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di Assistenza il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- 2) comunicare, insieme alla documentazione del danno, il proprio codice IBAN (riferimenti bancari) e Codice Fiscale.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia - valide qualora venga selezionata la garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Art. 31 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente conseguente a malattia insorta e denunciata durante la validità del contratto e manifestatasi entro un anno dalla data di cessazione del contratto stesso.

Art. 32 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, ha effetto l'assicurazione.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto l'assicurazione prevista dalla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione prevista dalla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

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

Art. 33 – ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- abuso di alcolici o uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- guerra (dichiarata e non) o insurrezione;
- reati dolosi commessi dall'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipula del contratto e/o di eventuali variazioni allo stesso, già note al Contraente o all'Assicurato e da questi sottaciute con dolo o colpa grave;
- patologie psichiatriche o psicologiche (psicosi e nevrosi, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoidi) e loro conseguenze, nonché psicoterapia e/o altre prestazioni terapeutiche relative a depressione, stati d'ansia, epilessia, anoressia, bulimia e simili;
- trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- sieropositività da virus H.I.V.;
- malattie professionali elencate nel D.P.R. 336/94 e successive modifiche;
- malattie congenite;
- Pandemie: intenzionalmente patologiche riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Sono considerate tali a titolo esemplificativo: MERS, SARS, febbre gialla, chikungunya, febbre Zika, febbre del Nilo Occidentale, colera, shigellosi, febbre tifoide, meningite epidemica, peste, leptospirosi, hantavirus, febbre di Lassa, rickettsiosi, Ebola, virus di Marburgo, febbre emorragica del Congo, febbre della Rift Valley, vaiolo, virus Nipah, virus Hendra.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, i punti 1) e 2) si applicheranno con riguardo alla data della variazione anziché a quella di stipulazione dell'assicurazione.

Art. 34 – LIMITI DI ETÀ

La copertura assicurativa si intende operante fino al limite di età dell'Assicurato stabilito in anni 80. Pertanto, la polizza si intende cessata a partire dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età. Non è inoltre possibile assicurare persone di età inferiore a 18 anni.

Art. 35 – PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone:

- di età inferiore a 18 anni o di età pari o superiore a 80 anni;
- domiciliate o residenti fuori dall'Italia, da San Marino o da Città del Vaticano;
- affette da alcoolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate.

In merito all'ultimo punto, come già anticipato all'Art. 12, l'assicurazione cessa con il manifestarsi delle patologie o affezioni descritte e nessun indennizzo viene corrisposto dalla Società. L'eventuale incasso del premio dopo che si sono verificate tali condizioni non costituisce deroga; il premio medesimo verrà restituito dalla Società su richiesta del Contraente.

Art. 36 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 37 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive della malattia. Se, antecedentemente all'insorgere della malattia, l'Assicurato non era fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora la malattia avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, la percentuale di Invalidità Permanente accertata è diminuita tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nel corso dell'assicurazione, le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie. Si intendono malattie concorrenti le malattie o le Invalidità presenti nel soggetto che determinino un'influenza peggiorativa della Malattia denunciata e della Invalidità da essa causata, in quanto interessano lo stesso sistema organo-funzionale. Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui Invalidità sia stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore Invalidità va effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

In deroga a quanto sopra, si precisa che, nel caso in cui l'Invalidità Permanente da Malattia già accertata sia stata determinata da una delle patologie di seguito indicate:

- sclerosi multipla;
- mielopatia cervicale da spondilosi cervicale che condiziona tetraparesi con disturbi sfinterici;
- mielopatia lombo-sacrale condizionante paraparesi con disturbi sfinterici;

le medesime potranno essere oggetto di una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

Tale seconda valutazione deve comunque essere esperita non prima che siano trascorsi 18 mesi dalla prima valutazione e non dopo 36 mesi dalla stessa. In questo caso viene comunque riconosciuta la sola differenza tra la percentuale di Invalidità Permanente indennizzabile ai sensi dell'Art. 39 o 40 e la percentuale precedentemente indennizzata.

Tale seconda ed ultima valutazione è prevista unicamente per l'aggravamento delle patologie sopra elencate e non in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

La somma assicurata indicata in polizza rappresenta l'importo massimo che la Società indennizza complessivamente nell'intera durata della copertura assicurativa. Pertanto la sommatoria degli indennizzi relativi ad Invalidità Permanenti determinate da una o più malattie non può essere, nell'arco dell'intera durata della copertura, maggiore di tale somma indicata in polizza.

Art. 38 – CRITERI E TERMINI DI LIQUIDAZIONE

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata - con riferimento alla Tabella delle valutazioni del grado di Invalidità Permanente per l'Industria allegata al D.P.R. 30 Giugno 1965 n. 1124 (Tabella INAIL) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della polizza - non prima che sia decorso un anno dalla data di denuncia della malattia. Per gli organi od arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste dalla Tabella sopracitata per la perdita totale degli stessi, vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi od arti. Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella Tabella menzionata, l'indennizzo è stabilito facendo riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità lavorativa generica, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La minorazione e/o perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi od arti, comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, con il massimo del **100%**. Nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado inferiore al **25%** dell'invalidità totale. Se l'Invalidità Permanente è di grado pari o superiore al **25%**, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
25	5
26	8
27	11
28	14
29	17
30	20
31	23
32	26
33	29
34	32
dal 35 al 55	pari a quella accertata
56	59
57	63
58	67
59	71
60	75
61	79
62	83

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
63	87
64	91
65	95
dal 66 al 100	100

Il diritto a richiedere l'indennizzo per Invalidità Permanente è di carattere personale e non è trasmissibile agli eredi. In caso di decesso dell'assicurato dopo che l'indennizzo sia stato quantificato oppure offerto, la Società erogherà il pagamento a favore degli eredi. In caso di decesso dell'Assicurato, successivamente al pervenimento della sua richiesta di indennizzo ai sensi di polizza, ma prima che la Società abbia potuto procedere a verificare l'esistenza e l'avvenuta stabilizzazione dei postumi, mediante accertamento medico legale, la sussistenza del diritto all'indennizzo e la sua quantificazione potranno essere accertate anche mediante idonea documentazione clinica; in tal caso, l'erogazione del pagamento avverrà a favore degli eredi.

Si precisa inoltre che, per gli Assicurati over 75 e fino ad un massimo di 80 anni, sarà in ogni caso prevista la seguente tabella di liquidazione:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
fino al 60	0
dal 61 al 100	100

Art. 39 - INVALIDITÀ PERMANENTE GRAVE (tabella alternativa a quella dell'Art. 38)

In alternativa alla tabella di cui all'Art. 38 – Criteri e termini di liquidazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia, l'indennizzo è dovuto solo se l'Invalidità Permanente da Malattia sia di grado superiore al 65% della totale, secondo le percentuali seguenti:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
fino al 65	0
dal 66 al 100	100

Art. 40 – CONTROVERSIE – PERIZIA CONTRATTUALE

Le controversie relative alla quantificazione dell'ammontare del danno o all'indennizzabilità dello stesso possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria. In tal caso, i primi due componenti del Collegio saranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 in via provvisoria le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Al termine dell'Arbitrato l'Assicurato, qualora vincitore, si vedrà rifondere le spese inizialmente sostenute.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da 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, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Art. 41 – CONTINUITÀ DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Qualora la polizza venga emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra precedente riguardante lo stesso Assicurato e la stessa prestazione, la copertura è estesa all'Invalidità Permanente da Malattia insorta nella vigenza della precedente copertura e manifestatasi nel corso della presente copertura; in tal caso, l'indennizzo è valutato, sulla base delle disposizioni contenute nelle presenti condizioni, sulla minore delle somme assicurate previste dalle diverse polizze.

Art. 42 - RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società rinuncia al diritto di rivalsa di cui all'Art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili della malattia.

CONDIZIONI SPECIALI - SOLO PER POLIZZE CUMULATIVE AZIENDE

(Sempre valide ed operanti)

1 – VARIAZIONE DELLA PERSONA DEL CONTRAENTE

Il Contraente stipula il contratto per sé e per i suoi eredi, i quali sono solidalmente obbligati a continuare il contratto stesso fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione, il contratto, continua con l'erede o con 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.

In caso di fusione dell'Impresa Contraente con una o più Imprese, il contratto continua con l'impresa incorporante o con la nuova Impresa costituita. Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'Impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale. Nei casi di scioglimento dell'Impresa Contraente o di 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 od aventi causa, alla Società, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi.

La Società, nei trenta giorni successivi, ha facoltà di recedere dal contratto dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

2 – VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

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.

Delle variazioni del personale assicurato deve essere preso 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 del premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

3 – ASSICURAZIONI PER CONTO ALTRUI

Poiché la presente assicurazione è 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. 1891 c.c..

GARANZIA OPZIONALE

(Valida solo se espressamente richiamata nella scheda di polizza)

10 – SUPERVALUTAZIONE INVALIDITA' PERMANENTE PARI O SUPERIORE AL 66%

A parziale deroga delle tabelle espresse dall'Art. 38 – Criteri e termini di liquidazione e dall'Art. 39 – Invalidità permanente grave, delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da malattia, se l'Invalidità Permanente è di grado pari o superiore al 66%, la Società liquida l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali seguenti:

PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE ACCERTATA	PERCENTUALE DELL'IMPORTO DA LIQUIDARE DA CALCOLARE SULLA SOMMA ASSICURATA
dal 66 al 100	150

INDENNITÀ DA RICOVERO

Norme che regolano l'assicurazione Indennità da ricovero – valide qualora venga selezionata la garanzia Indennità da Ricovero.

Art. 43 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

In caso di ricovero in Istituto di cura a seguito di infortunio o malattia, la Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera assicurata per il numero di giorni di degenza contabilizzati dall'Istituto di cura con il massimo di **360 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo. La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura, sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione.

L'assicurazione vale anche in caso di:

- a) ricovero dell'Assicurato per donazione di organi;
- b) "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività) e fino ad un massimo di 30 giorni consecutivi.

L'indennità giornaliera nei casi di cui alle lettere a) e b) è corrisposta nella metà della somma giornaliera assicurata.

Art. 44 – DECORRENZA DELLA GARANZIA – TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre:

per gli infortuni:

- dal momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione;

per le malattie:

- dal 30° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione;

per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla stipula del contratto, per il parto e per la donazione di organi:

- dal 300° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'Art. 3 - Pagamento del premio e decorrenza della garanzia, delle Norme che regolano l'assicurazione in generale - ha effetto l'assicurazione.

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

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra (anche se appartenente ad altra Compagnia di Assicurazione, purché non annullata da quest'ultima) riguardante gli stessi Assicurati e l'identica garanzia, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

Art. 45 – PRECISAZIONI ED ESCLUSIONI

1. L'assicurazione vale anche durante il servizio militare in tempo di pace in seguito al richiamo per ordinarie esercitazioni; non vale invece durante l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.
2. Sono esclusi dall'assicurazione i ricoveri determinati da:
 - a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla stipula del contratto, sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
 - b) eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipula dell'assicurazione;
 - c) infortuni derivanti da sport aerei o dalla partecipazione a corse o gare motoristiche ed alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
 - d) infortuni derivanti da delitti dolosi dell'Assicurato (compresi, invece, gli infortuni cagionati da colpa grave);
 - e) infortuni e intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni;
 - f) aborto volontario non terapeutico;
 - g) prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio);
 - h) cure dentarie, paradontopatie e applicazioni di protesi dentarie non rese necessarie da infortunio verificatosi nel corso del contratto;
 - i) conseguenze dirette o indirette di trasformazione o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - j) guerra, insurrezione, movimento tellurico o eruzione vulcanica;
 - l) Pandemie: intendendosi patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Sono considerate tali a titolo esemplificativo: MERS, SARS, febbre gialla, chikungunya, febbre Zika, febbre del Nilo Occidentale, colera, shigellosi, febbre tifoide, meningite epidemica, peste, leptospirosi, hantavirus, febbre di Lassa,

rickettsiosi, Ebola, virus di Marburgo, febbre emorragica del Congo, febbre della Rift Valley, vaiolo, virus Nipah, virus Hendra.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto, le lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data della variazione, anziché a quella di stipula dell'assicurazione.

Art. 46 – LIMITI DI ETÀ

La copertura assicurativa si intende operante fino al limite di età dell'Assicurato stabilito in anni 80. Pertanto, la polizza si intende cessata a partire dalla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Art. 47 – LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 48 – CRITERI DI LIQUIDAZIONE

Il pagamento viene effettuato su presentazione, in originale, di regolare attestato di degenza in Istituto di cura, debitamente sottoscritto.

L'originale presentato dall'Assicurato rimane acquisito alla Società.

Art. 49 – CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie relative alla quantificazione dell'ammontare del danno o all'indennizzabilità dello stesso possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria. In tal caso, i primi due componenti del Collegio saranno nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove 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 in via provvisoria le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Al termine dell'Arbitrato l'Assicurato, qualora vincitore, si vedrà rifondere le spese inizialmente sostenute.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da 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, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

È fatto salvo in ogni caso il diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.

Art. 50 – RINUNCIA ALLA RIVALSA

La Società dichiara di rinunciare a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di rivalsa che possa competere ai sensi dell'Art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'infortunio.

CONDIZIONI SPECIALI

(Sempre valide ed operanti).

1 - RISCHIO DI GUERRA ALL'ESTERO

La garanzia viene estesa agli infortuni avvenuti all'estero (escluso comunque il territorio dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino) derivanti da stato di guerra (sia che la guerra sia dichiarata o no) e insurrezione, per il periodo massimo di **14 giorni** dall'inizio degli eventi stessi, se ed in quanto l'Assicurato ne risulti sorpreso mentre si trova all'estero. La presente estensione non è comunque operante per gli infortuni aeronautici.

2 - FRANCHIGIA

Il capitale assicurato per indennità da ricovero verrà corrisposto a partire dal quarto giorno computabile a termini di polizza, con applicazione di alcuna franchigia di 3 giorni.

3 - CONTEMPORANEO RICOVERO DI ENTRAMBI I CONIUGI

Qualora a seguito di infortunio o malattia indennizzabile a termini di polizza ambedue i coniugi (o conviventi *more uxorio*), di cui almeno uno assicurato, siano ricoverati in una struttura sanitaria, la Società riconosce all'Assicurato, per ogni giorno di ricovero contemporaneo, l'indennità giornaliera indicata in polizza maggiorata del **50%**.

Tale maggiorazione non viene riconosciuta per l'eventuale convalescenza successiva al ricovero, che viene liquidata, se prevista, in base alle specifiche della Garanzia Opzionale **A**.

4 - MAGGIORAZIONE DELL'INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO

In caso di ricovero indennizzabile a termine di polizza, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera secondo le seguenti modalità:

- a) il **100%** dell'indennità pattuita per ogni giorno di ricovero che comporti grande intervento chirurgico (vedi elenco presente alle pagg. 39 e 40) o che avvenga in reparto di rianimazione o di terapia intensiva;

- b) il **50%** dell'indennità pattuita in caso di ricovero che si protragga per più di 20 giorni, pertanto a partire dal 21 giorno;
- c) il **100%** dell'indennità pattuita in caso di ricovero d'urgenza all'estero, reso necessario da malattia improvvisa o infortunio che si manifesti o accada all'estero. Per malattia improvvisa si intende una malattia acuta di cui l'Assicurato non è a conoscenza e che non sia la manifestazione di un precedente morboso.

In ogni caso, per effetto delle maggiorazioni di cui sopra, l'importo massimo dell'indennità giornaliera per ricovero non potrà eccedere il **doppio** della somma assicurata risultante in polizza.

GARANZIE OPZIONALI

(Valide se espressamente richiamate nella scheda di polizza).

11 - INDENNITÀ DA POST – RICOVERO

In caso di ricovero indennizzabile a termine di polizza, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera di post-ricovero pari all'indennità da ricovero assicurata.

Detta indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di cura e per un numero di giorni pari a quello del ricovero, con il massimo di **60 giorni**, fermo restando che la somma dei giorni per le due garanzie non può superare **360 giorni** per ogni singolo caso di ricovero e per anno assicurativo.

Il post-ricovero dovrà essere comprovato da idonea certificazione dell'Istituto di cura che l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società al momento della dimissione. Limitatamente al parto, e fermo restando il disposto del 2° capoverso della presente Condizione Aggiuntiva, l'indennità sarà liquidata per un periodo massimo di **5 giorni**.

12 – INDENNITÀ PER INGESSATURA

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, venga applicato apparecchio gessato, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una indennità giornaliera pari al capitale assicurato per indennità da ricovero, anche se l'infortunio non ha comportato pernottamento. Tale indennità non è cumulabile con quella per indennità da Ricovero laddove vi sia stato ricovero.

L'ingessatura e la sua durata dovranno essere comprovate da idonea certificazione medica.

La presente indennità verrà corrisposta per un massimo di **45 giorni** per gli arti superiori e di **90 giorni** per gli arti inferiori, vertebre e bacino.

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

Apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;

Bendaggi amicati;

Docce/valve gessate;

Bendaggio Desault;

Minerve (in cuoio);

Apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);

Trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

Non sono ricompresi in garanzia i seguenti apparecchi, in quanto tutori non equivalenti ad apparecchio gessato:

Bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";

Apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;

Bendaggi elastici adesivi;

Protesi in genere (app. di posizione – es. Plantari);

Collari Shantz, Camp, simili;

Ginocchiere DonJoy;

Presidi di contenimento delle fratture nasali;

Stecche di Zimmer.

In caso di frattura ossea o lesione capsulo-legamentosa, clinicamente diagnosticata ma che non renda necessaria alcuna ingessatura, come da definizione di polizza, la Società provvede ad indennizzare una somma pari al **50%** di quella prevista per Indennità da Ricovero indicata in polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato, ma con un limite massimo di **30 giorni** per sinistro e per anno assicurativo.

13 – LIMITAZIONE ALLA SOLA COPERTURA INFORTUNI

A parziale deroga dell'Art. 44 – Oggetto dell'assicurazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Indennità da ricovero, la copertura vale esclusivamente per i casi di infortunio, restando pertanto esclusa la copertura per i casi derivanti da malattia.

14 – LIMITAZIONE ALLA SOLA COPERTURA MALATTIA

A parziale deroga dell'Art. 44 – Oggetto dell'assicurazione, delle Norme che regolano l'assicurazione Indennità da ricovero, la copertura vale esclusivamente per i casi di malattia, restando pertanto esclusa la copertura per i casi derivanti da infortunio.

15 – ACCOMPAGNATORE

In caso di ricovero con pernottamento, indennizzabile a termini di polizza, al di fuori della residenza dell'Assicurato, la Società riconosce all'Assicurato stesso, contestualmente e in aggiunta a quanto a questi dovuto, un importo giornaliero pari al **100%**

della somma assicurata indicata in polizza per ogni giorno di pernottamento dell'eventuale accompagnatore. Tale pernottamento potrà avvenire nella stessa struttura sanitaria presso la quale sia ricoverato l'Assicurato o anche presso albergo o diversa struttura, con il limite massimo di **30 giorni** per anno assicurativo.

16 – ASSISTENZA INFERMIERISTICA OSPEDALIERA

In caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza, la Società riconosce all'Assicurato, fino al limite giornaliero di **Euro 100,00**, le spese sostenute dall'Assicurato per l'assistenza fornita da personale infermieristico qualificato durante il ricovero. Tale rimborso verrà corrisposto per un massimo di **30 giorni** per anno assicurativo e per persona assicurata e sarà subordinato a presentazione delle notule, distinte e ricevute, in originale e debitamente intestate e quietanzate.

17 – RIMBORSO DELLE SPESE PRE E POST RICOVERO

In caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza e comportante almeno due pernottamenti, la Società riconosce all'Assicurato, fino a concorrenza di **Euro 1.500,00** per anno assicurativo e per l'insieme delle persone assicurate risultanti in polizza, le spese sostenute per:

- Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, effettuati nei **60 giorni** precedenti il ricovero, purché pertinenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricovero;
- Esami e visite specialistiche, prestazioni mediche ed infermieristiche ambulatoriali, trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei **60 giorni** successivi alla data delle dimissioni dal ricovero, purché pertinenti all'infortunio o alla malattia che ha determinato il ricorso a tali prestazioni.

La Società rimborsa l'**80%** delle spese sostenute, restando a carico dell'Assicurato il rimanente **20%** con il minimo di **Euro 100,00** per ogni sinistro.

Le spese relative ai soli ticket saranno invece rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto ma con il minimo sopra indicato.

Il rimborso delle spese avverrà solamente ad ultimazione delle cure, presentando gli originali delle fatture e delle notule fiscalmente regolari in originale e quietanzate. Qualora intervengano il S.S.N. od altri Enti, privati e non, gli originali possono essere sostituiti da copie con l'attestazione di quanto corrisposto.

Le spese sostenute all'estero verranno rimborsate in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'ufficio Italiano Cambi - della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

La Società restituirà la parte della documentazione relativa alle spese previa iscrizione dell'importo rimborsato e della data del rimborso.

La Società ed il Contraente hanno facoltà di annullare l'operatività di tale garanzia ad ogni scadenza annuale, mediante comunicazione scritta da inviarsi entro 30 giorni precedenti la data di scadenza stessa.

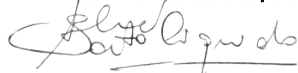
Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Amissima Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nel presente documento.

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Legale Rappresentante

(Dott. Alessandro Santoliquido)



ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI – CONDIZIONE SPECIALE 4 INDENNITA' DA RICOVERO

CRANIO	ESOFAGO
(vedi anche chirurgia del sistema nervoso centrale e periferico)	(vedi anche otorinolaringoiatria)
Craniotomia per lesioni traumatiche intracerebrali	interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcera peptica post-operatoria
FACCIA E BOCCA	operazioni sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario	idem per tumori: resezioni parziali basse-alte-totali
interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare	esofagoplastica
asportazione totale della parotide per neoplasie maligne	reintervento per megaesofago
resezione parotidea per tumore benigno o misto della parotide con preparazione del nervo facciale	STOMACO-DUODENO
parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale	resezione gastrica da neoplasie maligne
COLLO	gastrectomia totale da neoplasie maligne
tiroidectomia totale per neoplasie maligne	resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
timestomia per via cervicale	INTESTINO
resezione dell'esofago cervicale	colectomia totale
TORACE	resezione ileo-cecale con linfadenectomia
resezioni segmentarie e lobectomia	RETTO-ANO
pneumonectomia	amputazione del retto per via addomino perineale: in un tempo
interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi	idem per via addomino perineale: in più tempi
interventi per fistole bronchiali-cutanee	resezione anteriore retto-colica
Pleuropneumonectomia	
toracectomia ampia	ERNIE
resezione bronchiale con reimpianto	intervento iatale con funduplicatio
timestomia per via toracica	FEGATO E VIE BILIARI
toracoplastica totale	resezione epatica
CHIRURGIA TORACICA	epatico e coledocotomia
pericardiectomia parziale o totale	papillotomia per via trans-duodenale
sutura del cuore per ferite	interventi per la ricostruzione delle vie biliari
interventi per corpi estranei del cuore	deconnessione azygos-portale per via addominale
atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi	PANCREAS E MILZA
derivazioni aorto-polmonari	interventi di necrosi acuta del pancreas
correzione di coartazione aortica	interventi per cisti e pseudocisti: enucleazione delle cisti e marsupializzazione
interventi per fistole artero-venose del polmone	interventi per fistole pancreatiche
legatura e resezione del dotto di Botallo	interventi demolitivi sul pancreas: totale o della testa, della coda
operazione per embolia della arteria polmonare	splenectomia
interventi a cuore aperto	anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
bypass aorto-coronarico	
applicazione di pacemaker	

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO	CHIRURGIA PEDIATRICA
asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche	cisti e tumori tipici del bambino di origini bronchiale eterogenea e nervosa (simpatoblastoma)
operazioni endocraniche per ascesso ed ematoma intracranico	atresia congenita dell'esofago
interventi per derivazione liquorale diretta ed indiretta	fistola congenita dell'esofago
operazione per encefalo-meningocele	torace a imbuto e torace carenato
talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	ernia diaframmatica
interventi per epilessia focale	stenosi congenita del piloro
interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie ed altre affezioni meningomidollari	occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
neurotomia retrogasseriana - sezione intracranica di altri nervi	atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare: abbassamento addomino perineale
emisferectomia	megauretere: resezione con reimpianto, resezione con sostituzione di ansa intestinale
ernia del disco dorsale per via transtoracica	megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson, nefrectomia per tumore di Wilms
SIMPATICO E VAGO	spina bifida: meningocele o mielomeningocele
interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splanchnici	UROLOGIA
CHIRURGIA VASALE	interventi per fistola vescico rettale
interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale, succlavia, tronco brachiocefalico, iliache	intervento per estrofia della vescica
interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi	cistectomia totale ureterosigmoidostomia
ARTICOLAZIONI	uretero-ileo anastomosi (o colo)
disarticolazione interscapolo toracica	nefrotomia bivalve in ipotermia
emipelvectomia	nefrectomia allargata per tumore
artroplastica delle grandi articolazioni con materiale biologico	nefro-ureterectomia totale
APPARATO GENITALE MASCHILE	surrenalectomia
orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia	OTORINOLARINGOIATRIA
GINECOLOGIA	NASO
pannisterectomia radicale per via addominale per tumori maligni	intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
OCULISTICA	
iridocicloretrazione da glaucoma	LARINGE
CHIRURGIA PEDIATRICA	laringectomia totale
cranio bifido con meningoencefalocele	faringolaringectomia
idrocefalo ipersecretivo	
polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)	ORECCHIO
	antro-atticotomia
	TRAPIANTI DI ORGANI
	tutti i trapianti di organo si intendono Grande Intervento Chirurgico. In questi casi l'indennità giornaliera pattuita per il ricovero ospedaliero dell'Assicurato opera anche per il donatore

TABELLA CODICI PROFESSIONE ED ATTIVITÀ

Codice attività	Descrizione Attività	Classe
506	Abbattitore di piante (boscaiolo)	D
171	Accalappiacani	B
2	Accompagnatore turistico	A
1	Accompagnatore/accompagnatrice	A
172	Accordatore di strumenti musicali	B
385	Acqueforti (riproduttore di)	C
507	Acrobata	D
508	Addestratore di animali	D
386	Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie anche con manutenzione e riparazione	C
173	Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie senza manutenzione	B
174	Addetto a servizi vari anche su pista, anche con lavoro manuale nell'aviazione civile	B
509	Addetto alla lavorazione, manipolazione, trasporto ed uso professionale di esplosivi e contaminanti	D
510	Addetto di giardini zoologici	D
175	Addobbatore	B
562	Aeronautica	R.D.G.
176	Agente di assicurazione	B
3	Agente di borsa e di cambio	A
4	Agente di commercio che non provvede alla consegna di prodotti	A
177	Agente di commercio che provvede anche alla consegna di prodotti	B
387	Agente di custodia	C
563	Agente di pubblica sicurezza - poliziotto	R.D.G.
180	Agente di pubblicità	B
181	Agente di viaggio	B
178	Agente immobiliare	B
179	Agente marittimo	B
182	Agente: teatrale, collocamento, cinematografico	B
511	Agricoltore, con uso di macchine agricole	D
183	Agricoltore, senza uso di macchine agricole	B
184	Agrimensore/Agronomo	B
185	Albergatore con mansioni promiscue/manuali	B
186	Albergatore senza lavoro manuale	B
187	Allenatore sportivo dilettantistico	B
512	Allenatore sportivo professionista	D
188	Allestitore	B
189	Allevatore di animali diversi da bovini, equini, suini	B
513	Allevatore di animali equini, bovini, suini	D

190	Allibratore	B
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
564	Alpino	R.D.G.
191	Ambasciatore	B
	Ambulante: v. Venditore ambulante	
5	Amministratore in genere	A
6	Analista finanziario	A
192	Animatore di villaggi turistici	B
7	Annunciatrice	A
514	Antennista: con accesso a tetti	D
193	Antennista: senza accesso ai tetti	B
194	Antiquario con attività di restauro	B
8	Antiquario senza attività di restauro, solo vendita	A
9	Antropologo	A
388	Apicoltore	C
195	Archeologo	B
196	Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
10	Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
198	Argentiere: con lavorazione	B
197	Argentiere: solo vendita	B
389	Armaiolo	C
199	Arredatore	B
390	Arrotino	C
200	Artista di strada, esclusi spettacoli acrobatici	B
391	Ascensorista: addetto a riparazione e/o manutenzione	C
515	Ascensorista: con installazione impianti	D
392	Asfaltatore	C
201	Assistente alla poltrona (studio dentistico)	B
11	Assistente geriatrico	A
202	Assistente sociale	B
203	Attacchino	B
204	Attore/Direttore Artistico	B
393	Ausiliario del traffico	C
12	Ausiliario socio-sanitario	A
517	Autista di autoambulanza	D
516	Autista di autocarri e motocarri con operazioni di carico e scarico	D
395	Autista di autocarri e motocarri senza operazioni di carico e scarico	C
394	Autista di pullman ed autobus	C
205	Autista, esclusi autocarri, motocarri, pullman ed autobus	B
206	Autolavaggio	B
396	Autorimessa: con attività di manutenzione, lavaggio, riparazione	C

207	Autorimessa: senza lavoro manuale/solo lavoro amministrativo	B
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
208	Autoscuola: istruttore di pratica/guida	B
13	Autoscuola: istruttore di teoria	A
518	Autotrasportatore: con guida e con operazioni di carico e scarico	D
209	Autotrasportatore: senza guida e senza operazioni di carico e scarico	B
210	Avorio/pietre dure: lavorazione	B
14	Avvocato/Procuratore legale	A
15	Baby sitters	A
16	Badante	A
211	Bagnino	B
397	Ballerina/o	C
17	Bambino in età prescolare	A
212	Bar ed esercizi similari	B
213	Barbiere	B
398	Barcaiolo addetto al trasporto di cose, compreso carico e scarico	C
214	Barcaiolo addetto al trasporto di persone	B
215	Barelliere	B
216	Barista	B
18	Battitore d'asta	A
19	Benestante senza particolari occupazioni	B
217	Benzinaio, senza riparazione	B
20	Bibliotecario	A
218	Biciclette: riparazione	B
219	Biciclette: solo vendita	B
220	Bidello	B
221	Bigiotteria: lavorazione oggetti	B
21	Bigliettaio	A
22	Biologo	A
399	Borse - lavorazione	C
	Boscaiolo: v. Abbattitore di piante	
23	Botanico	A
24	Broker assicurativo	A
400	Bronzo - lavorazione	C
222	Brunitore	B
25	Burattinaio	A
26	Call center addetto	A
223	Callista	B
224	Calzolaio	B
225	Cameraman	B
226	Cameriere	B

227	Camiciaia/bustaia	B
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
27	Cancelliere	A
401	Candele - lavorazione	C
228	Cantante	B
229	Cantiniere	B
230	Cantoniere	B
28	Capostazione	A
231	Cappellaio	B
565	Carabiniere	R.D.G.
232	Cardatore	B
520	Carpentiere navale	D
519	Carpentiere: con accesso a impalcature, tetti, ponti e pozzi	D
403	Carpentiere: solo a terra (lavorazioni in legno o ferro)	C
404	Carrozziere	C
405	Cartaio	C
29	Cartolaio	A
233	Casalinga	B
406	Casaro: con allevamento di bestiame	C
234	Casaro: senza allevamento di bestiame	B
30	Casellante (autostradale, ferroviario)	A
235	Cassiere di banca o supermercato	B
31	Cassiere di cinema o teatro	A
521	Cavaio: con lavoro manuale ed uso di mine	D
407	Cavaio: con lavoro manuale senza uso di mine	C
236	Cavaio: senza lavoro manuale	B
32	Centralinista	A
237	Ceramiche: lavorazione, con modellatura e cottura	B
	Ceramiche: sola vendita: v. Negozi di Vendita	
33	Certificatore di bilancio	A
34	Certificatore di qualità	A
238	Cesellatore	B
239	Cestaio	B
522	Chimico di laboratorio con trattamento di materiali esplosivi o esplosivi	D
240	Chimico di laboratorio senza trattamento di materiali esplosivi o esplosivi	B
35	Chimico senza attività di analisi e sperimentazione in laboratori	A
241	Cineoperatore	B
	Clero: v. Ministro del culto	
242	Clown	B
243	Cocchiere	B
	Collaboratore familiare: v. Domestica/o	

523	Collaudatore di veicoli a motore (compresi modelli da competizione)	D
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
408	Collaudatore di veicoli a motore (esclusi modelli da competizione)	C
36	Commercialista	A
244	Commerciante all'ingrosso: che viaggia spesso o con sovrintendenza a lavori manuali.	B
409	Commerciante all'ingrosso: con lavorazione manuale (carico e scarico-guida di auto)	C
37	Commerciante all'ingrosso: prevalentemente in ufficio	B
245	Commesso in servizio prevalentemente esterno, addetto a trasporto e consegna	B
38	Commesso in servizio prevalentemente interno (no trasporto e consegna)	A
410	Commesso viaggiatore: con trasporto e consegna merce	C
246	Commesso viaggiatore: senza trasporto e senza consegna merce	B
247	Commissario di avaria/di bordo	B
411	Concessionario auto e moto: con riparazione - manutenzione	C
39	Concessionario auto e moto: solo vendita	A
412	Conciatore	C
248	Coniatore	B
249	Console	B
40	Consulente del lavoro e simili	A
	Controfigura: v. Stuntman	
41	Controllore	A
250	Corallo: lavorazione	B
251	Cordami: lavorazione	B
42	Coreografo	A
43	Corista	A
413	Cornici: fabbricazione	C
252	Cornici: sola vendita	B
44	Corriere con mansioni amministrative	A
414	Corriere con recapito	C
566	Cosmonauta	R.D.G.
45	Costumista	A
46	Critico d'arte	A
415	Cromatore/Nichelatore	C
47	Cronista	A
48	Croupier	A
253	Cuoco	B
416	Cuoio e pellame - lavorazione	C
254	Custode cimiteriale	B
49	Custode: non notturno, non armato	A
417	Custode: notturno o armato o di cantieri, impianti industriali	C
524	Decoratore/imbianchino con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	D
418	Decoratore/imbianchino senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	C

525	Demolitore	D
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
255	Dentista	B
256	Diplomatico	B
50	Direttore d'orchestra	A
257	Dirigente esterno e/o con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
51	Dirigente, escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
258	Disegnatore: che frequenta ambienti di lavoro	B
52	Disegnatore: solo in ufficio	A
419	Disinfestatore: anche a bordo di navi	C
259	Disinfestatore: solo a terra, non a bordo di navi	B
53	Disk jockey	A
260	Disoccupato	B
420	Distributore di carburanti liquidi: con riparazioni/lavaggio e simili	C
261	Dog sitters	B
54	Doganiera	A
	Domatore: v. Addestratore di animali	
262	Domestica/o	B
55	Doppiatore	A
263	Doratore	B
264	Droghiere	B
265	Ebanista	B
56	Editore	A
421	Elettrauto	C
422	Elettricista: in laboratorio, all'interno di fabbricati	C
526	Elettricista: all'esterno di fabbricati su impalcature e/o a contatto con correnti ad alta tensione	D
266	Elettrodomestici, radio e TV: installazione e/o riparazione (escluso antennista)	B
57	Elettrodomestici, radio e TV: solo vendita	A
423	Elettrotecnico	C
567	Elicotterista	R.D.G.
267	Enologo/Enotecnico	B
58	Erborista	A
268	Esattore: prevalentemente esterno	B
59	Esattore: prevalentemente in ufficio	A
424	Escavatorista	C
269	Estetista	B
425	Fabbro: solo a terra	C
527	Fabbro: su impalcature, tetti, ponti, pozzi	D
426	Facchino	C
568	Fachiro	R.D.G.
427	Falegname: solo a terra	C

528	Falegname: su impalcature, tetti, ponti, pozzi	D
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
529	Fantino	D
60	Farmacista	A
	Fattore di campagna: v. Agricoltore	
270	Fattorino anche all'esterno di uffici	B
61	Fattorino solo all'interno di uffici	A
	Ferrista: v. Assistente alla poltrona	
62	Ferroviero addetto alla biglietteria o altra attività senza lavoro manuale	A
428	Ferroviero addetto allo smistamento merci e alla manutenzione, macchinista	C
63	Figurista	A
271	Filatore	B
272	Fiorista	B
64	Fisioterapista	A
273	Floricoltore: senza uso di trattori	B
429	Floricoltore: con uso di trattori	C
430	Fonditori di metalli	C
431	Fornaio	C
569	Forze armate in genere	R.D.G.
274	Fotografo: anche esterno - fotoreporter	B
65	Fotografo: solo in studio	A
66	Fotomodella	A
432	Fresatore	C
275	Fruttivendolo	B
530	Fuochi d'artificio - lavorazione	D
	Fuochista: v. Riscaldamento	
67	Gallerista	A
433	Galvanoplastica - lavorazione	C
276	Gelataio (anche ambulante) - confezione e vendita	B
998	Generico Riservato Direzione	R.D.G.
277	Geologo: attività esterna	B
68	Geologo: solo in ufficio	A
434	Geometra all'esterno e/o con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	C
69	Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
70	Gestore di cinema e teatri	A
531	Giardiniere con potatura di alberi ad alto fusto	D
278	Giardiniere senza potatura di alberi ad alto fusto	B
279	Gioielliere	B
71	Giornalaio/edicola	A
280	Giornalista: cronista	B
72	Giornalista: Direttore/Redattore	A

532	Giostraio	D
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
281	Gommista: montaggio, riparazione e vendita	B
282	Gondoliere	B
73	Governante	A
74	Grafico	A
533	Gruista (compreso montaggio)	D
283	Guantaio	B
435	Guardia Caccia	C
284	Guardia campestre	B
534	Guardia del corpo	D
570	Guardia di Finanza	R.D.G.
436	Guardia forestale	C
535	Guardia giurata con trasporto di valori	D
571	Guardia Giurata notturna	R.D.G.
437	Guardia Pesca	C
536	Guida Alpina/Portatore	D
75	Guida turistica	A
76	Hostess di terra	A
438	Hostess di volo	C
537	Idraulico: con accesso impalcature, tetti, pozzi	D
439	Idraulico: senza accesso impalcature, tetti, pozzi	C
	Illusionista: v. Prestigiatore	
285	Imbalsamatore di animali	B
	Imbianchino: v. Decoratore	
286	Impagliatore (di sedie, recipienti)	B
287	Impiegato con partecipazione a lavori di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.	B
77	Impiegato: amministrativo in genere	A
288	Imprenditore con lavori di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.	B
440	Imprenditore con lavoro di pesante manualità con uso di macchine operatrici	C
538	Imprenditore edile che prende parte ai lavori	D
78	Imprenditore in genere che non lavora manualmente	A
572	Incantatore di serpenti	R.D.G.
289	Incisore	B
79	Indossatore	A
290	Infermiere	B
80	Ingegnere senza accesso a cantieri	A
441	Ingegnere: anche esterno e/o con accesso a cantieri o processi lavorativi	B
573	Insegnante di alpinismo	R.D.G.
442	Insegnante di ballo	C
291	Insegnante di educazione fisica	B

574	Insegnante di equitazione	R.D.G.
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
575	Insegnante di judo, karate e simili	R.D.G.
443	Insegnante di materie professionali con prove in laboratorio	C
81	Insegnante di materie professionali senza prove in laboratorio	A
576	Insegnante di sci, basket, tennis	R.D.G.
292	Insegnante di sostegno	B
293	Insegne - installazione: non più di 4 mt. da terra	B
539	Insegne - installazione: oltre 4 mt. da terra/su tetti	D
444	Installatore di distributori automatici (compresa manutenzione)	C
294	installatore di telefoni, elettrodomestici, radio, TV (escluso antennista)	B
445	Installatore di tende, veneziane, serramenti con uso di ponteggi e impalcature	C
295	Installatore di tende, veneziane, serramenti senza uso di ponteggi e impalcature	B
296	Intagliatore	B
297	Intarsiatore	B
82	Interprete	A
446	Investigatore	C
298	Ispettore di assicurazione/bancario	B
299	Lattaio	B
300	Lattoniere solo a terra	B
301	Lavandaio	B
448	Lavoratore forestale	C
449	Levigatore di pavimenti	C
83	Libraio	A
450	Linotipista/Litografo	C
302	Liutaio	B
84	Logopedista	A
85	Logoterapista	A
	Lotto: v. Ricevitoria	
451	Lucidatore (pelli, mobili, metalli)	C
86	Lustrascarpe	A
452	Macellaio con macellazione	C
303	Macellaio senza macellazione	B
87	Magazziniere: capo con compiti direttivi	A
453	Magazziniere: con impiego di mezzi di sollevamento	C
304	Magazziniere: in esercizio con stivaggio piccoli colli	B
305	Magistrato/Giudice	B
306	Magliaia/o	B
307	Manicure	B
454	Maniscalco	C
455	Marinaio	C

577	Marinaio militare - addetto alla Marina militare	R.D.G.
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
456	Marmista: solo a terra ed all'esterno di cave	C
540	Marmista: su impalcature/ponti o in cave	D
308	Massaggiatore	B
457	Materassaio	C
458	Meccanico	D
309	Mediatore di legname o bestiame	B
88	Mediatore, esclusi legname e bestiame	A
89	Medico che non pratica attività chirurgica	A
310	Medico che pratica attività chirurgica	B
311	Merchandiser/Visual merchandiser	B
90	Merciaia	A
91	Messo comunale	A
92	Metereologo	A
578	Militare	R.D.G.
541	Minatore	D
93	Ministro del culto - escluse missioni all'estero	A
312	Missionario all'estero	B
313	Mobiliere: addetto alla sola vendita, senza fabbricazione	B
459	Mobiliere: fabbricazione mobili in ferro e/o legno	C
94	Modella	A
314	Modellista	B
315	Modista	B
460	Montatore (meccanico)	C
542	Mosaicista: con accesso a impalcature o ponti	D
461	Mosaicista: solo all'interno di fabbricati	C
	Motocicli: v. Concessionario	
462	Motorista	C
463	Mugnaio	C
543	Muratore	D
316	Musicista: escluso orchestrale sinfonico/lirico	B
95	Musicista: orchestrale sinfonico/lirico	A
317	Necroforo	B
464	Negozi di Vendita (proprietari e addetti) : articoli igienico-sanitari con installazione	C
320	Negozi di Vendita (proprietari e addetti) : materiale per l'edilizia	B
318	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli caccia pesca escluso armi	B
319	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): cinghie, prodotti chimici, articoli industriali	B
96	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : abiti, confezioni, filati, tessuti, pizzi ecc.	A
97	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : animali vivi	A
100	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : articoli igienico-sanitari senza installazione	A

98	Negozi di Vendita(proprietari e addetti) : articoli ortopedici	A
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
99	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli religiosi	A
101	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): borse, pelletterie, calzature, guanti	A
102	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): cartoleria, libreria	A
103	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): casalinghi, ceramiche, cristallerie	A
104	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): colori, vernici, ferramenta, gomma	A
105	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): drogheria, vini, liquori	A
106	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): erboristerie	A
107	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): fotografia, ottica, strumenti musicali, dischi	A
108	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): giocattoli, articoli sportivi	A
109	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): gioielleria, orologeria, bigiotteria	A
110	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): panetteria, gelateria senza produzione	A
111	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): profumerie	A
112	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): sali, tabacchi	A
321	Negoziante di supermarket, minimarket, bazar	B
465	Nichelatore/Cromatore	C
113	Notaio	A
322	Odontoiatra/odontotecnico	B
466	Operaio - con uso di macchine ed accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature	C
323	Operaio - senza uso di macchine e senza accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature	C
114	Operatore di medicina alternativa	A
324	Operatore ecologico	B
115	Operatore informatico	A
116	Operatore turistico	A
467	Orafo - lavorazione metalli preziosi	C
468	Orefice - riparazione metalli preziosi	C
117	Orefice - sola vendita	A
	Organista: v. Liutaio	
325	Orologiaio - con riparazione	B
118	Orologiaio - sola vendita	A
326	Orticolto	B
469	Ortopedico (fabbricazione di apparecchi)	C
327	Oste	B
119	Ostetrica	A
328	Ottico: riparazione, montaggio, costruzione di materiali	B
579	Palombaro	R.D.G.
329	Panettiere	B
330	Paramedico	B
120	Parceggiatore	A
	Parroco (v. Ministro del culto)	

121	Parrucchiere per signora	A
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
331	Pastaio/Pasticcere	B
332	Pastore	B
470	Pavimentatore/Piastrellista: all'interno di fabbricati	C
544	Pavimentatore/Piastrellista: su impalcature e tetti	D
334	Pedicure	B
335	Pellettiere	B
336	Pellicciaio	B
122	Pensionato	A
337	Perito	B
	Personal trainer: v. Preparatore atletico	
472	Pescatore di laghi e fiumi	C
545	Pescatore di mare	D
338	Pescivendolo	B
123	Phone center addetto	A
	Piastrellista: v. Pavimentatore	
339	Piazzista	B
580	Pilota	R.D.G.
546	Pirotecnico	D
124	Pittore: solo in studio	A
473	Pittore: su impalcature	C
340	Pizzaiolo	B
474	Plastica (stampaggio)	C
125	Podologo	A
126	Politico	A
504	Polizia locale (Vigile urbano) - motociclista	C
384	Polizia locale (Vigile urbano) - non motociclista	B
341	Pompe Funebri: fuori ufficio	B
127	Pompe Funebri: solo in ufficio	A
475	Pony express	C
128	Portaborse	A
	Portantino: v. Barelliere	
342	Portavalori	B
129	Portiere di stabili	A
477	Portuale (dipendente, esclusi facchini)	C
343	Posatore di parquet	B
344	Postino	B
476	Potatore di alberi	C
130	Pranoterapista	A
478	Preparatore atletico	C

345	Presentatore	B
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
131	Preside	A
346	Prestigiatore	B
132	Procacciatore di affari	A
133	Professore universitario	A
134	Programmatore	A
135	Promoter	A
136	Promotore finanziario	A
137	Provveditore agli studi	A
138	Psicanalista	A
139	Psichiatra	A
140	Psicologo	A
141	Pubblicista	A
142	Pubblicitario	A
548	Pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere	D
479	Pulizia: all'interno di fabbricati	C
547	Pulizia: anche all'esterno di fabbricati	D
347	Quadro con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.	B
143	Quadro con sola attività amministrativa	A
144	Questore	A
480	Radiologo	C
549	Radiotecnico: con installazione e/o riparazione di antenne	D
348	Radiotecnico: senza posa o riparazione antenne	B
481	Rame - lavorazione	C
349	Rammendatrice/Ricamatrice	B
482	Rappresentante con consegna di prodotti	C
350	Rappresentante senza consegna di prodotti	B
351	Regista (cinema, teatro, TV)	B
483	Restauratore di opere d'arte: di mobili	C
352	Restauratore di opere d'arte: solo a terra o in laboratorio	B
484	Restauratore di opere d'arte: su ponteggi	C
145	Revisore dei conti	A
146	Ricamatrice	A
147	Ricercatore scientifico	A
353	Ricevitoria (attività presso)	B
354	Riflessuologo	B
355	Rigattiere	B
356	Rilegatore	B
357	Riparatore di elettrodomestici, macchine per ufficio e di calcolo, computer	B
485	Riscaldamento: (installazione e/o riparazione di impianti) senza accesso ad impalcature	C

550	Riscaldamento: con accesso ad impalcature	D
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
358	Ristorante/Pizzeria/Trattoria: con mansioni promiscue	B
148	Ristorante/Pizzeria/Trattoria: senza lavoro manuale	A
359	Rosticciere	B
	Sacerdote: v. Ministro del culto	
149	Sagrestano	A
486	Saldatore (saldatura autogena elettrica)	C
360	Salumiere	B
361	Sarto	C
581	Scalatore	R.D.G.
487	Scalpellino (marmi/pietre) non in cava	C
150	Sceneggiatore	A
362	Scenografo	B
151	Scrittore	A
488	Scultore - anche su impalcature e ponti	C
363	Scultore - solo a terra	B
152	Segretario di pubblica amministrazione	A
582	Sentinella	R.D.G.
364	Sindacalista	B
153	Sindaco	A
551	Skipper	D
365	Smaltatore di oggetti	B
366	Smerigliatore di vetri e cristalli	B
489	Soffiatore di vetro	C
367	Sommelier	B
552	Sommozzatore	D
553	Spazzacamino	D
490	Specchi - fabbricazione e/o lavorazione	C
154	Specchi - sola vendita	A
155	Spedizioniere che accede agli ambienti di lavoro senza partecipazione manuale	A
491	Spedizioniere che effettua anche carico e scarico	C
554	Speleologo	D
584	Sportivo professionista	R.D.G.
555	Spurgatore di pozzi neri e manutentore di reti fognarie	D
583	Stagista	R.D.G.
492	Stagnino - anche su impalcature	C
368	Stagnino - solo a terra	B
493	Stalliere	C
494	Stampatore	C
156	Stilista	A

369	Stiratore	B
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
157	Stiratrice	A
158	Strillone (giornali)	A
159	Studente	B
585	Stuntman	R.D.G.
160	Suora	A
370	Tabaccaio	B
556	Tagliapietre con accesso a cave	D
495	Tagliapietre senza accesso a cave	C
371	Tagliatore di pietre preziose	B
496	Tappezziere	C
372	Tatuatore	B
373	Taxista	B
557	Tecnico di laboratorio	D
374	Tessitore	B
375	Tintore	B
497	Tipografo	C
161	Tirocinante presso le ASL	A
376	Toelettatore di animali	B
377	Topografo: anche all'esterno	B
162	Topografo: solo in studio	A
498	Tornitore	C
163	Traduttore	A
378	Tranviere	B
558	Trattorista	D
559	Trivellatore	D
164	Truccatore	A
165	Ufficiale giudiziario	A
166	Usciere	A
379	Valigiaio	B
380	Vasaio con fabbricazione	B
499	Venditore ambulante	C
560	Verniciatore, con accesso ad impalcature e tetti e/o all'esterno di navi	D
500	Verniciatore, senza accesso ad impalcature o tetti, escluso navi	C
381	Veterinario in cliniche per animali (aree metropolitane)	B
501	Veterinario, in zone agricole	C
502	Vetraio con accesso a ponteggi ed impalcature	C
382	Vetraio solo a terra	B
383	Vetrinista con preparazione mostre	B
167	Vetrinista, senza preparazione mostre	A

561	Vigilantes con trasporto di valori	D
Codice attività	Descrizione Attività	Classe
503	Vigilantes senza trasporto di valori	C
586	Vigile del fuoco	R.D.G.
	Vivaista: v. Giardiniere senza potatura di alberi ad alto fusto	
505	Vulcanizzatore	C
168	Xilografo	A
169	Zincografo	A
170	Zoologo	A