

Luglio
2024



[Globale Infortuni e IPM]

**Contratto di Assicurazione Infortuni, Invalidità Permanente da
Malattia, Assistenza e Tutela Legale**

Tale prodotto è stato redatto secondo le linee guida del Tavolo tecnico ANIA-Associazioni Consumatori-Associazioni Intermediari per contratti semplici e chiari

HDI ASSICURAZIONI S.P.A. è parte del Gruppo Talanx

talánx.

GLOBALE INFORTUNI E IPM CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

1. DEFINIZIONI	3
2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7
2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio	7
2.2 – Durata e proroga dell'Assicurazione	7
2.3 – Recesso in caso di Sinistro	7
2.4 – Modifiche dell'Assicurazione	7
2.5 – Altre Assicurazioni	7
2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati	7
2.7 – Aggravamento del Rischio	7
2.8 – Diminuzione del Rischio	7
2.9 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche	8
2.10 – Oneri fiscali	8
2.11 – Rinvio alle norme di legge	8
2.12 – Foro competente	8
2.13 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione	8
2.14 – Assicurazione per conto altrui	8
2.15 – Recesso da contratti conclusi a distanza	8
2.16 - Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)	8
3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	9
3.1 – Estensione territoriale	9
4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI	10
4.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Infortuni	10
4.2 – Oggetto dell'Assicurazione	10
4.3 – Estensioni di garanzia sempre operanti	11
4.4 – Esclusioni	12
4.5 – Garanzie facoltative	13
4.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie	20
5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	22
5.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Invalidità Permanente da Malattia	22
5.2 - Oggetto dell'Assicurazione	22
5.3 – Esclusioni	22
5.4 - Garanzie Facoltative	23
6. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA	24
6.1 – Servizio Assistenza Infortuni	24
6.2 – Servizio Assistenza Domiciliare e Care Manager	26
6.3 – Estensione territoriale	27
6.4 – Segreto professionale	27
6.5 – Esclusioni	27
7. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE TUTELA LEGALE	28
7.1 – Oggetto dell'Assicurazione - Spese coperte dalla Polizza	28
7.2 – Assicurati	28
7.3 – Ambito di operatività delle garanzie	28
7.4 – Garanzie prestate – Opzione Light	28
7.5 – Garanzie prestate – Opzione Premium	28
7.6 – Spese non coperte dalla Polizza	28
7.7 – Esclusioni	29
7.8 – Limiti di copertura	29
7.9 - Massimali	29
7.10 – Operatività delle garanzie in presenza di Polizza di responsabilità civile	29
7.11 – Estensione territoriale - Dove operano le garanzie	29
7.12 – Validità delle garanzie - Quando sono coperti i Sinistri	30
8. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	31
8.1 - Norme valide per tutte le sezioni assicurate	31
8.2 - Norme valide per la sezione Infortuni	32

8.3 - Norme valide per la sezione Invalidità Permanente da Malattia.....	32
8.4 - Norme valide per la sezione Assistenza	32
8.5 - Norme valide per la sezione Tutela Legale.....	33
ALLEGATI	35
Allegato 1 - catalogo attività professionali	35
Allegato 2 - Tabella INAIL	38
Allegato 3 - Tabella CAE	40
Allegato 4 - Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.....	42
.....	42

1. DEFINIZIONI

Alle seguenti definizioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato, valido ai fini dell'interpretazione del contratto ed agli effetti delle garanzie prestate:

Area Europea

Gli Stati europei più gli Stati africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

Assicurato

La persona fisica nel cui interesse è stipulata l'Assicurazione ed a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione, così come definito dall'art. 1882 del Codice civile.

Attività Professionale

Attività che viene svolta dall'Assicurato a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che presuppone una conoscenza tecnica particolare.

Beneficiario

Il soggetto designato dal Contraente che ha diritto alla prestazione assicurativa per il caso di morte dell'Assicurato. In caso di mancata designazione da parte del Contraente, si considerano Beneficiari in parti uguali gli eredi legittimi dell'Assicurato o, se esistenti, gli eredi testamentari.

Cartella Clinica

Il documento ufficiale, avente natura di atto pubblico, redatto durante la degenza diurna o con pernottamento in Istituto di Cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi, anamnesi patologica prossima e remota, terapie effettuate, Interventi Chirurgici eseguiti, esami e diario clinico.

Coniugi

Moglie e marito o, comunque, due persone in convivenza more uxorio ex legge n. 76/2016.

Contraente

Il soggetto, persona fisica o giuridica, che stipula l'Assicurazione e che si assume gli obblighi da essa derivanti.

Day Hospital / Day Surgery

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

Franchigia / Scoperto

Clausole contrattuali che limitano, sul piano quantitativo, la garanzia facendo sì che una parte del danno rimanga a carico dell'Assicurato. Possono essere espresse in cifra, in giorni od in percentuale a seconda della garanzia a cui sono applicate.

Frattura

Lesione ossea che consiste in una soluzione di continuità completa o incompleta con o senza spostamento dei frammenti (comprovata da referto radiologico).

Gessatura

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

Inabilità Temporanea

La temporanea incapacità, totale o parziale, dell'Assicurato ad attendere alle Attività Professionali dichiarate all'atto della sottoscrizione della Polizza per un periodo di tempo limitato.

Indennizzo, Indennità o Rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, od alle altre cause espressamente previste all'art. "4.2 – Oggetto dell'Assicurazione", che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Intermediario

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

Intervento Chirurgico

Atto medico, praticato in Istituto di Cura od in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un Intervento Chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive)

all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incoerente di Fratture e lussazioni.

Invalidità Permanente

La perdita definitiva a seguito di Infortunio o Malattia, in misura totale o parziale, della capacità lavorativa generica dell'Assicurato, indipendentemente dalla specifica professione esercitata.

Istituti di Cura

Le strutture sanitarie pubbliche o le case di cura private regolarmente autorizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie e al Ricovero dei malati ai sensi delle leggi e/o altre norme emanate dallo Stato in cui hanno sede le strutture stesse.

Non si considerano "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura aventi finalità estetiche, di benessere o dietologiche, nonché le residenze sanitarie assistenziali.

Lesione Muscolare

Interruzione parziale o totale delle fibre muscolari comprovata da referto radiologico.

Lesione Capsulo-Legamentosa

Lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni, comprovata da referto radiologico.

Malattia

Ogni alterazione clinicamente diagnosticabile 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, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della Polizza possa essere diagnosticata clinicamente, mediante visita medica o mediante accertamenti diagnostici di tipo strumentale.

Massimale

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

Nucleo Familiare

L'insieme delle persone che costituiscono la famiglia dell'Assicurato, anche se non a carico, purché con lui conviventi, il Coniuge anche se separato legalmente o il convivente more uxorio e i figli anche se non conviventi.

Parti

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

Personale Navigante Aereo

L'insieme delle persone che sono legittimate a esercitare a titolo professionale le attività e le funzioni inerenti ai servizi di navigazione aerea civile.

Polizza

Insieme dei documenti che comprovano il contratto di Assicurazione e riportano i dati anagrafici del Contraente e quelli necessari alla gestione del contratto, il Premio, le dichiarazioni del Contraente, i dati identificativi del Rischio assicurato, la sottoscrizione delle Parti nonché le presenti condizioni di Assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo della prestazione assicurativa.

Questionario Sanitario

Il documento con il quale l'Assicurato descrive il proprio stato di salute.

Remunerazione Diretta

Compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, percepito dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo.

Remunerazione Indiretta

Compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito - sotto forma di rimborsi delle spese e/o diarie sostenute - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti. Non costituiscono Remunerazione Indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Ricovero

La degenza comportante pernottamento in Istituto di Cura.

Rischio

La possibilità che si verifichi il Sinistro per il quale è prestata la garanzia.

Rottura Sottocutanea

La rottura dei tendini, comprovata da referto radiologico, senza alcuna lesione dei tessuti sovrastanti.

Scene Pericolose

Attività dello spettacolo, cinema, teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili.

Scheda di Polizza: documento che disciplina la copertura assicurativa dove sono riportati gli elementi essenziali del contratto quali i dati anagrafici, le garanzie prestate, la durata ed i Premi dovuti e che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale. Può essere corredata da uno o più allegati.

Sforzo

Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato anche volontariamente, che esorbitano per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

Sportivi Professionisti / Semiprofessionisti

Praticanti un qualsiasi sport che percepiscono una Remunerazione Diretta o Indiretta.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società

L'impresa assicuratrice HDI Assicurazioni S.p.A.

Definizioni specifiche per la Sezione Assistenza**Malattia Improvvisa**

La Malattia di acuta insorgenza che colpisce l'Assicurato e che comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di una patologia insorta precedentemente all'inizio del viaggio.

Prestazione

L'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiuto rientrante nella garanzia assistenza che deve essere fornito all'Assicurato nell'accadimento di un Sinistro ovvero nel momento del bisogno da parte di Europ Assistance, tramite la propria Struttura Organizzativa.

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), 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, che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Definizioni specifiche per la Sezione Tutela Legale**Fase Giudiziale**

La fase della Vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.

Fase Stragiudiziale

La fase della Vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le Parti senza l'intervento dell'autorità giudiziaria.

Fatto Illecito

L'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

Perito

L'esperto incaricato da una delle Parti (C.T.P. consulente tecnico di parte) o dal giudice (C.T.U. consulente tecnico d'ufficio) per svolgere un accertamento tecnico (perizia).

Prescrizione

L'estinzione di un diritto che avviene se il suo titolare non lo esercita entro il periodo di tempo indicato dalla legge.

Reato

I reati si distinguono in delitti (dolosi o colposi), per i quali è prevista la sanzione penale della reclusione e/o della multa, e in contravvenzioni (reati di minore gravità rispetto ai delitti), per le quali è prevista la sanzione penale dell'arresto e/o dell'ammenda.

Responsabilità Contrattuale

La responsabilità della parte di un contratto che non adempie o adempie parzialmente alle obbligazioni assunte in favore dell'altra parte contrattuale.

Responsabilità Extracontrattuale

La responsabilità civile in capo al soggetto che, commettendo un Fatto Illecito, doloso o colposo, provoca ad altri un danno ingiusto.

Sanzione Amministrativa

La sanzione prevista per la violazione di una norma giuridica che costituisce illecito amministrativo.

Spese di Giustizia

Le spese definite dal D.P.R. n. 115/2002.

Spese di Soccombenza

Le spese che il giudice, con la sentenza che definisce il processo, pone a carico della parte soccombente per rimborsare le spese processuali alla parte vittoriosa.

Vertenza

Una controversia pendente tra Assicurato e controparte o altro procedimento di natura civile, penale o amministrativa.

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio

Relativamente alle Sezioni Infortuni, Assistenza e Tutela Legale, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza **se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

Relativamente alla sola Sezione Invalidità Permanente da Malattia, invece:

- l'Assicurazione entra in vigore dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza, **ma la copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo al giorno del pagamento;**
- se la presente Polizza è stipulata - **senza soluzione di continuità** – in sostituzione di altra Polizza precedentemente sottoscritta con la Società, riguardante gli stessi soggetti Assicurati e le stesse garanzie, **la nuova Polizza ha effetto dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello di sottoscrizione della stessa**, mentre nel periodo dei novanta giorni dalla sottoscrizione della nuova Polizza operano le prestazioni e le Somme assicurate in essere ai sensi della Polizza precedente.

I Premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, autorizzato a rilasciare quietanza di pagamento, oppure alla Società.

Se il Contraente non paga le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo al giorno di scadenza della rata di Premio.

Per le Sezioni Infortuni, Assistenza e Tutela Legale, le coperture assicurative riprendono vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento della rata di Premio e fino alle successive scadenze.

Per la sola Sezione Invalidità Permanente da Malattia, se il pagamento della rata di Premio avviene entro 90 giorni dalla relativa scadenza, la copertura assicurativa riprende vigore alle ore 24 del giorno del pagamento della rata di Premio. Se invece il pagamento della rata di Premio avviene dopo 90 giorni dalla relativa scadenza, la copertura assicurativa riprende vigore dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo al giorno del pagamento.

L'eventuale frazionamento del Premio non esonera il Contraente dal pagamento dell'intero Premio annuo da considerarsi a tutti gli effetti unico ed indivisibile.

2.2 – Durata e proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza.

Salvo che non sia diversamente indicato nella Scheda di Polizza, il contratto è stipulato con tacito rinnovo. In questo caso (tacito rinnovo), in mancanza di disdetta inviata da una delle Parti mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC) almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

Se il contratto è stipulato senza tacito rinnovo, la Polizza cessa alla scadenza contrattuale senza necessità di disdetta.

2.3 – Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro afferente alle Sezioni Infortuni, Assistenza o Tutela legale regolarmente denunciato a termini di Polizza, e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo, le Parti hanno diritto di recedere dall'Assicurazione per le sole Sezioni Infortuni, Assistenza o Tutela legale con preavviso di 30 giorni.

In tutti i casi la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del Recesso, la parte di Premio, al netto delle imposte, relativa al Periodo di Assicurazione non goduto.

L'eventuale pagamento dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualunque atto della Società, non potranno essere interpretati come rinuncia delle Parti ad avvalersi della facoltà di Recesso di cui al presente articolo.

L'eventuale recesso non produce comunque effetti sulla Sezione Invalidità permanente da Malattia, qualora operante.

2.4 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dalla Società e dal Contraente.

2.5 – Altre Assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per gli stessi Rischi.

2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati

Il Contraente deve dare alla Società tutte le informazioni che questa richiede per valutare il Rischio. La Società presta l'Assicurazione nei modi e nei termini descritti nella presente Polizza sulla base delle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

2.7 – Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile.

A soli fini della Sezione Invalidità Permanente da Malattia, ed a parziale deroga (a favore dell'Assicurato) dell'art. 1898 del Codice civile sul tema dell'aggravamento del Rischio, quest'ultimo articolo non troverà applicazione in relazione all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, **fatta eccezione per quanto stabilito dall'art. "5.1.2. Persone non assicurabili".**

2.8 – Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o

dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

2.9 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche

Il Contraente o l'Assicurato che ha avuto una malattia oncologica il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), non è tenuto a fornire informazioni né a sottoporsi a visite mediche o altri accertamenti sanitari su tale malattia oncologica. Sono previsti termini inferiori per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni riportata nell'Allegato 4 presente in calce.

La Società non può acquisire queste informazioni neanche da fonti diverse dal Contraente o dall'Assicurato e, se sono comunque già a sua disposizione, la Società non può usarle per determinare le condizioni contrattuali.

Se le informazioni sono state fornite in precedenza, una volta trascorso il termine di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), il Contraente o l'Assicurato invia, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra.

2.10 – Oneri fiscali

Sono sempre a carico del Contraente le imposte e gli altri oneri derivanti per legge dalla stipulazione del contratto.

2.11 – Rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana che disciplina tutto quanto qui non espressamente previsto.

2.12 – Foro competente

Per le controversie relative all'interpretazione ed applicazione del presente contratto è competente il foro di residenza o domicilio elettivo del Contraente, Assicurato o avente diritto.

2.13 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione

Salvo che non sia diversamente indicato nella Scheda di Polizza, il contratto è soggetto ad adeguamento automatico per indicizzazione secondo le regole seguenti.

Le Somme assicurate, i Massimali ed i Premi sono collegati all' "Indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati (FOI)" pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), come segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- ad ogni scadenza annuale si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo adeguamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in aumento rispetto all'indice iniziale o a quello dell'ultimo adeguamento, le Somme assicurate, i Massimali ed i Premi vengono adeguati in proporzione;
- l'aumento decorre dalla data di scadenza annuale dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Qualora, in conseguenza delle variazioni dell'indice, le Somme assicurate, i Massimali ed i Premi vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, ciascuna delle Parti avrà facoltà di rinunciare all'adeguamento; in tal caso le Somme assicurate, i Massimali ed i Premi rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Non sono soggetti ad adeguamento i Limiti di Indennizzo, le Franchigie, i minimi e massimi di Scoperto ed i Valori espressi in percentuale, la garanzia Rendita vitalizia annua da Infortunio, nonché tutte le Prestazioni della sezione "6 – Norme che regolano la Sezione Assistenza".

2.14 – Assicurazione per conto altrui

Se la presente Assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice civile "Assicurazioni per conto altrui o per conto di chi spetta".

2.15 – Recesso da contratti conclusi a distanza

In caso di vendita a distanza, il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di Recesso nei 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto ovvero, se successiva, dalla data di ricevimento della documentazione contrattuale. In tal caso, la Società rimborsa la quota di Premio – al netto dell'imposta – per il Periodo di Assicurazione non goduto.

In conformità all'art. 67 duodecies par. 5, lettera c) del Codice del Consumo, il diritto di Recesso non potrà essere esercitato laddove sia stato denunciato un Sinistro oggetto di copertura.

Il Contraente, per esercitare il diritto, deve inviare alla Società, entro il termine previsto, la comunicazione di ripensamento a mezzo raccomandata A/R indirizzata a HDI Assicurazioni S.p.A., piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma, oppure tramite posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo a hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Il Contraente dovrà inoltre restituire alla Società copia dei documenti assicurativi, fatto salvo il diritto della Società di richiedere la documentazione in originale per particolari esigenze istruttorie.

2.16 - Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

La presente Assicurazione non sarà operante e l'assicuratore non sarà tenuto a prestare copertura né sarà obbligato a pagare alcun risarcimento, Indennizzo od a riconoscere alcun beneficio o servizio previsto nella presente Polizza, qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale risarcimento, Indennizzo od il riconoscimento di tale beneficio o servizio espongano l'assicuratore a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da:

- a) risoluzioni delle Nazioni Unite;
- b) provvedimenti relativi a sanzioni commerciali o economiche, leggi o regolamenti dell'Unione Europea, dello Spazio Economico Europeo, del Regno Unito o degli U.S.A.;
- c) qualsiasi altra norma o provvedimento nazionale o internazionale in materia di embargo internazionale e sanzioni economiche e commerciali.

3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

(dichiarazioni del Contraente valide per tutte le Sezioni e sulla cui base è prestata la copertura assicurativa)

3.1 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per Sinistri verificatisi nel mondo intero.

Relativamente alla Sezione Infortuni:

- la garanzia "Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività" opera solo per gli Infortuni avvenuti nell'Area Europea;
- la garanzia "Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio", in caso di Infortunio avvenuto al di fuori dell'Area Europea, opera solo limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero opportunamente documentato. Questa limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro nell'Area Europea dell'Assicurato.

Relativamente alle Sezioni Assistenza e Tutela Legale, valgono le disposizioni previste all'interno dei rispettivi articoli.

4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

(la Sezione Infortuni è operante solo se richiamata nella Scheda di Polizza)

4.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Infortuni

4.1.1. Cambiamento dell'Attività Professionale assicurata

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente alla Società eventuali cambiamenti dell'Attività Professionale dichiarata ed indicata nella Scheda di Polizza che si verificassero nel corso del contratto.

Se nel corso del contratto si verificasse un cambiamento dell'Attività Professionale dichiarata, senza che l'Assicurato o il Contraente 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 corrisposto in misura ridotta, secondo la tabella che segue, se la diversa attività aggrava il Rischio.

Attività dichiarata	Percentuali di Indennizzo in base alla classe di attività svolta al momento del Sinistro			
Classi	A	B	C	D
A	100	75	55	35
B	100	100	75	60
C	100	100	100	80
D	100	100	100	100

Per determinare il livello di Rischio dell'attività dichiarata nella Scheda di Polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si farà riferimento al "Catalogo delle Attività Professionali" riportato in appendice alle presenti Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, ove sono indicate anche le corrispondenti classi di Rischio.

Per la classificazione di attività non specificate nel suddetto Catalogo saranno utilizzati criteri di equivalenza o analogia ad un'attività elencata.

In ogni caso nessun Indennizzo verrà corrisposto se la diversa attività svolta al momento del Sinistro rientra tra le seguenti:

- Attività comportanti il contatto con materiali radioattivi, corrosivi, velenosi, esplosivi o merci pericolose;
- Attività circensi;
- Attività dello spettacolo, cinema / teatro e simili in presenza di Scene Pericolose;
- Appartenenti alle Forze Armate (FF. AA.), Corpi di Polizia o Corpo nazionale dei vigili del fuoco;
- Fantini / Driver (trotto);
- Guardie del corpo / Buttafuori;
- Guide alpine;
- Istruttori o allenatori di: Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci-Snowboard acrobatico / Sci-Snowboard alpinismo / Slittino / Volo;
- Istruttori di corsi di sopravvivenza;
- Palombari / Sommozzatori / Sub professionisti;
- Speleologi;
- Piloti professionisti di auto, motocicli e natanti/ Collaudatori di veicoli / Istruttori di guida sportiva;
- Attività aeronautiche: piloti, collaudatori, personale di volo, componenti equipaggio di cabina, Personale Navigante Aereo;
- Sportivi Professionisti / Semiprofessionisti.

4.1.2. Ridefinizione del Premio per età

Ad ogni scadenza annuale, il Premio viene rideterminato in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato sulla base dei Coefficienti di Adeguamento per Età, di cui all'"Allegato 3 – Tabella CAE" presente in calce.

4.1.3. Persone non assicurabili

A prescindere dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), epilessia, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco-depressive. Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, tale aggravamento del Rischio dovrà essere tempestivamente comunicato alla Compagnia, che si riserva il diritto di recedere dalla Polizza ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, ove ne ricorrano i presupposti.

4.2 – Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca – nel periodo di efficacia della Polizza – nello svolgimento:

- dell'Attività Professionale indicata nella Scheda di Polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere di professionalità.

Sono equiparati ad Infortunio i seguenti casi:

- asfissia di origine non morbosa;
- avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
- avvelenamento del sangue o infezione, **sempreché l'agente infettivo si sia introdotto nell'organismo in modo traumatico attraverso una lesione del tessuto epidermico esterno;**
- avvelenamento acuto o infezione conseguente a morsi di animali o punture di insetti o di vegetali, **escluse le Malattie malariche e tropicali;**
- annegamento;
- assideramento o congelamento;
- colpo di sole o di calore;

- h) folgorazione o elettrocuzione;
- i) Lesioni Muscolari determinate da Sforzi, **con esclusione degli infarti**;
- j) Rotture Sottocutanee dei tendini, **nei limiti di cui all'art. "4.3.7 Rottura Sottocutanea dei tendini"**;
- k) ernie addominali da Sforzo, **nei limiti di cui all'art. "4.3.8 Ernie addominali da Sforzo"**.

L'Assicurazione vale anche per gli Infortuni occorsi:

- l) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- m) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- n) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- o) in qualità di passeggero di viaggio aereo durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti, **salvo quanto previsto dal successivo art. "4.4 – Esclusioni", punto 3) della presente Sezione**.

4.2.1. Garanzia Base – Invalidità Permanente da Infortunio

L'Indennizzo per il caso di Invalidità Permanente è dovuto se l'Invalidità Permanente si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – **entro due anni dal giorno dell'Infortunio**.

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente avviene secondo l'art. "4.2.2 - Criteri di indennizzabilità", in base ai valori percentuali previsti dalla Tabella INAIL o, in alternativa, dalla Tabella ANIA a seconda dell'opzione contrattuale effettuata ed indicata nella Scheda di Polizza.

La Società corrisponde l'Indennizzo sulla somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle tabelle previste dal tipo di Franchigia contrattualmente operante ed indicato nella Scheda di Polizza.

4.2.2. 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 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, di un senso o di un arto già minorato, le percentuali di Invalidità Permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'Infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

La perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi od arti comporta l'applicazione di una percentuale di invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

I postumi di Invalidità Permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data della denuncia.

4.3 – Estensioni di garanzia sempre operanti

4.3.1. Adattamento domestico

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione dal quale residui una Invalidità Permanente superiore al 60%, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato per realizzare interventi alla propria abitazione di domicilio o residenza.

Sono rimborsabili soltanto le spese sostenute entro due anni dalla data dell'Infortunio ed inerenti a:

- **abbattimento di barriere architettoniche;**
- **adozione di soluzioni ed ausili, anche a mezzo della domotica, per l'autonomia personale;**
- **sicurezza personale, inclusi i sistemi di controllo ambientale da remoto.**

Il Rimborso avverrà nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

4.3.2. Adattamento autoveicolo

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione dal quale residui una Invalidità Permanente superiore al 60%, la Società rimborserà le spese effettivamente sostenute e documentate dall'Assicurato per realizzare al proprio veicolo i necessari adattamenti che consentano di proseguire a guidare.

Sono rimborsabili soltanto le spese sostenute entro due anni dalla data dell'Infortunio.

Il Rimborso avverrà nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

4.3.3. Spese psicoterapeutiche

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione dal quale residui una Invalidità Permanente superiore al 60%, la Società, **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato o, in alternativa, da un componente del suo "Nucleo Familiare", per colloqui psicoterapici prescritti ed effettuati da uno psicologo regolarmente abilitato.

Sono rimborsabili soltanto le spese sostenute entro due anni dalla data dell'Infortunio.

4.3.4 Ricovero contemporaneo Coniugi

(Valida se prestata la garanzia giornaliera per Ricovero da Infortunio)

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione riconducibile ad uno stesso evento, consegua il Ricovero contemporaneo di entrambi i Coniugi in Istituto di Cura, ed almeno uno di essi risulti Assicurato con la presente Polizza, la Società corrisponderà all'Assicurato, per ogni giorno di contemporaneo Ricovero e per uno o più Sinistri che dovessero verificarsi nel corso dello stesso periodo assicurativo, **l'Indennità giornaliera da Ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.**

Il giorno di dimissione e l'eventuale periodo di convalescenza post Ricovero non vengono considerati ai fini del calcolo della presente maggiorazione.

4.3.5 Indennità perdita anno scolastico

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione che colpisca un Assicurato **di età inferiore ai 20 anni**, regolarmente iscritto a scuole di istruzione primaria o secondaria, che comporti l'impossibilità di frequentare le lezioni per un numero di giorni che, a norma delle disposizioni tempo per tempo vigenti in materia, determini la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponde l'Indennità forfetaria **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Il diritto all'Indennità deve essere comprovato da specifica documentazione, rilasciata dall'Istituto scolastico ed attestante che la perdita dell'anno è stata determinata esclusivamente dal numero di giorni di assenza dovuti all'Infortunio.

4.3.6 Danno estetico

La Società rimborsa, **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, le spese documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva, a fronte di deturpazioni o sfregi di carattere estetico al viso (**escluso l'apparato dentario**) che siano conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione.

Sono rimborsabili soltanto le spese sostenute entro due anni dalla data dell'Infortunio.

4.3.7 Rottura Sottocutanea dei tendini

(Valida solo se operante per l'Assicurato la Franchigia 3% assorbibile di cui all'art. 4.5.1.)

Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente, in caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione che comporti una o più rotture contemporanee sottocutanee del:

- tendine di Achille;
- tendine del muscolo bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine della cuffia dei rotatori;
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite o del bicipite femorale;

la Società, in deroga ai criteri di indennizzabilità previsti per l'Invalidità Permanente, corrisponde esclusivamente l'Indennità forfetaria prevista dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

Tale Indennità viene corrisposta soltanto se l'Assicurato, al momento del Sinistro, ha un'età inferiore ai 65 anni e solo nel caso in cui la Franchigia contrattualmente operante sia quella di cui all'art. "4.5.1 – Franchigia Invalidità Permanente 3% assorbibile". In tutti gli altri casi, non è previsto alcun Indennizzo.

La copertura assicurativa della Rottura Sottocutanea dei tendini decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza, sempreché gli eventi oggetto della presente estensione si siano verificati in corso di validità del contratto.

4.3.8 Ernie addominali da Sforzo

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione, l'Assicurazione comprende le Ernie addominali da Sforzo, con l'intesa che:

- **se l'ernia, secondo parere medico, risulta operabile, la Società non corrisponde alcun Indennizzo;**
- **se l'ernia, anche se bilaterale, secondo parere medico non risulta operabile, la Società corrisponde un Indennizzo in base al grado di Invalidità Permanente che ne è eventualmente derivato, valutabile in ogni caso in misura non superiore a quanto previsto dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Relativamente alla presente estensione di garanzia, la copertura decorre dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza. Se la presente Polizza è stipulata, senza soluzione di continuità, in sostituzione di altra Polizza precedentemente sottoscritta con la Società, la copertura decorre:

- **dalla data di decorrenza della precedente Polizza per gli Assicurati, le somme e le prestazioni dalla stessa già previste;**
- **dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della presente Polizza, limitatamente ai nuovi Assicurati, alle maggiori somme ed alle nuove prestazioni eventualmente previste.**

4.4 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- 1) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste ed in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, **salvo che si tratti di regolarità pura**;
- 2) dalla guida di veicoli o natanti a motore, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge tempo per tempo vigenti o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro l'Assicurato abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- 3) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di:
 - aeromobili, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
 - aeromobili di aeroclub;
 - aeromobili, in occasione di volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo, deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
 - mezzi subacquei;
- 4) dalla pratica di sport aerei in genere;
- 5) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;
- 6) dalla pratica di: pugilato, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, motocross, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci/snowboard alpinismo, speleologia, immersioni con autorespiratore, paracadutismo;
- 7) dalla pratica di sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf, bobsleigh (motoslitta), parkour;
- 8) da abuso di alcolici (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), da uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procurate a sé stesso;
- 9) da conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;

- 10) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, od atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 11) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti, inondazioni e alluvioni;
- 12) da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- 13) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;
- 14) dalla fabbricazione o lavorazione di esplosivi, materiali tossici o corrosivi, e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;
- 15) da aggressioni od atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;
- 16) da guerra, anche civile, di qualsiasi natura (dichiarata o non dichiarata), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni. Qualora l'Assicurato, in qualità di civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana, in un Paese sino ad allora in stato di pace, la copertura è operante per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, **purché l'Assicurato non prenda partecipazione attiva a tali eventi;**
- 17) dalla partecipazione ad operazioni od interventi militari derivanti da obblighi verso lo Stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- 18) dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, a conflitti a fuoco o, anche senza conflitti a fuoco, ad azioni di repressione della criminalità, di tumulti popolari, di atti di guerriglia o di violenza urbana, di atti di terrorismo, di manifestazioni di piazza. Sono inoltre esclusi gli Infortuni causati dalla partecipazione ad esercitazioni tattiche e militari, con o senza utilizzo di armi da fuoco.

Non sono equiparati ad infortunio, e sono quindi esclusi dall'Assicurazione, gli eventi causati da, o che abbiano come conseguenza, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) o l'insorgenza di qualunque patologia correlata all'infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura.

4.5 – Garanzie facoltative

(valide e operanti solo se richiamate nella Scheda di Polizza)

4.5.1. Franchigia Invalidità Permanente 3% assorbibile

(Franchigia IP 3% assorbibile con ipervalutazione)

L'Indennizzo si calcola applicando alle fasce di somme assicurate sottoindicate la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertata.

Sulla parte di somma assicurata fino a € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 3% dell'Invalidità Permanente totale. Qualora invece l'Invalidità Permanente risulti superiore al 3% dell'Invalidità Permanente totale, la liquidazione dell'Indennizzo verrà effettuata in base ai valori riportati nella seguente tabella.

Sulla eventuale parte di somma assicurata maggiore di € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale. Qualora invece l'Invalidità Permanente risulti superiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale, la liquidazione dell'Indennizzo verrà effettuata in base ai valori riportati nella seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	
	fino a € 300,000,00	oltre € 300,000,01
fino a 3	0	0
4	1	0
5	2	0
6	3	1
7	4	2
8	5	3
9	6	4
10	7	5
11	9	9
12	11	11
13	13	13
14	14	14
15	15	15
16	16	16
17	17	17
18	18	18
19	19	19
20	20	20
21	22	22
22	24	24
23	26	26
24	28	28
25	30	30
26	32	32
27	34	34
28	36	36
29	38	38
30	40	40
31	42	42

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	
	fino a € 300,000,00	oltre € 300,000,01
43	66	84
44	68	87
45	70	90
46	72	93
47	74	96
48	76	99
49	78	100
50	80	100
51	82	100
52	84	100
53	86	100
54	88	100
55	100	100
56	100	100
57	100	100
58	100	100
59	100	100
60	110	110
61	113	113
62	116	116
63	119	119
64	122	122
65	125	125
66	128	128
67	131	131
68	134	134
69	137	137
70	140	140
71	145	145

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	
	fino a € 300.000,00	oltre € 300.000,01
32	44	44
33	46	46
34	48	48
35	50	50
36	52	63
37	54	66
38	56	69
39	58	72
40	60	75
41	62	78
42	64	81

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	
	fino a € 300.000,00	oltre € 300.000,01
72	150	150
73	155	155
74	160	160
75	165	165
76	170	170
77	175	175
78	180	180
79	185	185
80	190	190
81	195	195
82 e oltre	200	200

4.5.2. Franchigia Invalidità Permanente 5% assorbibile

(Franchigia IP 5% assorbibile con supervalutazione)

L'Indennizzo si calcola applicando alle fasce di somme assicurate sottoindicate la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertata.

Sulla parte di somma assicurata fino a € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale. Qualora invece l'Invalidità Permanente risulti superiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale, la liquidazione dell'Indennizzo verrà effettuata in base ai valori riportati nella seguente tabella.

Sulla eventuale parte di somma assicurata maggiore di € 300.000,00, la Società non corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% dell'Invalidità Permanente totale. Qualora invece l'Invalidità Permanente risulti superiore al 10% dell'Invalidità Permanente totale, la liquidazione dell'Indennizzo verrà effettuata in base ai valori riportati nella seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	
	fino a € 300.000,00	oltre € 300.000,01
fino a 5	0	0
6	1	0
7	3	0
8	5	0
9	7	0
10	10	0
11	12	1
12	13	2
13	14	3
14	15	4
15	16	5
16	17	6
17	18	7
18	19	8
19	20	9
20	21	10
21	22	11
22	23	12
23	24	13
24	25	14
25	26	15
26	27	16
27	28	17
28	29	18
29	30	19
30	31	20
31	32	21
32	33	22

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	
	fino a € 300.000,00	oltre € 300.000,01
33	34	23
34	35	24
35	36	25
36	37	26
37	38	27
38	39	28
39	40	29
40	41	30
41	42	33
42	44	36
43	46	39
44	48	42
45	50	45
46	52	48
47	54	51
48	56	54
49	58	57
50	60	60
51	64	64
52	68	68
53	72	72
54	76	76
55	80	80
56	84	84
57	88	88
58	92	92
59	96	96
60 e oltre	100	100

4.5.3. Franchigia Invalidità Permanente 5% relativa

L'Indennizzo si calcola moltiplicando la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la percentuale da liquidare corrispondente al grado di Invalidità Permanente accertata.

La Società non corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale; qualora essa risulti superiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale, la liquidazione dell'Indennizzo verrà effettuata in base ai valori riportati

nella seguente tabella:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
fino a 5	0	19	14	33	28	47	42
6	1	20	15	34	29	48	43
7	2	21	16	35	30	49	44
8	3	22	17	36	31	50	45
9	4	23	18	37	32	51	50
10	5	24	19	38	33	52	55
11	6	25	20	39	34	53	60
12	7	26	21	40	35	54	65
13	8	27	22	41	36	55	70
14	9	28	23	42	37	56	76
15	10	29	24	43	38	57	82
16	11	30	25	44	39	58	88
17	12	31	26	45	40	59	96
18	13	32	27	46	41	60 e oltre	100

4.5.4. Franchigia Invalidità Permanente 60%=100%

La Società non corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado inferiore al 60% dell'Invalidità Permanente totale. Qualora invece essa risulti pari o superiore al 60% dell'Invalidità Permanente totale, l'Indennizzo sarà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) della somma assicurata.

4.5.5. Tabella INAIL

(vedi Allegato 2 in calce)

Qualora fosse richiamata nella Scheda di Polizza la presente Garanzia Facoltativa, il grado di Invalidità Permanente verrà accertato in base ai valori contenuti nella tabella delle percentuali di Invalidità Permanente prevista nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro) e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto, con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

4.5.6. Tabella ANIA

Qualora fosse richiamata nella Scheda di Polizza la presente Garanzia Facoltativa, il grado di Invalidità Permanente verrà accertato in base ai valori contenuti nella seguente tabella:

Tabella ANIA di valutazione

Arti od organi	Corrispondente percentuale di Invalidità Permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	==
– un arto superiore	70%
– una mano o un avambraccio	60%
– un pollice	18%
– un indice	14%
– un medio	8%
– un anulare	8%
– un mignolo	12%
– la falange ungueale del pollice	9%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
Anchilosi dell'articolazione scapolo-omeroale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
Paralisi completa del nervo radiale	35%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%
Amputazione di un arto inferiore:	==
– al di sopra della metà della coscia	70%
– al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
– un piede	40%
– ambedue i piedi	100%
– un alluce	5%
– un altro dito del piede	1%

Arti od organi	Corrispondente percentuale di Invalità Permanente
– la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%
Anchilosi dell'articolazione tibiotarsica ad angolo retto con anchilosi dell'articolazione sottoastragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Cecità di:	==
– un occhio	25%
– ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	==
– un orecchio	10%
– ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
Esiti di Frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di Frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	==
– una vertebra cervicale	12%
– una vertebra dorsale	5%
– 12 ^a dorsale	10%
– una vertebra lombare	10%
Esiti di Frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di Frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

4.5.7. Morte

Se l'Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione ha come conseguenza la morte e la stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza ai Beneficiari.

L'Indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per Invalità Permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un Indennizzo per Invalità Permanente, **ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo**, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai Beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'Indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore. In caso contrario, la Società non chiederà il Rimborso.

Con la presente garanzia è inoltre, compresa:

a) Morte Presunta

Qualora, **a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione**, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si possa presumere avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai Beneficiari il capitale previsto per il caso di morte. **La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (art. 60, comma 3, e 62 del Codice civile).** In caso di affondamento, naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dall'evento, qualora sia stata accertata dalla competente Autorità la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo sia stato dato per disperso (art. 211 e 838 del codice della navigazione). **Resta inteso che, se una volta pagata l'Indennità l'Assicurato risultasse vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.**

A restituzione avvenuta, l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalità Permanente eventualmente subita;

b) Indennità Morte a seguito di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione occorso in occasione di rapina, tentata rapina o tentativo di sequestro che comporti la morte dell'Assicurato, **la Società liquida ai Beneficiari un'ulteriore Indennità pari al 10% della somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per il caso di morte;**

c) Commorienza genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap

Nel caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione cui, nell'ambito di uno stesso evento, consegua la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno Assicurato con la presente Polizza, la Società, in caso che i Beneficiari siano figli minori o portatori di handicap con invalidità riconosciuta non inferiore al 60% della totale, **liquida a questi ultimi un'ulteriore Indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi per il caso di morte dei genitori.**

In ogni caso, ed indipendentemente dai capitali assicurati, anche se con più contratti, il maggior esborso a carico della Società non potrà superare quanto indicato dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

4.5.8. Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione e **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, la Società corrisponde l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di:

- Ricovero;
- Day Hospital;
- Day Surgery.

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.

L'Indennità suddetta è cumulabile con quella prevista per l'Inabilità temporanea, se prestata per l'Assicurato.

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

4.5.9. Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio

A seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione, che abbia reso necessario:

- un Ricovero **con almeno due pernottamenti consecutivi;**
oppure
- un Intervento Chirurgico ambulatoriale od in regime di Day Surgery;

la Società, **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, corrisponde un'Indennità giornaliera a titolo di convalescenza di entità pari a quella corrisposta per l'Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio.

L'Indennità di cui sopra è cumulabile con quella prevista per l'Inabilità temporanea, se prestata per l'Assicurato.

Il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato per la presente garanzia avverrà al momento della liquidazione dell'Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio.

4.5.10. Indennità giornaliera da Gessatura

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione che determini Gessatura, la Società corrisponde un'Indennità giornaliera pari a quella indicata **all'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**. L'Indennità sarà corrisposta a partire dal giorno di applicazione e fino al giorno di rimozione del gesso, **applicazione e rimozione che devono essere certificate da un medico.**

In caso di Frattura ossea o di Lesione Capsulo-Legamentosa che non comporti Gessatura sin dalla prima diagnosi, l'Indennità è corrisposta per tutto il periodo di immobilizzazione **prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo.**

L'Indennità per Gessatura e quella dovuta per immobilizzazione a seguito di Frattura ossea o Lesione Capsulo-Legamentosa sono alternative tra loro. Esse, inoltre:

- **in caso di Ricovero, verranno corrisposte solo per i giorni successivi alla dimissione;**
- **in caso di convalescenza, verranno corrisposte solo per il numero di giorni successivi a quelli riconosciuti validi ai fini del computo dell'Indennizzo per l'Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio.**

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

4.5.11. Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione, la Società corrisponde l'Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea indicata nella Scheda di Polizza:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle Attività Professionali dichiarate;
- al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte** alle Attività Professionali dichiarate.

L'Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea è corrisposta a partire dal giorno dell'Infortunio, **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"** e con applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda di Polizza.

4.5.12. Supervalutazione dell'Invalidità Permanente – Dita delle mani

A parziale deroga delle Garanzie Facoltative, Tabella INAIL o Tabella ANIA, e del regime di Franchigie per l'Invalidità Permanente da Infortunio contrattualmente operanti, in caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione occorso ai distretti anatomici di seguito individuati, la Società liquida l'Invalidità Permanente secondo le seguenti percentuali:

Arti od organi	Corrispondente percentuale di Invalidità Permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di / della:	==
– un pollice	80%
– un indice	80%
– un medio	20%
– un anulare	20%
– un mignolo	40%
– falange ungueale del pollice	40%
– falange ungueale dell'indice	30%
– falange ungueale del medio o dell'anulare	5%
– falange ungueale del mignolo	15%

La presente supervalutazione opera sulla somma assicurata per Invalidità permanente fino ad euro 300.000,00.

Sull'eventuale parte di somma assicurata superiore ad euro 300.000,00 viene ripristinato il normale criterio di calcolo dell'Indennizzo.

In caso di Infortunio che comporti anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non previsti dalla tabella sopra indicata, l'Indennizzo, **solo per questi ultimi**, viene stabilito in base a quanto previsto dagli articoli "Garanzia Base – Invalidità permanente da Infortunio" e "Criteri di Indennizzabilità" delle Condizioni di assicurazione.

In ogni caso, la somma degli indennizzi non potrà mai superare la percentuale di Invalidità permanente da liquidare massima di cui alla Tabella abbinata alla forma di Franchigia operante per l'assicurato ed indicata nella Scheda di polizza.

4.5.13. Estensione HIV

Oggetto dell'estensione

L'Assicurazione è estesa al caso in cui l'Assicurato contragga un'infezione da HIV, clinicamente accertabile, **a seguito di contagio accidentale ed originato da causa fortuita, violenta ed esterna che sia avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa indicata nella Scheda di Polizza.**

La garanzia opera esclusivamente purché, al momento del Sinistro, l'Assicurato non fosse già sieropositivo e purché egli non risultasse affetto da emofilia o da tossicodipendenza.

Somma assicurata

La Società, laddove l'Assicurato risulti sieropositivo ai test effettuati con le modalità e nei termini indicati nel presente art. 4.5.13, corrisponderà una somma forfetaria **nella misura e nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, fermo restando che per un medesimo Sinistro l'Indennizzo non potrà complessivamente superare il capitale assicurato per Invalidità Permanente.

Denuncia del Sinistro e obblighi relativi

L'Assicurato, a pena di decadenza del diritto all'Indennizzo, deve:

- sottoporsi ad accertamenti clinici presso un Centro specializzato per l'individuazione del virus HIV, entro 6 giorni da quando si è verificato l'evento;
- nel caso in cui l'Assicurato non risultasse sieropositivo, ripetere i suddetti accertamenti clinici presso un Centro specializzato per l'individuazione del virus HIV nel periodo compreso tra i 90 e i 180 giorni dall'evento.

Nel caso in cui l'Assicurato risultasse sieropositivo ai primi accertamenti effettuati entro i 6 giorni dall'evento, nessun indennizzo sarà dovuto e tale aggravamento del Rischio dovrà essere tempestivamente comunicato alla Società, che si riserva il diritto di recedere dalla Polizza ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, ove ne ricorrano i presupposti.

Nel caso in cui l'Assicurato risultasse negativo ai primi accertamenti effettuati entro 6 giorni dall'evento ma risultasse sieropositivo a seguito degli accertamenti effettuati nel periodo compreso tra i 90 e i 180 giorni dall'evento, egli dovrà inviare alla Società, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), le evidenze dell'evento accidentale e di entrambi gli accertamenti. Non saranno ammesse certificazioni prive delle generalità complete dell'Assicurato.

Pagamento dell'Indennizzo e cessazione dell'Assicurazione

La Società, nel caso in cui l'Assicurato sia risultato sieropositivo in occasione del secondo accertamento, corrisponderà l'Indennizzo dovuto nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

La Polizza, per la sola Sezione Infortuni, cesserà contestualmente al pagamento dell'Indennizzo, senza diritto ad alcuna restituzione di Premio pagato e non goduto.

4.5.14. Sport impegnativi

A parziale deroga dell'art. "4.4 – Esclusioni", punto n. 6) delle Norme che regolano la sezione Infortuni, limitatamente alle garanzie "Morte", "Invalidità Permanente da Infortunio", "Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio" e "Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio", l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni occorsi durante la pratica dei seguenti sport, purché non svolti professionalmente o che comunque non comportino Remunerazione sia diretta che indiretta:

Sport	Sport
<ul style="list-style-type: none"> • atletica pesante • lotta nelle sue varie forme • arti marziali • sollevamento pesi • alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA 	<ul style="list-style-type: none"> • speleologia • rugby • football americano • hockey • sci/snowboard alpinismo

Ai fini della presente Garanzia facoltativa, anche in deroga al regime di Franchigia contrattualmente operante, l'Indennizzo sarà liquidato come segue:

- sulla parte di somma assicurata fino a € 300.000,00 non si corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale. Qualora invece l'Invalidità Permanente risulti superiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale, l'Indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale;
- sulla parte di somma assicurata eccedente € 300.000,00 non si corrisponde alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa è di grado pari od inferiore al 10% dell'Invalidità Permanente totale. Qualora invece l'Invalidità Permanente risulti superiore al 10% dell'Invalidità Permanente totale, l'Indennizzo sarà corrisposto solo per la parte eccedente tale percentuale.

Ove fosse operante la formula di Franchigia 60%=100%, vale comunque quest'ultima.

4.5.15. Calamità naturali

Limitatamente ai casi di Morte da Infortunio e di Invalidità Permanente da Infortunio, a parziale deroga dell'art. "4.4 – Esclusioni", punto n. 11) delle "Norme che regolano la sezione Infortuni", l'Assicurazione vale anche per gli Infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni ed eruzioni vulcaniche.

In caso di Sinistro che colpisca più persone assicurate con la Società a qualsiasi titolo (anche in base a polizze sottoscritte da altri Contraenti), che comunque prevedano una copertura assicurativa per il Rischio di Infortuni, la somma complessiva che la Società si obbliga a pagare alla totalità alle persone assicurate non potrà superare l'importo massimo previsto dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

Qualora la somma degli Indennizzi dovuti dalla Società a ciascuna persona assicurata eccedesse il suddetto limite massimo, gli Indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al numero totale di persone assicurate e alle somme assicurate previste dalle relative polizze.

4.5.16. Integrazione per Dirigenti

Estensione alle Malattie professionali

Limitatamente ai casi di Morte e Invalidità Permanente, l'Assicurazione viene estesa anche alle Malattie professionali, intendendosi come tali quelle attualmente riconosciute dal T.U. delle disposizioni per l'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le Malattie professionali - D.P.R. 1124/1965 e successive modificazioni intervenute fino alla stipulazione della Polizza.

Restano comunque escluse la silicosi, l'asbestosi, l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) ed ogni sua variazione o mutazione futura, le Malattie epidemiche o pandemiche e le conseguenze dirette od indirette della trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate

dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche

La presente estensione è valida a patto che le Malattie siano insorte e si siano manifestate nel corso della validità del presente contratto.

In deroga al regime di Franchigia contrattualmente operante, si conviene che non si darà luogo ad alcun Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia professionale, quando essa sia di grado inferiore al 10% della totale. Se invece essa sia di grado pari o superiore al 10% della totale, l'Indennizzo avverrà per la sola parte eccedente.

Qualora l'Invalidità Permanente definitiva conseguente a Malattia Professionale, **sia di grado non inferiore al 50% (cinquanta per cento), e sia tale da rendere obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altra azienda, anche svolgendo mansioni differenti ma compatibili col profilo professionale del Dirigente**, l'Indennizzo previsto sarà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) del capitale assicurato, ma comunque entro i limiti previsti **dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Ove fosse operante la formula di Franchigia 60%=100%, vale comunque quest'ultima.

Estensione alle Malattie tropicali

Limitatamente alla garanzia Invalidità Permanente da Infortunio ed entro i limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie", l'Assicurazione è estesa alle Malattie tropicali che le persone assicurate potessero contrarre durante la loro permanenza in tutti i Paesi della fascia tropicale del globo. Per Malattie tropicali si **intendendo esclusivamente le seguenti: Malaria, Amebiasi, Dengue, Chikungunya, Colera, Ecefalite giapponese, Febbre gialla, Filariosi, Leishmaniosi, Schistosomiasi, Tripanosomiasi.**

La valutazione del grado di Invalidità Permanente verrà effettuata facendo riferimento ai valori contenuti nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula del presente contratto.

L'estensione è subordinata alla condizione che gli Assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

In deroga al regime di Franchigia contrattualmente operante, si conviene che non si darà luogo ad alcun Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattie Tropicali, quando essa sia di grado inferiore al 15% della totale.

Se, invece, essa sia di grado pari o superiore al 15% della totale, l'Indennizzo avverrà per la sola parte eccedente.

Ove fosse operante la formula di Franchigia 60%=100%, vale comunque quest'ultima.

4.5.17. Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato **in conseguenza diretta, unica ed esclusiva dell'Infortunio indennizzabile** a termini della presente Sezione per:

- accertamenti diagnostici;
- prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere);
- trattamenti fisioterapici e rieducativi prescritti da un medico e praticati da professionisti in possesso di regolare abilitazione.

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza Intervento Chirurgico, Day Hospital, Day Surgery e/o Intervento Chirurgico ambulatoriale, sono rimborsate anche le spese sostenute per: rette di degenza, onorari dei medici curanti, medicinali, diritti di sala operatoria, materiali d'intervento (compresi i dispositivi protesici terapeutici provvisori o definitivi applicati durante l'intervento **con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro**).

La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, od ai suoi Beneficiari in caso di morte, **a cura ultimata e previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato.**

Rimangono comunque escluse le prestazioni mediche effettuate oltre un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

Il Rimborso avverrà fino a concorrenza, per anno assicurativo, del Massimale indicato nella Scheda di Polizza e **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Qualora gli originali delle notule, distinte e ricevute siano stati presentati a terzi per ottenerne il Rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di Polizza dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei suddetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

4.5.18. Rendita vitalizia annua da Infortunio

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione dal quale, secondo le valutazioni contrattualmente previste, residui un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% della totale, la Società riconosce all'Assicurato in vita una Rendita vitalizia immediata rivalutabile di importo annuo iniziale pari a quello indicato nella Scheda di Polizza.

Il riconoscimento della rendita sarà contestuale ed in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità Permanente da Infortunio.

La Società garantisce la Rendita vitalizia rivalutabile tramite emissione a proprio carico di una Polizza vita a favore dell'Assicurato. La Polizza vita sarà nella forma a Premio unico, senza alcun onere a carico dell'Assicurato stesso e non sarà riscattabile.

La decorrenza della Polizza vita coincide con le ore 24 del giorno di sottoscrizione dell'atto di quietanza con il quale è liquidata l'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60%.

La rendita vitalizia sarà erogata, in rate posticipate mensili annualmente rivalutate e verrà corrisposta dal mese successivo alla data di decorrenza della Polizza fino a quando l'Assicurato sarà in vita.

Se al momento del Sinistro l'Assicurato avesse un'età inferiore a 40 anni compiuti, la Società, in sostituzione della rendita, corrisponderà all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda di Polizza. Il capitale sostitutivo sarà corrisposto contestualmente ed in aggiunta al pagamento a titolo definitivo dell'Indennità prevista per l'Invalidità Permanente da Infortunio.

Se al momento del Sinistro, invece, l'Assicurato avesse un'età pari o superiore a 60 anni compiuti, la Società, unitamente alla rendita ed alla contestuale

corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità prevista per l'Invalidità Permanente da Infortunio, liquiderà all'Assicurato un ulteriore capitale aggiuntivo pari a quanto indicato nella Scheda di Polizza.

4.5.19. Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività

La Società riconosce all'Assicurato, impossibilitato a svolgere parzialmente o totalmente le Attività professionali dichiarate a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione, l'importo giornaliero indicato nella Scheda di Polizza a titolo di Assegno integrativo, **nei limiti previsti dall'art. "4.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

4.5.20. Limitazione ai soli Infortuni professionali (compreso il Rischio "in itinere")

A parziale deroga dell'art. "4.2 – Oggetto dell'Assicurazione", **l'Assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio delle Attività Professionali dichiarate**, compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di locomozione, **purché non espressamente esclusi dal presente contratto**.

4.5.21. Limitazione ai soli Infortuni extraprofessionali

A parziale deroga dell'art. "4.2 – Oggetto dell'Assicurazione", **l'Assicurazione vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale**. In ogni caso, sono esclusi gli Infortuni che l'Assicurato subisca durante attività comunque retribuite alle dipendenze di terzi, o svolte in proprio a titolo professionale, o che comunque comportino Remunerazione sia diretta che indiretta.

4.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie

Si riepilogano a seguire i limiti di Indennizzo, le Franchigie e gli Scoperti operanti per la Sezione Infortuni.

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Adattamento domestico	€ 10.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Adattamento autoveicolo	€ 5.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Spese psicoterapeutiche	n. 10 colloqui per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo e sino ad un massimo di € 80,00 per ogni singolo colloquio.	===
Commorienza genitori in presenza di figli minori o portatori di handicap	€ 100.000,00 per ciascun genitore Assicurato.	===
Indennità perdita anno scolastico	1% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente, con il massimo di € 2.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Danno estetico	10% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente, con il massimo di € 5.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Rottura Sottocutanea dei tendini	4% della somma assicurata per l'Invalidità Permanente, con il massimo di € 5.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Ernie addominali da Sforzo	Come da Invalidità Permanente accertata ma comunque non oltre il 10% della relativa somma assicurata, per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	Come da Franchigia contrattualmente operante
Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio	365 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio	Numero di giorni pari al doppio dei giorni di degenza ospedaliera, con il massimo di 90 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	===
Indennità giornaliera da Gessatura	<ul style="list-style-type: none"> Gessatura: 50% dell' Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio, con il massimo di 120 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo. Frattura ossea o Lesione Capsulo-Legamentosa: 50% dell' Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio, con il massimo di 30 giorni per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo. 	===

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio	365 giorni, per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	Vedi Scheda di Polizza
Estensione HIV	10% della somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 20.000,00.	===
Calamità naturali	€ 10.000.000,00 per Sinistro e per periodo assicurativo, indipendentemente dal numero di persone assicurate con la Società.	Come da Franchigia contrattualmente operante
Integrazione per dirigenti	€ 300.000,00 per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Malattie professionali: Franchigia 10% sull'Invalidità Permanente. ▪ Malattie Tropicali: Franchigia 15% sull'Invalidità Permanente.
Rimborso spese mediche da Infortunio	<ul style="list-style-type: none"> • Massimale come da Scheda di Polizza; • Trattamenti fisioterapici e rieducativi: fino a concorrenza del 20% del Massimale, per Sinistro, per persona e per periodo assicurativo. 	Franchigia € 100,00 per Sinistro
Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività	10 giorni per Sinistro e per persona, con il limite di 30 giorni per persona e per periodo assicurativo.	Franchigia 7 giorni

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

(la Sezione Invalidità Permanente da Malattia è operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

5.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Invalidità Permanente da Malattia

5.1.1. Ridefinizione del Premio per età

Ad ogni scadenza annuale, il Premio viene rideterminato in funzione del crescere dell'età di ciascun Assicurato sulla base dei Coefficienti di Adeguamento per Età, di cui all' "Allegato 3 – Tabella CAE" presente in calce.

5.1.2. Persone non assicurabili

A prescindere dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, tale aggravamento del Rischio dovrà essere tempestivamente comunicato alla Compagnia, che si riserva il diritto di recedere dal Contratto ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, ove ne ricorrano i presupposti.

5.2 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Invalidità Permanente conseguente a Malattia ed esclusivamente se quest'ultima si sia manifestata successivamente alla data di effetto della Polizza ed entro 90 giorni dalla cessazione della Polizza.

In quest'ultimo caso, se la Malattia si manifesta nei 90 giorni successivi alla cessazione della Polizza, è necessario che essa sia comunque insorta durante il periodo di validità della Polizza stessa.

5.2.1. Garanzia Base – Invalidità Permanente da Malattia

L'accertamento del grado di Invalidità potrà avvenire, su richiesta dell'Assicurato, non prima che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data della denuncia della Malattia ed a condizione che venga prodotta diagnosi clinica di guarigione e che la menomazione conseguente risulti del tutto stabilizzata.

La produzione della documentazione attestante la guarigione e la stabilizzazione dei postumi invalidanti resta a carico dell'Assicurato o dei suoi aventi causa.

In tutti i casi, comunque, l'accertamento avverrà non oltre i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia, a prescindere dalla guarigione clinica ed anche in assenza della documentazione di cui al comma precedente.

La Società, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del Sinistro entro i 90 giorni seguenti allo scadere dei 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia.

L'accertamento avviene secondo i contenuti dell'art. "5.2.2. Criteri di indennizzabilità" ed in base ai valori previsti nella tabella di cui all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modificazioni intervenute fino alla data di stipulazione della Polizza.

Nelle casistiche non inquadrabili nella citata tabella, il grado di invalidità è accertato prendendo a riferimento le fattispecie assimilabili e tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La Società corrisponde l'Indennizzo sulla somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle tabelle previste dal tipo di Franchigia contrattualmente operante ed indicato nella Scheda di Polizza.

5.2.2. Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dalla Malattia denunciata, se indennizzabile a termini di questa Sezione.

Qualora la Malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti, intendendosi per tali le Malattie od invalidità che interessino sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla nuova Malattia denunciata.

Qualora l'Assicurato denunci più Malattie, contemporaneamente od in momenti successivi, la valutazione dell'Invalidità Permanente ai fini del riconoscimento dell'Indennizzo verrà effettuata separatamente per ciascuna Malattia.

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 intende esserci concorrenza con nuove Malattie quando le Malattie od invalidità già accertate determinano un'influenza peggiorativa su nuove Malattie o invalidità che interessino uno stesso sistema organofunzionale. Nel caso in cui la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia, quindi, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, ossia senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Per gli organi o gli arti che abbiano subito una minorazione, le percentuali di invalidità previste per la perdita totale degli stessi vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta da detti organi o arti.

La minorazione o 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 menomazione, con il massimo del 100%.

La somma assicurata indicata in scheda di Polizza rappresenta la massima cifra che la Società è tenuta a pagare per tutta la durata contrattuale, anche in caso di più Malattie o invalidità indennizzabili ai sensi della presente Sezione.

5.3 – Esclusioni

Sono escluse dall'Assicurazione le Invalidità Permanenti:

- 1) preesistenti alla data di decorrenza della presente Polizza;
- 2) da Malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte o manifestatesi anteriormente alla data di decorrenza del contratto e già note in quel momento all'Assicurato in quanto già diagnosticate o curate, fatto salvo per le malattie oncologiche se il trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o nei termini più brevi per le malattie oncologiche elencate dal Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute.

Questa esclusione vale anche se tali Malattie siano state comunicate o siano venute a conoscenza della Società in qualsiasi forma all'atto

- dell'assunzione del Rischio o successivamente (es: attraverso questionario anamnestico, Cartelle Cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato);
- 3) causate da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci. In caso di uso terapeutico di farmaci, **sono escluse le invalidità causate dal fatto di averli assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella relativa scheda tecnica;**
 - 4) conseguenti a patologie correlate alla infezione da HIV e dalla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
 - 5) da Malattie mentali e/o da disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi, e loro conseguenze.
 - 6) conseguenti a trattamenti fitoterapici, estetici, cure dimagranti e dietetiche;
 - 7) derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
 - 8) derivanti direttamente o indirettamente da sostanze biologiche o chimiche **quando non siano utilizzate per fini pacifici;**
 - 9) direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.
 - 10) conseguenti all'infezione da Sars-CoV-2 o a patologie correlate alla infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura;
 - 11) conseguenti alle terapie e/o ai trattamenti medici effettuati per la cura del Covid-19.

5.4 - Garanzie Facoltative

(valide e operanti se richiamate nella Scheda di Polizza per l'Assicurato)

5.4.1. Franchigia Invalidità Permanente da Malattia 25%

Nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado inferiore al 25% dell'Invalidità Permanente 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 di cui alla tabella seguente:

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo sulla somma assicurata
Fino a 24	0	46	42
25	5	47	44
26	6	48	46
27	7	49	48
28	8	50	50
29	9	51	53
30	10	52	56
31	12	53	59
32	14	54	62
33	16	55	65
34	18	56	68
35	20	57	71
36	22	58	74
37	24	59	77
38	26	60	80
39	28	61	83
40	30	62	86
41	32	63	89
42	34	64	92
43	36	65	96
44	38	da 66 a 100	100
45	40	===	===

5.4.2. Franchigia Invalidità Permanente da Malattia 65%

Nessun Indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente è di grado pari o inferiore al 65% dell'Invalidità Permanente totale.

Se l'Invalidità Permanente è di grado superiore al 65% dell'Invalidità Permanente totale, l'Indennizzo sarà corrisposto nella misura del 100% (cento per cento) della Somma assicurata.

6. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

(la sezione di Assistenza è operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

Premessa

Le Prestazioni di assistenza, elencate agli artt. "6.1 – Servizio Assistenza Infortuni" e "6.2 – Servizio Assistenza Domiciliare e Care Manager", che Europ Assistance si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa, con le modalità indicate all'art. "8.4.1. Obblighi specifici" della sezione "8 Norme che regolano i Sinistri", sono fornite fino a 3 volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della Polizza.

Prestazioni

Si precisa che i consulto, considerate le modalità di prestazione del servizio non valgono quale diagnosi e sono prestati sulla base delle informazioni acquisite dall'Assicurato.

6.1 – Servizio Assistenza Infortuni (operante solo se richiamata nella scheda di Polizza)

1) Consulenza medica generica

Qualora l'Assicurato in caso di Malattia Improvvisa e/o Infortunio necessitasse valutare il proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Struttura Organizzativa e chiedere un consulto telefonico.

2) Invio di un medico generico a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 o nei giorni festivi, e non riesca a reperire il proprio medico di base/famiglia, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, **purché sempre in Italia**, a spese della Società uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento mediante autoambulanza dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino.

3) Invio di un infermiere a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un Ricovero in Istituto di Cura superiore a 5 giorni a seguito di Infortunio, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere, assumendone la Società l'onorario **fino ad un massimo di Euro 300,00 per Sinistro**.

4) Invio di un fisioterapista a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o Fratture semplici derivanti da Infortunio, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista, assumendone la Società l'onorario **fino ad un massimo di Euro 300,00 per Sinistro**.

5) Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio in Italia

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

6) Ricerca negozi per articoli sanitari, presidi, e protesi in Italia

La Prestazione è fornita dalle 9.00 alle 18.00 dal lunedì al venerdì, **esclusi i giorni festivi infrasettimanali**.

Qualora l'Assicurato, a seguito di Malattia e/o Infortunio, abbia necessità di reperire articoli sanitari, presidi e protesi, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, provvederà segnalare il negozio più vicino al suo domicilio.

7) Consegna spesa a domicilio in Italia

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

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

8) Collaboratrice familiare in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, sia stato ricoverato in Istituto di Cura per un periodo superiore a 5 giorni e sia temporaneamente inabile (comprovata da certificazione medica) e pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali, tenendo la Società a carico il relativo costo fino ad un massimo di Euro 300,00 per Sinistro**.

9) Trasporto in autoambulanza in Italia

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

10) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato in Italia

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

a) ad individuare ed a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'Istituto di Cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;

- b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
 - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
 - aereo sanitario **solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei Paesi Europei o facenti parte del Bacino del Mediterraneo.**
- c) ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico, **se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.**

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

Non danno luogo alla Prestazione le lesioni che, a giudizio dei medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato, le terapie riabilitative, nonché le Malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.

11) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato in Italia

Quando l'Assicurato, **in conseguenza della Prestazione "Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato"**, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa il nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

Le Prestazioni dal Punto 12 al punto 19, che seguono, sono fornite esclusivamente a seguito di Sinistri verificatisi ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato.

12) Rientro sanitario

Qualora a seguito di Infortunio le condizioni dell'Assicurato, **accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa ed il medico curante sul posto**, rendano necessario il suo trasporto in un Istituto di Cura attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto con il mezzo che i medici della stessa ritengono più idoneo alle condizioni del paziente:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
- treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

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

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

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

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

13) Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, **in base alle condizioni della Prestazione "Rientro sanitario"**, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato.

La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

14) Anticipo spese prima necessità

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

La Prestazione non è operante:

- nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;
- se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;
- se l'Assicurato non si obbliga a rimborsare la somma nel termine di 30 giorni.

L'Assicurato dovrà comunicare l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e l'accettazione del termine di 30 giorni per la restituzione della somma tramite la compilazione di un apposito modulo da inviare sottoscritto alla Società.

Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre la somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

15) Viaggio di un familiare

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

16) Accompagnamento di minori

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

17) Autista a disposizione in Italia

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

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

18) Prolungamento del soggiorno

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

Al suo rientro l'Assicurato dovrà fornire tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

19) Rientro salma

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

Se tale Prestazione comporterà un esborso maggiore di tale importo, la Società invierà ai richiedenti un preventivo di massima circa l'importo totale delle spese di trasporto della salma. La Prestazione diventerà operante solo nel momento in cui gli aventi diritto abbiano previamente approvato tale preventivo ed abbiano versato alla Società l'eccedenza rispetto all'importo di 3.000 Euro indicato sopra. Qualora le spese totali relative al rientro della salma eccedano l'importo del preventivo, il maggior importo pagato dalla Società dovrà essere rimborsato entro 30 giorni dalla presentazione da parte della Società delle fatture attestanti le spese sostenute. Analogamente, la Società provvederà a rimborsare agli aventi diritto la differenza tra l'importo del preventivo e le somme effettivamente sostenute dalla Società, qualora queste siano inferiori al preventivo, entro 30 giorni dal pagamento delle relative fatture.

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

**6.2 – Servizio Assistenza Domiciliare e Care Manager
(operante solo se richiamata nella Scheda di Polizza)****6.2.1. Care Manager**

Prestazione fornita dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 18:00

Se in seguito a Infortunio, che ne abbia compromesso l'autosufficienza l'Assicurato di Polizza necessitasse di una consulenza socioassistenziale, potrà contattare la Struttura Organizzativa, per far valutare il proprio caso dal Care Manager.

Il Care Manager, attraverso un approfondito colloquio telefonico, con l'Assicurato di Polizza o in caso di impossibilità con i suoi familiari, effettuerà una valutazione delle diverse esigenze di cura.

Nel caso lo ritenesse necessario, **il Care Manager potrà organizzare un sopralluogo presso l'abitazione del paziente per approfondire le valutazioni.**

A seguito delle valutazioni, il Care Manager restituirà all'Assicurato, per iscritto e mediante colloquio telefonico:

- un piano di cura personalizzato sulla base della situazione riscontrata, indicando le figure professionali necessarie e la programmazione oraria/giornaliera degli interventi;
- indicazione di eventuali modifiche alla logistica dell'abitazione, con evidenza delle eventuali barriere architettoniche o pericoli da rimuovere;
- indicazione dei parametri da monitorare;
- indicazioni su dove reperire gli ausili e i presidi necessari;
- indicazioni su come ottenere i servizi sanitari /sociali presso le strutture presenti sul territorio;
- indicazione su come ottenere le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il Care Manager potrà richiedere eventuale documentazione medica a supporto della valutazione.

6.2.2. Assistenza domiciliare integrata

Le Prestazioni previste dal presente art. 6.2.2. saranno erogate, **sulla base di quanto previsto in Polizza, a beneficio dell'Assicurato per un massimo di 15 giorni consecutivi dalle sue dimissioni dall'Istituto di Cura a seguito di un Ricovero superiore a 5 giorni.**

Le Prestazioni di seguito elencate, che Europ Assistance si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa, sono dovute in seguito ad un Ricovero, **superiore a 5 giorni, per Infortunio.**

1) Ospedalizzazione Domiciliare

In caso di Ricovero a seguito di Infortunio la Struttura Organizzativa organizza e gestisce il servizio, su richiesta scritta del medico curante, in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico **per un massimo di giorni 15 giorni consecutivi dalla data di dimissioni dal Ricovero superiore a 5 giorni.** Le modalità per l'accesso ed erogazione del servizio, accertata la necessità della Prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato.

2) Servizi sanitari

Qualora l'Assicurato, **a seguito di Ricovero superiore a 5 giorni per Infortunio**, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura

Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad organizzare il servizio **per un massimo di giorni 15 giorni consecutivi dalla data di dimissioni dal Ricovero.**

3) Servizi non sanitari

Qualora l'Assicurato, trovandosi in Italia, **a seguito di Ricovero superiore a 5 giorni per Infortunio non possa lasciare il proprio domicilio**, la Struttura Organizzativa garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori. La Struttura Organizzativa, accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad organizzare il servizio **per un massimo di giorni 15 giorni consecutivi dalla data di dimissioni dal Ricovero.**

4) Servizi socio sanitari

Qualora l'Assicurato, trovandosi in Italia, **a seguito di Ricovero superiore a 5 giorni per Infortunio non possa lasciare il proprio domicilio**, la Struttura Organizzativa individua il personale Socio-Sanitario (Operatore Socio-Sanitario) e/o socio assistenziale (Badante) idoneo per le necessità dell'Assicurato. La Struttura Organizzativa accertata la necessità della Prestazione, provvederà ad individuare e segnalare, secondo le disponibilità, il personale idoneo tenendone a carico i costi **per un massimo di giorni 15 giorni consecutivi dalla data di dimissioni dal Ricovero.**

6.3 – Estensione territoriale

Le Prestazioni sono erogabili in Italia, Repubblica di San Marino e Città Stato del Vaticano.

Le prestazioni nn. 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, previste all'art. "6.1 – Servizio Assistenza Infortuni", sono valide in tutto il Mondo.

6.4 – Segreto professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale nei confronti di Europ Assistance i medici eventualmente investiti dall'esame del Sinistro che lo hanno visitato prima o anche dopo il Sinistro stesso.

6.5 – Esclusioni

Sono escluse le Prestazioni conseguenti a:

- 1) Infortuni, Malattie, Malformazioni, Difetti fisici e stati patologici diagnosticati anteriormente alla stipulazione della Polizza
- 2) con dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- 3) partecipazioni dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 4) stati patologici correlati alla infezione da HIV;
- 5) Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 6) Infortuni e Malattie conseguenti all'abuso di alcolici, all'uso di allucinogeni e all'uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti;
- 7) aborto volontario non terapeutico;
- 8) Infortuni conseguenti ad azioni delittuose compiute dall'Assicurato; sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza dell'Assicurato stesso;
- 9) Infortuni derivanti da sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti, salvo che si tratti di gare di regolarità;
- 10) Infortuni derivanti o imputabili ad attività che prevedono l'utilizzo di armi da fuoco;
- 11) cure dentarie, protesi dentarie e le parodontopatie non conseguenti ad Infortunio;
- 12) applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o Malattia);
- 13) conseguenze di guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche e inondazioni;
- 14) partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, atti di terrorismo, rivoluzione, tumulto popolare o qualsiasi operazione militare; la copertura si intende esclusa anche se l'Assicurato non ha preso parte attiva ad atti di guerra, dichiarata o non dichiarata o di guerra civile e la perdita di autosufficienza avvenga dopo 14 giorni dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato si trovasse già nel territorio di accadimento; l'esistenza di una situazione di guerra e similari in un paese al momento dell'arrivo dell'Assicurato implica l'esclusione dalla copertura assicurativa;
- 15) conseguenze di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- 16) acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- 17) soggiorni in stabilimenti termali, in case di cura specializzate per Malattie nervose e tubercolari, in case di soggiorno e convalescenza, case di riposo (ancorché qualificate come Istituti di Cura);
- 18) negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici: con ciò si intende che la Prestazione non è erogata se è comprovato che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici, o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- 19) incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo; in ogni caso è esclusa la perdita di autosufficienza causata da incidente di volo se l'Assicurato viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- 20) tutto quanto non è espressamente indicato nelle singole Prestazioni.

7. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE TUTELA LEGALE (la sezione di Tutela Legale è operante solo se richiamata in Scheda di Polizza)

7.1 – Oggetto dell'Assicurazione - Spese coperte dalla Polizza

Se l'Assicurato è coinvolto in una Vertenza, la Società, **nei limiti stabiliti dalla Scheda di Polizza**, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della Vertenza;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione;
- compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG;**
- Spese di Soccombenza poste a carico dell'Assicurato;
- spese di esecuzione forzata, **fino a due tentativi per Sinistro;**
- spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione è obbligatoria;**
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri;
- compensi dei Periti;
- Spese di Giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale.

Le spese legali sono coperte per l'intervento di un avvocato per ogni grado di giudizio salvo il diritto di sostituzione dello stesso, senza duplicazione di spese.

7.2 – Assicurati

Le garanzie indicate nella Scheda di Polizza, **nel caso venga selezionata la sezione Tutela Legale**, vengono prestate per tutti gli Assicurati previsti in Polizza.

Nel caso di Vertenze fra Assicurati le garanzie operano unicamente a favore del Contraente.

7.3 – Ambito di operatività delle garanzie

Le prestazioni di Polizza vengono fornite all'Assicurato in caso di lesioni fisiche, psichiche e/o morali conseguenti a fatti avvenuti successivamente alla data di effetto della Polizza.

7.4 – Garanzie prestate – Opzione Light

Nel caso sulla Scheda di Polizza sia stata richiamata questa opzione sono operanti esclusivamente le seguenti garanzie.

7.4.1. Responsabilità medica

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni subiti in caso di lesioni fisiche, psichiche e morali conseguenti a responsabilità medica in seguito ad Infortunio, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

La garanzia opera per le Vertenze contrattuali e per quelle extra contrattuali, nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica e nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica, paramedica o riabilitativa.

7.4.2. Istituti previdenziali ed assistenziali

Sono coperte le spese sostenute per le Vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali (INPS – INAIL) relative alla posizione previdenziale/assistenziale.

7.5 – Garanzie prestate – Opzione Premium

Nel caso sulla Scheda di Polizza sia stata richiamata questa opzione sono operanti esclusivamente le seguenti garanzie.

7.5.1. Responsabilità medica

Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni subiti in caso di lesioni fisiche, psichiche e morali conseguenti a responsabilità medica in seguito ad Infortunio, compresa la costituzione di parte civile nel procedimento penale.

La garanzia opera per le Vertenze contrattuali e per quelle extra contrattuali, nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica e nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica, paramedica o riabilitativa.

7.5.2. Istituti previdenziali ed assistenziali

Sono coperte le spese sostenute per le Vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali (INPS – INAIL) relative alla posizione previdenziale/assistenziale.

7.5.3. Danni subiti

Sono coperte le spese per la richiesta di risarcimento danni di natura extracontrattuale per Fatti Illeciti di terzi che abbiano provocato un Infortunio.

7.5.4. Ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione

Sono coperte le spese per proporre ricorso avverso la Pubblica Amministrazione a seguito di provvedimenti di diniego o al silenzio in materia di inabilità e invalidità degli Assicurati per richieste avanzate successivamente alla data di effetto della presente Polizza.

7.6 – Spese non coperte dalla Polizza

Se l'Assicurato è coinvolto in una Vertenza, **la Società non copre le seguenti spese:**

- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;

- compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se non indicato da ARAG;**
- spese per l'Indennità di trasferta;
- spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per Sinistro;
- spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria;
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle Spese di Giustizia;
- multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte.

La Società inoltre non copre:

- 1) le spese sostenute per la Fase Stragiudiziale se non è gestita da ARAG;
- 2) le spese sostenute per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG;

7.7 – Esclusioni

Se nella Polizza non è previsto diversamente, le garanzie non operano per Sinistri relativi a:

- 1) diritto di famiglia, successioni o donazioni;
- 2) materia fiscale o amministrativa;
- 3) fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive;
- 4) danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, salvo il caso di Sinistri conseguenti a trattamenti medici;
- 5) fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- 6) proprietà di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche;
- 7) fatti dolosi degli Assicurati;
- 8) fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente;
- 9) compravendita o permuta di immobili, leasing immobiliare;
- 10) costruzione ex novo di edifici, compresi i connessi contratti di fornitura o posa in opera di materiali o impianti;
- 11) trasformazione, ristrutturazione di immobili o parti di essi con o senza ampliamento di volumi;
- 12) immobili non direttamente utilizzati dagli Assicurati;
- 13) fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare;
- 14) reati di diffamazione e diffamazione a mezzo stampa commessi da giornalisti nella loro Attività Professionale;
- 15) prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva;
- 16) esercizio della professione medica, dell'attività medica o di operatore sanitario;
- 17) esercizio della libera professione o dell'attività d'impresa;
- 18) Vertenze con la Società;
- 19) adesione ad azioni di classe (class action);
- 20) difesa penale per abuso di minori.

7.8 – Limiti di copertura

- 1) Le spese legali sono coperte **per l'intervento di (1) un avvocato per ogni grado di giudizio, salvo il caso di sostituzione dello stesso, senza duplicazione di spese.**
- 2) Nel caso di Vertenze fra Assicurati **le garanzie operano unicamente a favore del Contraente.**
- 3) Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, **le garanzie previste in Polizza operano a secondo Rischio.**

7.9 - Massimali

La copertura assicurativa opera, in relazione ad ogni Sinistro, **con il Massimale indicato nella Scheda di Polizza con un limite di € 40.000,00 per Periodo di Assicurazione; quest'ultimo limite opera anche nel caso di Sinistri che abbiano colpito più Assicurati.**

Se più Assicurati sono coinvolti in uno stesso Sinistro, la Polizza opera con un unico Massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate.

7.10 – Operatività delle garanzie in presenza di Polizza di responsabilità civile

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, **le garanzie previste in Polizza operano a secondo Rischio, quindi dopo l'esaurimento del Massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.**

In tutti gli altri casi la presente Polizza, **nei limiti del Massimale**, delle garanzie e delle eventuali garanzie opzionali acquistate, opera a primo Rischio.

7.11 – Estensione territoriale - Dove operano le garanzie

Le garanzie:

- "7.4.1. Responsabilità medica";
- "7.5.1. Responsabilità medica";
- "7.5.3. Danni subiti";

operano in Unione Europea, Regno Unito, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Principato di Andorra, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, se in questi paesi avviene il Sinistro e si trova il foro competente.

Per i Sinistri avvenuti ed il cui foro competente si trova in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera in tutto il Mondo nel limite del Rimborso di € 5.000,00.

Le garanzie:

- "7.4.2. Istituti previdenziali ed assistenziali";
- "7.5.2. Istituti previdenziali ed assistenziali";
- "7.5.4. Ricorsi avverso la Pubblica Amministrazione";

operano in Italia, Città del Vaticano e Repubblica di San Marino, se in questi paesi avviene il Sinistro e si trova il foro competente.

7.12 – Validità delle garanzie - Quando sono coperti i Sinistri

Sono coperti i Sinistri che sono avvenuti dalla data di effetto della copertura assicurativa per il danno o presunto danno extra contrattuale e per la violazione o presunta violazione di norme amministrative.

8. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

8.1 - Norme valide per tutte le sezioni assicurate

8.1.1. Obblighi in caso di Sinistro

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto all'Intermediario a cui è assegnata la Polizza oppure alla Società entro cinque giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice civile.

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

La denuncia di Sinistro può essere effettuata alla Società secondo una delle seguenti modalità:

A mezzo telefono al numero verde:	800.23.31.20
A mezzo fax al numero verde:	800.60.61.61
A mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma
A mezzo posta elettronica indirizzata a:	sinistri@hdia.it
A mezzo posta elettronica certificata , solo per i titolari di Posta Elettronica Certificata (PEC) indirizzata a:	hdi.assicurazioni@pec.hdia.it
Rivolgendosi al proprio Intermediario	
Per le richieste di intervento relative alla sezione Assistenza direttamente alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. al numero verde 800.010.634 , oppure nei modi previsti dall'articolo "8.4.1. Obblighi specifici" delle Norme valide per la sezione Assistenza.	
Per la sezione Tutela Legale i Sinistri possono essere denunciati oltre che alla Società, direttamente ad ARAG SE a mezzo fax al numero 045.82.90.557 o posta elettronica indirizzata a: denunce@arag.it , oppure nei modi previsti dall'articolo "8.5.1. Obblighi specifici" delle Norme valide per la sezione Tutela legale.	
Per informazioni sui Sinistri rivolgersi al numero verde: 800.23.31.20 oppure al proprio Intermediario	

8.1.2. Assicurazione presso diversi assicuratori

Se sui medesimi Rischi coesistono più Assicurazioni, il Contraente o l'Assicurato deve dare a ciascun assicuratore comunicazione degli altri contratti stipulati. In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato.

Qualora la somma di tali Indennizzi, escluso dal conteggio l'Indennizzo dovuto dall'assicuratore eventualmente insolvente, superi l'ammontare del danno, la Società è tenuta a pagare soltanto la sua quota proporzionale in ragione dell'Indennizzo calcolato secondo il proprio contratto senza tenere conto di eventuali Scoperti e/o Franchigie il cui ammontare verrà dedotto successivamente.

Deve intendersi comunque esclusa ogni obbligazione solidale con gli altri assicuratori.

Norme valide per le Sezioni Infortuni ed Invalidità Permanente da Malattia

8.1.3. Procedura per la determinazione dell'Indennizzo in caso di controversie

Fermo il diritto delle Parti di adire l'Autorità giudiziaria, in caso di:

- divergenze sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o sulla durata dell'Inabilità Temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dagli artt. "4.2.2. Criteri di indennizzabilità" e "5.2.2. Criteri di indennizzabilità";
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro;
- disaccordo sulla natura e sulle conseguenze della Malattia, ovvero sulla operabilità di un'ernia addominale da Sforzo;

le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le condizioni di Polizza ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Limitatamente al caso di Invalidità Permanente derivante da Infortunio, è data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità e sono da considerarsi come espressione della volontà delle Parti e quindi vincolanti per le Parti stesse, le quali rinunciano sin da ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi previsti dalla legge.

I risultati delle operazioni del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

8.1.4. Indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte dell'Assicurato

In caso di sopraggiunta morte dell'Assicurato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente in favore dell'Assicurato (salvo che la morte sia causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza includa la garanzia facoltativa per il caso morte di cui all'art. "4.5.7. Morte", nel qual caso l'Indennizzo per l'evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente), la Società, liquida agli eredi dell'Assicurato:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,

- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.

Se invece l'Assicurato muore prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali (salvo che la morte sia causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza includa la garanzia facoltativa per il caso morte di cui all'art. "4.5.7. Morte", nel qual caso l'Indennizzo per l'evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente), la Società liquida agli eredi dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli aventi diritto, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Il contenuto del presente articolo non trova applicazione alla Garanzia Rendita vitalizia annua da Infortunio, nel caso in cui essa preveda la sua corresponsione sotto forma di rendita mensile.

8.1.5. Rinuncia al diritto di surroga

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di surroga che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio o della Malattia.

8.1.6. Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

La Società, ricevuta la documentazione richiesta, riconosciuta l'indennizzabilità del Sinistro e determinato l'Indennizzo dovuto, ne comunica l'importo agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la Società provvede al relativo pagamento entro 30 giorni dalla data di quest'ultima.

8.1.7. Documenti richiesti in caso di morte dell'Assicurato

Nei casi in cui il Beneficiario dell'Indennizzo sia un soggetto diverso dall'Assicurato, per il caso di morte di quest'ultimo (in particolare, nei casi previsti dall'art. 4.5.7), e in tutti i casi in cui il diritto all'Indennizzo sia trasmesso agli eredi dell'Assicurato per successione ereditaria (come nel caso di cui all'art. 8.1.4.), i Beneficiari, gli eredi dell'Assicurato o il Contraente, dovranno consegnare alla Società i seguenti documenti:

- richiesta dell'avente diritto che contenga la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettano di identificare la Polizza;
- certificazione che attesti con certezza la qualità di Beneficiario laddove lo stesso non sia stato indicato univocamente;
- certificato di morte dell'Assicurato;
- ove il Beneficiario non sia indicato univocamente: atto di notorietà o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà attestante l'esistenza o meno di un testamento – l'ultimo noto non impugnato – con l'indicazione della data di stesura e pubblicazione, nonché l'indicazione di tutti gli eredi legittimi. Del testamento deve essere consegnata copia conforme all'originale.

8.2 - Norme valide per la sezione Infortuni

8.2.1. Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi

Fermo quanto previsto dall'art. "8.1.1. Obblighi in caso di Sinistro", la denuncia dell'Infortunio **deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'Infortunio e deve essere corredata da certificato medico attestante entità e sede delle lesioni.**

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari devono altresì:

- fornire copia della Cartella Clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, **sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi alla Società. Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore;**
- consentire alla Società le indagini, i controlli medici e gli accertamenti necessari, insieme ad ogni altra informazione richiesta, a tal fine esonerando dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato (eventuale traduzione giurata compresa), salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

8.3 - Norme valide per la sezione Invalidità Permanente da Malattia

8.3.1. Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi

Fermo quanto previsto dall'art. "8.1.1. – Obblighi in caso di Sinistro", l'Assicurato deve denunciare la Malattia quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa comportare un'Invalidità Permanente.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari devono altresì:

- inviare alla Società le attestazioni mediche in ordine allo stato della Malattia, copia delle Cartelle Cliniche e di ogni altro certificato o documento che possa contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti;
- fornire ogni altra informazione, a tal fine esonerando dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato (eventuale traduzione giurata compresa).

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice civile.

8.4 - Norme valide per la sezione Assistenza

Premessa

In caso di Sinistro coperto dall'Assicurazione Assistenza, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa. **L'inadempimento di tale obbligo comporta la decadenza al diritto alle Prestazioni di assistenza.**

Previa comunicazione al Contraente, anche mediante pubblicazione sul sito internet istituzionale o nell'area personale dello stesso, la Società si riserva di variare in qualsiasi momento il fornitore delle Prestazioni di Assistenza, lasciando invariate le Prestazioni garantite e le condizioni contrattuali concordate con il Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

8.4.1. Obblighi specifici

In caso di necessità la Struttura Organizzativa di Europ Assistance è in funzione 24 ore su 24. Il personale specializzato di Europ Assistance è a disposizione dell'Assicurato, pronto ad intervenire e ad indicare le procedure più idonee per risolvere nel migliore dei modi qualsiasi tipo di problema oltre che ad autorizzare eventuali spese.

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

- dall'Italia per telefono al numero verde **800.010.634**
- dall'Italia e dall'estero per telefono al numero **02.58.28.62.06**

IMPORTANTE: non prendere alcuna iniziativa senza avere prima interpellato telefonicamente la Struttura Organizzativa.

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;
- numero della Polizza;
- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- recapito telefonico.

Qualora fosse nell'impossibilità di contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa, potrà inviare: un fax al numero **02.58477201** oppure un telegramma a EUROPE ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI).

Assistenza domiciliare integrata:

In caso di Sinistro l'Assicurato deve prendere contatto con la Struttura Organizzativa **almeno 48 ore prima (il preavviso è necessario per organizzare la Prestazione, che potrà essere erogata solo dopo le 48 ore dalla comunicazione):**

- chiamando il numero di telefono **02.58.28.69.81;**
e
- inviando via fax al numero **02.58.38.45.78** l'opportuna certificazione medica con prescrizione dell'assistenza domiciliare.

L'inadempimento di tale obbligo di preavviso potrebbe comportare la decadenza al diritto alle Prestazioni di assistenza o ritardo nell'erogazione delle stesse.

8.5 - Norme valide per la sezione Tutela Legale

Premessa

La gestione dei Sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a: ARAG SE – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia con sede in Viale del Commercio, 59 - 37135 Verona (VR), in seguito denominata ARAG, alla quale l'Assicurato può rivolgersi direttamente.

Principali riferimenti:

- Telefono centralino: +39 045.82.90.411
- Mail per invio nuove denunce di Sinistro: denunce@ARAG.it
- Fax per invio nuove denunce di Sinistro: +39 045.82.90.557
- Mail per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro: sinistri@ARAG.it
- Fax per invio successiva documentazione relativa alla gestione del Sinistro: +39 045.82.90.449

8.5.1. Obblighi specifici - Come denunciare un Sinistro

La denuncia del Sinistro deve essere presentata tempestivamente alla Società e/o ad ARAG nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza o comunque nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della Polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso Rischio.

L'Assicurato ha l'obbligo di informare la Società e/o ARAG in modo completo e veritiero di tutti i particolari del Sinistro e ha l'obbligo di indicare e mettere a disposizione, se richiesti, i mezzi di prova, i documenti e le eventuali altre polizze assicurative.

In mancanza, la Società e/o ARAG non può essere ritenuta responsabile di eventuali ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del Sinistro, nonché di eventuali prescrizioni o decadenze che dovessero intervenire.

8.5.2. Gestione del Sinistro, scelta dell'avvocato e pagamento delle spese

Ricevuta la denuncia del Sinistro ARAG verifica la copertura assicurativa.

La Fase Stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la Vertenza con l'accordo delle Parti e **si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.**

Per valutare la copertura assicurativa della Fase Giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG si riserva di verificare l'idoneità delle prove e argomentazioni che l'Assicurato ha l'obbligo di fornire restando inteso che la copertura assicurativa sarà negata nei casi di Vertenze svincolate da alcun fondamento giuridico o liti palesemente temerarie.

Per la Fase Giudiziale l'Assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato **tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario.**

L'incarico all'avvocato o al Perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'Assicurato, **pertanto ARAG non è responsabile del loro operato.**

Le spese per gli accordi economici tra Assicurato e avvocato, per la transazione della Vertenza e per l'intervento del Perito o del consulente tecnico di parte sono coperte **solo se preventivamente autorizzate da ARAG.**

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di

Assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

Se l'Assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento.

Il pagamento delle spese coperte dalla Polizza avviene entro il termine di 30 (trenta) giorni previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.

8.5.3. Restituzione delle spese

L'Assicurato ha l'obbligo di restituire tutte le spese che sono state sostenute e/o anticipate da ARAG se ha diritto di recuperarle dalla controparte;

8.5.4. Disaccordo con ARAG in merito alla gestione del Sinistro e conflitto di interessi

Nel caso di disaccordo tra l'Assicurato e ARAG in merito alla gestione del Sinistro, la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente a norma del codice di procedura civile. Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali quale che sia l'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, previo esperimento del tentativo di mediazione.

L'Assicurato ha comunque il diritto di scegliere il proprio avvocato nel caso di conflitto di interessi con ARAG.

8.5.5. Quando avviene il Sinistro

La data di avvenimento del Sinistro è quella in cui si verifica l'evento a seguito del quale insorge la Vertenza.

L'evento, in base alla natura della Vertenza, è inteso come:

- il danno o presunto danno extra contrattuale subito dall'Assicurato;
- la violazione o la presunta violazione della norma di legge;

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

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

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

ALLEGATI
**ALLEGATO 1
CATALOGO ATTIVITA' PROFESSIONALI**

N.	Attività	Classe
1	Addetti Call Center, Telefonisti, Centralinisti, Addetti segreteria	A
2	Addetti alle pulizie (con uso impalcature e simili), Pulitori di vetri	C
3	Addetti alle pulizie (senza uso impalcature e simili)	B
4	Agenti o Rappresentanti di Commercio, Viaggi, Immobiliare	B
5	Agenti o Intermediari assicurativi, Promotori finanziari — creditizi	B
6	Agenti o Procuratori di artisti ed atleti, Impresari artistici	B
7	Agricoltori, Frutticoltori, Orticoltori (senza uso macchine agricole)	C
8	Agricoltori, Frutticoltori, Orticoltori (con uso macchine agricole)	D
9	Agronomi, Biologi, Botanici senza accesso a stabilimenti produttivi	A
10	Agronomi, Biologi, Botanici con accesso a stabilimenti produttivi	B
11	Albergatori, Affittacamere, Gestori Bed & Breakfast, Ristoratori (titolare, senza lavori manuali)	A
12	Albergatori, Affittacamere, Gestori Bed & Breakfast, Ristoratori (con lavori manuali)	B
13	Allenatori Sportivi, Maestri di sport, Preparatori Atletici, Personal Trainer (escluso arti marziali, lotta, equitazione, sport aerei)	B
14	Allevatori bestiame, Pastori, Mandriani, Stallieri e Maniscalchi (bovini, ovini, equini, suini, struzzi)	D
15	Allevatori bestiame o Pastori (escluso bovini, equini, suini, struzzi)	B
16	Amministratori (beni propri o altrui)	A
17	Biologi, Chimici, Fisici (senza contatto materiali esplodenti)	B
18	Appartenenti al Clero o Ordini Religiosi, Sacrestani, Ministri di Culto (esclusi missionari all'estero)	A
19	Appartenenti a FF. AA. o Corpi di Polizia (esclusi conflitti a fuoco, azioni repressione crimine ed esercitazioni militari)	C
20	Archeologi, Assistenti di scavo, Esperti in diagnostica dei beni culturali	C
21	Architetti (con accesso cantieri e ponteggi)	B
22	Architetti, Arredatori, Disegnatori, Progettisti (senza accesso cantieri e ponteggi)	A
23	Archivisti, Bibliotecari	A
24	Assistenti sociali, O.S.S. /O.S.A. - Operatori Socio Sanitari o Assistenziali	B
25	Attori, Registi, Cantanti (senza Scene Pericolose, escluso stunt man e controfigure)	B
26	Autotrasportatori e/o Conduuttori di macchine operatrici (con carico e scarico)	D
27	Autotrasportatori (senza carico e scarico)	C
28	Avvocati, Procuratori legali	B
29	Baby-sitter, Governanti	A
30	Bagnini, Assistenti bagnanti	B
31	Ballerini, Coreografi e Insegnanti di Danza	B
32	Bambini in età prescolare	A
33	Baristi/Barman, Camerieri	B
34	Benestanti, Possidenti, Proprietari Terrieri (senza occupazioni di lavoro)	A
35	Calzolai, Pellettieri, Riparatori articoli in pelle	B
36	Carrozzeri, Verniciatori	D
37	Casalinga/o	A
38	Casari	B
39	Cassieri, Addetti cassa e biglietteria	A
40	Cesellatori, Scultori (senza uso impalcature e simili), Ceramisti, Decoratori, Incisori, Cromatori	B
41	Collaboratori familiari, domestici, Badanti	B
42	Collaboratori scolastici, Personale ATA	B
43	Commercialisti, Ragionieri, Revisori Contabili, Consulenti del lavoro	A
44	Commercianti Abbigliamento, Art.li Sportivi, Calzature, Valigie, Borse, Tappeti e Tessuti (titolari o addetti)	A
45	Commercianti ambulanti	C
46	Commercianti animali domestici, Toelettatori (titolari o addetti)	B
47	Commercianti Alimentari/Minimarket, Frutta e Verdura (titolari o addetti)	B
48	Commercianti Articoli Edilizia, Idraulici, Elettrici, Materie Ferrose, Legnami (titolari o addetti)	C
49	Commercianti Ferramenta, Articoli Igienico/Sanitari, Vernici e Colori (titolari o addetti)	B
50	Commercianti e/o Noleggiatori di: Auto, Moto Veicoli, Ricambi e Accessori (titolari o addetti)	B
51	Commercianti Computer, Elettronica, Articoli fotografici, Libri, Dischi, Strumenti musicali e Ottica (titolari o addetti)	A
52	Commercianti di Mobili, Elettrodomestici e/o Macchinari, Antiquari, Rigattieri (titolari o addetti)	B
53	Commercianti al dettaglio, solo servizio clienti e senza lavori manuali (titolari o addetti)	A
54	Commercianti Concimi, Fertilizzanti, Mangimi e Sementi, Prodotti per il giardinaggio (titolari o addetti)	B
55	Conducenti autobus extraurbani	C
56	Conducenti e/o controllori auto-filobus urbani, tram e mezzi pubblici	B

N.	Attività	Classe
57	Conduttori macchine agricole, Trattoristi, Trebbiatori	D
58	Consulenti Aziendali, Informatici, per la Sicurezza sul lavoro, Business consultant (con mansioni esterne)	B
59	Cuochi, Aiuto cuochi, Gastronomi, Pizzaioli	B
60	Curatori di mostre o musei, Antropologi	A
61	Dentisti	A
62	Dirigenti (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)	A
63	Dirigenti (con mansioni esterne e accesso cantieri, officine, ponteggi)	B
64	Disegnatori, Pittori artisti, grafici, Tatuatori	A
65	Disinfestatori, Derattizzatori	B
66	Docenti, Insegnanti, Formatori, Assistenti e Ricercatori in materie professionali, tecniche, sperimentali ed educazione fisica	B
67	Docenti, Insegnanti, Formatori, Assistenti e Ricercatori (escluso materie professionali, tecniche, educazione fisica)	A
68	Ebanisti, Corniciai, Liutai	B
69	Elettricisti, Antennisti, Ascensoristi, Elettrotecnici (anche all'esterno e alta tensione, con accesso ad impalcature, tetti e costruzioni)	D
70	Elettricisti, Antennisti, Elettrotecnici (senza accesso ad impalcature, tetti e costruzioni, no alta tensione)	C
71	Enologi, Enotecnici, Sommelier	B
72	Estetisti, Truccatori, Manicure, Pedicure	A
73	Fabbri, Carpentieri	D
74	Falegnami, Mobiliari, Artigiani del legno	C
75	Farmacisti, Parafarmacisti, Erboristi	A
76	Ferrovieri (escluso personale viaggiante)	A
77	Ferrovieri (personale viaggiante, escluso macchinisti)	B
78	Ferrovieri (macchinisti)	C
79	Fiorai, Commercianti fiori e piante (o addetti)	B
80	Fisioterapisti, Massaggiatori, Operatori del benessere	A
81	Fotografi, Operatori cinematografici, Cameraman (all'interno studi)	A
82	Fotografi, Operatori cinematografici, Cameraman e Fotoreporter (in esterni, esclusi inviati zone guerra)	B
87	Geologi	B
88	Geometri (con accesso cantieri e ponteggi)	B
89	Geometri (senza accesso cantieri e ponteggi)	A
90	Gestori e/o dipendenti di cinema, teatri e sale da ballo	B
91	Gestori e/o dipendenti di distributori di carburanti - Benzinai - incluse attività lavaggio e manutenzione	C
92	Gestori e/o dipendenti di distributori di carburanti - Benzinai - escluse attività lavaggio e manutenzione	B
93	Gestori e/o dipendenti di garage e autorimesse	B
94	Gestori e/o dipendenti di laboratorio/azienda di: panetteria, pasticceria, pastificio, gelateria, pizzeria	B
95	Gestori e/o dipendenti di lavanderia o tintoria	B
96	Giardinieri (escluso abbattimento di piante ad alto fusto) , Vivaisti, Floricoltori, Orticoltori	C
97	Giardinieri (incluso abbattimento di piante ad alto fusto), Vivaisti, Floricoltori, Orticoltori, Boscaioli	D
98	Giornalai, Edicolanti, Librai	A
99	Giornalisti, Cronisti, Pubblicisti	B
100	Giudici, Magistrati e Notai	A
101	Gruisti, Escavatoristi, Manovratori, conduttori macchine operatrici e/o mezzi di sollevamento	D
102	Guardie Municipali, Campestri, Forestali, Acque Demaniali, Guardacaccia o Guardapesca	B
103	Guide turistiche, Accompagnatori turistici, Animatori villaggi vacanze	B
104	Idraulici, Termoidraulici, Caldaisti (con accesso ad impalcature, tetti e costruzioni)	D
105	Idraulici, Termoidraulici, Caldaisti (senza accesso ad impalcature, tetti e costruzioni)	C
106	Igienisti dentali	A
107	Impiegati (con mansioni interne, senza accesso cantieri, officine, ponteggi)	A
108	Impiegati (con mansioni esterne, compreso accesso cantieri, officine, ponteggi)	B
109	Imprenditori, Titolari, Amministratori o Gestori di azienda, con mansioni amministrative interne (senza lavori manuali)	A
110	Imprenditori, Titolari, Amministratori o Gestori di azienda, con mansioni esterne (senza lavori manuali)	B
111	Imprenditori, Titolari, Amministratori o Gestori di azienda, con mansioni esterne e lavori manuali (escluso edilizia e alta tensione)	C
112	Imprenditori, Titolari, Amministratori o Gestori di azienda, con lavori manuali e accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione	D
113	Indossatori, Modelli, Hostess/Steward, Promoter (eventi o stand commerciali)	B
114	Infermieri, Paramedici (escluso reparti psichiatrici)	B
115	Infermieri, Paramedici (anche in reparti psichiatrici)	C
116	Ingegneri (con accesso cantieri, officine, ponteggi)	B
117	Ingegneri (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)	A
118	Installatori serramenti, tende e veneziane (senza uso impalcature, piattaforme aeree e simili)	C
119	Installatori serramenti, tende e veneziane (compreso uso impalcature e simili)	D
120	Interpreti, Traduttori	A

N.	Attività	Classe
121	Istruttori di scuola guida	B
122	Macellai (al banco, senza macellazione) , Salumieri, Norcini, Banconisti alimentari	C
123	Macellai (con macellazione)	D
124	Marmisti, Scalpellini, Scultori (compreso uso impalcature e simili), Cavatori (in cave a giorno senza uso di esplosivi)	C
125	Meccanici, Elettrauti, Gommisti, Auto-Moto-Ciclo riparatori	C
126	Medici specialisti o generici	A
127	Muratori, Manovali, Pittori Edili, Intonacatori (anche con uso ponteggi o impalcature)	D
128	Musicisti: Compositori, Concertisti, Direttori d'orchestra e/o Orchestrali, Insegnanti di musica	A
129	Odontotecnici	B
130	Operai (escluso muratori)	C
131	Operai, con accesso a cantieri, tetti, ponteggi, impalcature o a contatto con correnti ad alta tensione	D
132	Operatori ecologici	C
133	Orafi, Orefici, Orologiai, Gioiellieri	B
134	Ostetrico/a	A
135	Oculisti, Ottici, Optometristi	A
136	Parrucchieri, Barbieri, Acconciatori	A
137	Pavimentatori, Parquettisti, Piastrellisti	C
138	Pensionati	B
139	Periti, Accertatori con svolgimento di sopralluoghi tecnici	B
140	Pescatori (solo acque interne)	C
141	Pescatori	D
142	Pittori edili, Imbianchini, stuccatori (con accesso ad impalcature esterne, tetti e costruzioni)	D
143	Pittori edili, Imbianchini, stuccatori (senza accesso ad impalcature esterne, tetti e costruzioni)	C
144	Pony Express, Corrieri, Fattorini, Addetti alle consegne a domicilio, Addetti distributori automatici	C
145	Portieri, Custodi, Uscieri	B
146	Postini	B
147	Portuali, Marittimi, Ufficiali Marina Mercantile	D
148	Programmatori Elettronici, Informatici, Sistemisti, Operatori C.E.D.	A
149	Psicologi o Psicoanalisti, Sociologi	A
150	Quadri, Funzionari con mansioni amministrative interne	A
151	Quadri, Funzionari con accesso a cantieri e/o laboratori e/o mansioni esterne	B
152	Radiotecnici, Riparatori Radio, Tv, Computer, Elettrodomestici (esclusa installazione di antenne)	B
153	Radiotecnici, Riparatori Radio, Tv, Computer, Elettrodomestici (compresa installazione antenne)	D
154	Registi, Direttori artistici, Sceneggiatori, Scenografi progettisti	A
155	Restauratori di oggetti d'arte, con accesso ad impalcature e ponteggi	C
156	Restauratori di oggetti d'arte, senza accesso ad impalcature e ponteggi	B
157	Sarti, Tagliatori artigianali, Modellisti, Cappellai, Ricamatori	B
158	Scrittori, Redattori, Autori	A
159	Soccorritori sanitari/Ambulanzieri	B
160	Spedizionieri (architetti del trasporto) o Doganalisti	B
161	Stagisti, Apprendisti o Tirocinanti con accesso a cantieri e/o laboratori e/o mansioni esterne	B
162	Stagisti, Apprendisti o Tirocinanti con mansioni interne, senza accesso a cantieri e/o laboratori	A
163	Stagisti, Apprendisti o Tirocinanti con lavori manuali	C
164	Studenti di ogni ordine o grado	A
165	Tabaccaï, Commercianti (o addetti) di: profumi, casalinghi, cartoleria, giocattoli, merceria, articoli da regalo	A
166	Tappezzieri, Tessitori, Artigiani tessili	C
167	Tassisti, Autisti Privati, N.C.C.	B
168	Tecnici Sanitari (di laboratorio Biomedico, di Radiologia Medica escluso Rischio radiazioni , di Neurofisiopatologia e simili)	A
169	Tipografi, Litografi, Stampatori, Rilegatori	C
170	Titolari Bar, Caffè, Enoteca, Birreria, Ristorante E Pizzeria (con lavori manuali)	B
171	Traslocatori, Addetti allo spostamento merci, Facchini, Magazzinieri, Attrezzisti ed assimilati	D
172	Veterinari, Assistenti veterinari, Tecnici veterinari	B
173	Vetrai, Commercianti Vetro (o addetti)	C
174	Vetrinisti, Visual Merchandiser	B
175	Webmaster, Webdesigner, Data scientist, Big data analyst, Cybersecurity expert	A

**ALLEGATO 2
TABELLA INAIL**

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
Altre menomazioni della facoltà visiva		(vedi relativa tabella)
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18
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
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde Indennità		==
Esiti di Frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	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	70	60
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 due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
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 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 concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del collo	2	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

Visus perduto	Visus residuo	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva minore (occhio peggiore)	Indennizzo dell'occhio con acutezza visiva maggiore (occhio migliore)
1/10	9/10	1%	2%
2/10	8/10	3%	6%
3/10	7/10	6%	12%
4/10	6/10	10%	19%
5/10	5/10	14%	26%
6/10	4/10	18%	34%
7/10	3/10	23%	42%
8/10	2/10	27%	50%
9/10	1/10	31%	58%
10/10	0	35%	65%

- A) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- B) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- C) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di rifrazione.
- D) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
- E) In caso di afachia monolaterale:
- con visus corretto di 10/10 – 9/10 – 8/10 15%
 - con visus corretto di 7/10 18%
 - con visus corretto di 6/10 21%
 - con visus corretto di 5/10 24%
 - con visus corretto di 4/10 28%
 - con visus corretto di 3/10 32%
 - con visus corretto inferiore a 3/10 35%
- F) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

**ALLEGATO 3
TABELLA CAE**

(Tabella coefficienti adeguamento età)

Passaggio da anni – a anni	Sezione Infortuni (esclusa Rendita vitalizia)	Passaggio da anni – a anni	Garanzia Rendita Vitalizia	Passaggio da anni – a anni	Sezione Invalidità Permanente da Malattia
1 – 2	1,0000	1 – 2	1,0000	1 – 2	1,0000
2 – 3	1,0000	2 – 3	1,0000	2 – 3	1,0000
3 – 4	1,0000	3 – 4	1,0000	3 – 4	1,0000
4 – 5	1,0000	4 – 5	1,0000	4 – 5	1,0000
5 – 6	1,0000	5 – 6	1,0000	5 – 6	1,0000
6 – 7	1,0000	6 – 7	1,0000	6 – 7	1,0000
7 – 8	1,0000	7 – 8	1,0000	7 – 8	1,0000
8 – 9	1,0000	8 – 9	1,0000	8 – 9	1,0000
9 – 10	1,0000	9 – 10	1,0000	9 – 10	1,0000
10 – 11	1,0000	10 – 11	1,0000	10 – 11	1,0588
11 – 12	1,0102	11 – 12	1,0102	11 – 12	1,0556
12 – 13	1,0101	12 – 13	1,0101	12 – 13	1,0526
13 – 14	1,0100	13 – 14	1,0100	13 – 14	1,0500
14 – 15	1,0099	14 – 15	1,0099	14 – 15	1,0476
15 – 16	1,0098	15 – 16	1,0098	15 – 16	1,0909
16 – 17	1,0097	16 – 17	1,0097	16 – 17	1,0417
17 – 18	1,0096	17 – 18	1,0096	17 – 18	1,0400
18 – 19	1,0095	18 – 19	1,0095	18 – 19	1,0769
19 – 20	1,0000	19 – 20	1,0000	19 – 20	1,0357
20 – 21	0,9906	20 – 21	0,9906	20 – 21	1,0690
21 – 22	1,0000	21 – 22	1,0000	21 – 22	1,0645
22 – 23	1,0000	22 – 23	1,0000	22 – 23	1,0606
23 – 24	1,0000	23 – 24	1,0000	23 – 24	1,0571
24 – 25	0,9905	24 – 25	0,9905	24 – 25	1,0541
25 – 26	1,0000	25 – 26	1,0000	25 – 26	1,0513
26 – 27	0,9904	26 – 27	0,9904	26 – 27	1,0732
27 – 28	1,0000	27 – 28	1,0000	27 – 28	1,0682
28 – 29	1,0000	28 – 29	1,0000	28 – 29	1,0426
29 – 30	1,0000	29 – 30	1,0000	29 – 30	1,0612
30 – 31	0,9903	30 – 31	0,9903	30 – 31	1,0577
31 – 32	1,0000	31 – 32	1,0000	31 – 32	1,0727
32 – 33	1,0000	32 – 33	1,0000	32 – 33	1,0508
33 – 34	0,9902	33 – 34	0,9902	33 – 34	1,0645
34 – 35	0,9901	34 – 35	0,9901	34 – 35	1,0606
35 – 36	1,0000	35 – 36	1,0000	35 – 36	1,0571
36 – 37	1,0000	36 – 37	1,0000	36 – 37	1,0676
37 – 38	0,9900	37 – 38	0,9900	37 – 38	1,0506
38 – 39	1,0000	38 – 39	1,0000	38 – 39	1,0602
39 – 40	1,0000	39 – 40	1,0000 	39 – 40	1,0682
40 – 41	1,0000	40 – 41	0,9701	40 – 41	1,0532
41 – 42	1,0000	41 – 42	0,9696	41 – 42	1,0606
42 – 43	0,9899	42 – 43	0,9691	42 – 43	1,0667
43 – 44	1,0000	43 – 44	0,9696	43 – 44	1,0536
44 – 45	1,0000	44 – 45	0,9681	44 – 45	1,0593
45 – 46	1,0000	45 – 46	0,9685	45 – 46	1,0640
46 – 47	1,0000	46 – 47	0,9680	46 – 47	1,0602
47 – 48	1,0000	47 – 48	0,9674	47 – 48	1,0567
48 – 49	1,0000	48 – 49	0,9668	48 – 49	1,0604
49 – 50	0,9898	49 – 50	0,9662	49 – 50	1,0633
50 – 51	1,0000	50 – 51	0,9656	50 – 51	1,0595
51 – 52	1,0000	51 – 52	0,9660	51 – 52	1,0618
52 – 53	1,0000	52 – 53	0,9654	52 – 53	1,0582
53 – 54	1,0000	53 – 54	0,9647	53 – 54	1,0600
54 – 55	1,0103	54 – 55	0,9640	54 – 55	1,0613
55 – 56	1,0000	55 – 56	0,9633	55 – 56	1,0578
56 – 57	1,0000	56 – 57	0,9626	56 – 57	1,0588

Passaggio da anni – a anni	Sezione Infortuni (esclusa Rendita vitalizia)
57 – 58	1,0000
58 – 59	1,0102
59 – 60	1,0000
60 – 61	1,0101
61 – 62	1,0000
62 – 63	1,0100
63 – 64	1,0000
64 – 65	1,0000
65 – 66	1,0099
66 – 67	1,0000
67 – 68	1,0000
68 – 69	1,0000
69 – 70	1,0098
70 – 71	1,0000
71 – 72	1,0000
72 – 73	1,0000
73 – 74	1,0097
74 – 75	1,0096

Passaggio da anni – a anni	Garanzia Rendita Vitalizia
57 – 58	0,9618
58 – 59	0,9621
59 – 60	0,9603
60 – 61	1,3127
61 – 62	0,9693
62 – 63	0,9689
63 – 64	0,9685
64 – 65	0,9693
65 – 66	0,9678
66 – 67	0,9681
67 – 68	0,9666
68 – 69	0,9675
69 – 70	0,9672
70 – 71	0,9669
71 – 72	0,9666
72 – 73	0,9676
73 – 74	0,9664
74 – 75	0,9675

Passaggio da anni – a anni	Sezione Invalidità Permanente da Malattia
57 – 58	1,0595
58 – 59	1,0599
59 – 60	1,0601
60 – 61	1,0633
61 – 62	1,0596
62 – 63	1,0592
63 – 64	1,0587
64 – 65	1,0607

★ Se la rendita è di € 1.000,00	
39 – 40	1,4285

ALLEGATO 4

Tabella delle patologie per le quali è previsto un termine ridotto per il maturarsi dell'oblio oncologico rispetto al limite dei dieci anni (o cinque se diagnosi precedente al compimento del 21° anno di età) dalla fine del trattamento o dall'ultimo intervento chirurgico.

Tipo di Tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	>21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	>21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

La presente Tabella, di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute, è aggiornata a marzo 2024 e soggetta ad aggiornamento periodico, ove occorra, entro il 31 dicembre di ogni anno da parte del Ministero della Salute.



HDI Assicurazioni S.p.A.
 Sede Legale e Direzione Generale:
 Piazza Guglielmo Marconi, 25 - 00144 Roma (IT)
 Telefono +39 06 421 031 - Fax +39 06 4210 3500
 hdi.assicurazioni@pec.hdia.it - www.hdiassicurazioni.it

Capitale Sociale € 351.000.000,00 i.v.
 Codice Fiscale, Partita Iva
 e Numero d'iscrizione: 04349061004
 del Registro Imprese di Roma,
 N. REA: RM-757172

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni
 con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'8/6/93 (G.U. 14/6/93) e iscritta
 alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicuratrici al n. 1.00022
 Capogruppo del Gruppo Assicrativo "HDI Assicurazioni"
 iscritto all'Albo dei Gruppi Assicrativi al n. 015

PAGINA LASCIATA

INTENZIONALMENTE

IN

BIANCO

HDI Assicurazioni S.p.A.
Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma
Tel. +39 06 421 031
Fax +39 06 4210 3500
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it
www.hdiassicurazioni.it

Mod. S4291 – Ed. 072024

HDI
ASSICURAZIONI