

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

Compagnia: Allianz S.p.A.

Prodotto: "All Salute Infortuni Conferme"

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

Che tipo di assicurazione è?

E' un'assicurazione contro i danni che offre copertura in caso di infortunio a favore delle seguenti categorie di assicurati: titolari, amministratori, dirigenti e quadri di aziende iscritte a Confindustria. Prevede anche una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.



Che cosa è assicurato?

✓ Sezione Infortuni:

L'assicurazione vale in caso di infortunio nell'esercizio delle attività professionali ed extraprofessionali compreso il rischio in itinere. La copertura infortuni è prevista esclusivamente per le seguenti categorie:

- Titolari, amministratori nella forma nominativa;
- I dirigenti e i quadri nella forma sulle retribuzioni.

✓ Sezione assistenza (facoltativa)

Si erogano prestazioni di assistenza all'assicurato a mezzo di Centrale Operativa telefonica.



Che cosa non è assicurato?

Sezione Infortuni:

- * Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività AIDS, epilessia, psicosi;
- * Le persone oltre gli 80 anni di età non possono stipulare la polizza né essere successivamente inserite in garanzia;
- * Non sono compresi gli infortuni derivanti da pratica di sport a livello professionistico, partecipazione a delitti dolosi e ad imprese temerarie, rischio guerra, terremoti, maremoti, reazione nucleare;
- * Inoltre viene esclusa qualsiasi alterazione dello stato di salute non derivante da infortunio (ad es. infarto).

Sezione assistenza:

- * le prestazioni non sono previste per malattie derivanti da situazioni patologiche pregresse, cure ortodontiche e paraodontopatie di protesi dentarie, cure ed interventi per eliminazione di difetti fisici, estetici e di protesi, espanto trapianto di organi, aborto volontario, patologie inerenti alla gravidanza oltre il 180 giorno, fecondazione assistita.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sì, sono presenti esclusioni, franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e periodi di carenza per il cui dettaglio si rimanda al DIP Aggiuntivo Danni alla sezione "Ci sono limiti di copertura?".



Dove vale la copertura?

- ✓ Sezione Infortuni l'assicurazione vale in tutto il mondo;
- ✓ Sezione Assistenza l'assicurazione vale in tutto il mondo; rispettivamente alle seguenti garanzie: organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate; invio di un medico, di infermiere a domicilio; disbrigo di faccende domestiche la validità di polizza è limitata al territorio Italiano, alla Repubblica di San Marino e alla Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'Impresa secondo i termini e le modalità previste all'interno delle Condizioni di assicurazione.



Quando e come devo pagare?

Il premio viene pagato all'atto della sottoscrizione della polizza.

Si può chiedere il frazionamento semestrale, quadrimestrale, trimestrale con una maggiorazione del premio del 1% e le relative rate saranno da corrispondere alle scadenze di frazionamento stabilite.

Il premio si può pagare tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalla data di pagamento del premio o della rata di premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della polizza, e termina alla scadenza indicata nella Scheda di polizza. In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente.

Il contratto non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Il contratto non prevede la possibilità di ripensamento immediatamente dopo la stipulazione; purtuttavia a seconda della scelta effettuata dall'Assicurato in ordine alla durata del contratto il diritto di disdetta/ recesso può essere effettuato con le seguenti modalità:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale

Nel contratto di durata annuale o poliennale si può disdettare alla scadenza indicata in Polizza inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso per poliennialità

Nel contratto di durata poliennale puoi recedere alla scadenza di ogni singola annualità inviando una lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della suddetta scadenza.

Diritto di recesso in caso di sinistro:

L'impresa assicuratrice può recedere dal contratto dopo ogni sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60°giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo con un preavviso di 30 giorni.

Inoltre se rientri nella Categoria dei Consumatori ai sensi dell'Articolo 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, hai la facoltà di recedere dopo ogni sinistro regolarmente denunciato entro i medesimi termini previsti per l'impresa.

Nel caso in cui inoltri disdetta ricorda che la garanzia cessa alla scadenza del contratto e non trova quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'articolo 1901 del Codice Civile, secondo comma.

Assicurazione contro i danni

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

Impresa Allianz S.p.A.

Prodotto "All Salute Conferme Infortuni"

29/10/2022 – Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

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

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

Allianz S.p.A., con sede legale in Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00152, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento del 21 dicembre 2005, Capogruppo del Gruppo Assicurativo Allianz, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: +39 02 7216.1, Fax: +39 02 2216.5000, e-mail: allianz.spa@pec.allianz.it, sito Internet: www.allianz.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2021 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **2.017** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a **403** milioni di euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a **1.149** milioni di euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet della Società www.allianz.it e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **2.577** milioni di euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **1.160** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **5.804** milioni di euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **5.804** milioni di euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **225%**

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali e, se previste, alle somme assicurate concordate con il Contraente

Sezione Infortuni	<p><i>La copertura è operativa nei confronti dei soli titolari, amministratori, Dirigenti e Quadri</i></p> <p>L'Assicurazione vale in caso di Infortunio, fatto salvo quanto espressamente escluso nella sezione "Ci sono limiti di copertura", subito dall'Assicurato nello svolgimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - delle attività professionali indicate nella Scheda di Polizza; - di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale, compreso il Rischio in itinere ovvero gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo
	<p>GARANZIE BASE</p> <p>Morte</p>

	<p>Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati (ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato) la somma assicurata per il caso di Morte indicata nella Scheda di Polizza.</p> <p>Qualora invece l'Infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.</p> <p>L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.</p> <p>In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 codice civile.</p> <p>Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto.</p> <p>A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.</p>
	<p>Invalidità permanente</p> <p>L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nelle Condizioni di Assicurazione e in base alle modalità indicate nella Scheda di Polizza.</p>
<p>OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p> <p>La concedibilità delle opzioni sotto indicate potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa</p>	
<p>Sezione Infortuni</p>	
<p>Inabilità temporanea</p>	<p>Se l'Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, ha come conseguenza un'Inabilità temporanea, l'Impresa corrisponde la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza, con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura":</p> <ol style="list-style-type: none"> a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali dichiarate; b) con percentuale ridotta per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali dichiarate. <p>L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta a partire dal giorno dell'Infortunio con applicazione dei giorni di Franchigia indicati in scheda di polizza o nelle Condizioni di Assicurazione. Qualora l'Assicurato non abbia inviato i certificati medici nei termini prescritti, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore.</p>
<p>Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza</p>	<p>In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura".</p> <p>Il primo giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.</p> <p>La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.</p> <p>L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.</p> <p>Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.</p>
<p>Indennità giornaliera per ingessatura</p>	<p>L'Impresa riconosce l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza qualora l'Assicurato - in conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza - sia portatore a domicilio di Ingessatura, come da definizione di Polizza.</p>

	<p>La presente Indennità viene corrisposta a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura, per ciascun giorno di totale incapacità fisica dello stesso ad attendere all'attività dichiarata nella Scheda di Polizza e fino al giorno di rimozione dell'Ingessatura, che deve essere certificata da un medico, con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura".</p>
<p>Rendita vitalizia <i>Prevista solo per Amministratori</i></p>	<p>Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 66% della totale – valutato secondo i criteri indicati nelle Condizioni di Assicurazione – l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente, riconosce all'Assicurato una Rendita vitalizia immediata rivalutabile pari all'importo iniziale indicato nella Scheda di Polizza, erogabile in rate posticipate mensili.</p> <p>La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante emissione da parte dell'Impresa di una polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.</p> <p>La rendita assicurata, annualmente rivalutata, viene corrisposta all'Assicurato vita natural durante. Qualora, al momento del Sinistro, l'Assicurato abbia un'età inferiore a 40 anni compiuti, in sostituzione della rendita, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda di Polizza, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente.</p> <p>La rivalutazione della Rendita vitalizia avviene sulla base del rendimento conseguito dalla gestione separata di attivi denominata VITARIV.</p> <p>L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati nel relativo Regolamento allegato in calce alle presenti condizioni di assicurazione.</p> <p>Il rendimento annuo da attribuire agli assicurati (rendimento attribuito) è ottenuto diminuendo il rendimento conseguito dalla gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, determinato al momento della corresponsione della rendita.</p> <p>La rendita assicurata viene rivalutata, ad ogni ricorrenza annua, in base ad un tasso definito "misura annua di rivalutazione". La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50% (vale a dire dividendo per 1,005), la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita assicurata iniziale.</p> <p>La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e resta definitivamente acquisita (consolidamento annuale).</p>
<p>Indennità integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il Contraente</p>	<p>Qualora l'infortunato, o, in caso di Morte, i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'Infortunio, l'Indennità dovuta ai sensi della presente Polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta Indennità, salvo diversa indicazione scritta del Contraente stesso all'Impresa, viene accantonata nella sua totalità per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.</p> <p>Qualora l'infortunato o gli anzidetti Beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'Indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.</p> <p>In caso contrario, fermo l'accantonamento delle Indennità dovute, l'Impresa, a norma della presente estensione, risponde delle maggiori somme che il Contraente responsabile dell'Infortunio fosse tenuto a pagare in eccedenza alle Indennità liquidate in base alla Polizza Infortuni e fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di dette Indennità.</p> <p>Se con i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per Infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'Assicurazione prestata con la presente estensione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei Beneficiari, fermi sempre i limiti di cui al precedente capoverso.</p> <p>La presente Assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a termini di Polizza di cui la presente estensione è parte integrante.</p> <p>Se per un Infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione all'Impresa appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro Beneficiari o aventi diritto per</p>

	<p>conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.</p> <p>L'Impresa assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese ai sensi di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti e azioni a esso competenti.</p>
<p>Sovrarischi sportivi <i>Solo per Amministratori e Titolari</i></p>	<p>L'Assicurazione si intende estesa agli infortuni che si verifichino in occasione della pratica delle attività sportive indicate nella Scheda di Polizza per l'Assicurato, sempreché non esercitate professionalmente o che comunque non comportino Remunerazione sia diretta che indiretta.</p>
<p>Sezione Assistenza</p>	
<p>Assistenza <i>Facoltativa, prevista solo per la categoria Amministratori e Titolari</i></p>	<p>Si erogano prestazioni di Assistenza all'assicurato a mezzo di Centrale Operativa telefonica in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione stipulata con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste nella presente Polizza.</p> <p>Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servizio assistenza medica 24 su 24 in collegamento telefonico • Consulenza sanitaria di altissima specializzazione • Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate • Invio di un medico • Invio di infermiere a domicilio • Disbrigo faccende domestiche • Familiare accanto • Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario • Trasferimento/rimpatrio salma • Interprete a disposizione all'estero
<p>OPZIONI SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO Concedibili in base alla categoria di appartenenza</p>	
<p>CONDIZIONI SPECIALI</p>	
<p>Previste per: Dirigenti e Quadri Amministratori e Titolari</p>	<p>Rimborso spese mediche</p> <p>L'Impresa rimborserà, con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura?", le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio stesso indennizzabile a termini di Polizza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per accertamenti diagnostici - per prestazioni mediche specialistiche - per trattamenti fisioterapici e rieducativi <p>ed in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per rette di degenza - per gli onorari dei medici curanti - per i medicinali - per i diritti di sala operatoria - per i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento)

- per il trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta corrente in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciutogli.

Danno economico per il Contraente

Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte o l'Invalidità permanente (valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali) di grado pari o superiore al 66% - semprechè le suddette garanzie siano operanti per l'Assicurato - fermo il diritto dell'Assicurato a quanto dovutogli a termini di contratto, l'Impresa corrisponderà al Contraente - al fine di coprirlo del danno economico che ad esso possa derivare da infortuni subiti dalle persone assicurate - un importo pari alla metà dell'Indennità riconosciuta all'Assicurato, con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura?"

Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

Limitatamente e a seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Morte, semprechè operante per l'Assicurato, con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".

Malattie tropicali

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, la garanzia di cui alla presente Polizza è estesa alle malattie tropicali - intendendosi come tali ai fini della presente estensione: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa, - dalle quali il personale della Contraente fosse colpito e verrà prestata per una somma uguale a quella prescelta per la copertura infortuni e con le caratteristiche indicate nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma del presente contratto viene fissata in due anni dal giorno della denuncia.

Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dalle Condizioni di assicurazione, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente, semprechè operanti per l'Assicurato, è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Danni estetici

In caso di Infortunio, rientrante nelle garanzie prestate a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate **esclusivamente le spese sanitarie**

	<p>documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva.</p> <p>Ubriachezza</p> <p>L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, ad eccezione di quanto definito nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".</p> <p>Rimpatrio della salma</p> <p>L'Assicurazione comprende, per ogni Infortunio indennizzabile a termini di Polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.</p> <p>La presente garanzia è prestata semprechè la garanzia Morte sia operante per l'Assicurato.</p>
<p>Previste per:</p> <p>Dirigenti e Quadri</p>	<p>Rischi sportivi</p> <p>L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione di quanto definito nella sezione "Ci sono limiti di copertura?".</p> <p>Malattie professionali</p> <p>L'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (considerate tali dall'INAIL e per le quali sia comunque provata la causa di lavoro) che abbiano per conseguenza la morte o l'Invalidità permanente, semprechè operanti per l'Assicurato, e che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e riducano l'attitudine generica al lavoro in misura superiore al 10% della totale.</p> <p>Qualora la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e semprechè il quadro morbosso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la Franchigia predetta si intende abolita.</p> <p>L'Indennità viene in ogni caso corrisposta dall'Impresa per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.</p> <p>Qualora il presente contratto pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno, semprechè, la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'Assicurazione.</p> <p>Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno viene fissato in 18 mesi dalla denuncia della malattia.</p> <p>Per quanto qui non regolamentato, valgono - in quanto applicabili - le disposizioni concernenti gli infortuni.</p> <p>Invalidità permanente</p> <p>L'Indennità per Invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri stabiliti dalla "Tabella INAIL" riportata nel presente contratto, già allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124, e successive modificazioni intervenute fino alla data del 24 luglio 2000 e, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla Legge stessa.</p> <p>Qualora l'Invalidità permanente conseguente ad Infortunio o a malattia professionale accertata con i criteri di indennizzabilità di cui alle Condizioni di assicurazione, comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa specifica dell'Assicurato in misura superiore al 66%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato. Contestualmente al pagamento dell'Indennità, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.</p>

Rientro sanitario a seguito di infortunio	<p>In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborserà le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con mezzo sanitariamente attrezzato, alla Struttura sanitaria, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione.</p> <p>In caso di Infortunio avvenuto all'estero, sono rimborsate anche le spese di trasporto dell'Assicurato, effettuato con qualsiasi mezzo pubblico di linea.</p>
Esposizione agli elementi	<p>L'Impresa, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto non esclusi dalle Condizioni di assicurazione, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio, ma in conseguenza dei quali - per effetto della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (come, ad esempio, la perdita di orientamento) - l'Assicurato possa subire la morte o lesioni fisiche permanenti.</p>



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

Esclusioni	<p>Sezione Infortuni</p> <p>Infortuni subiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • avvelenamento del sangue o infezione –da virus H.I.V. - con germe infettivo che non si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; • avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, escluse le infezioni malariche e di qualsiasi altra malattia; <p>Rischio volo</p> <p>Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non (salvo quanto previsto dall'articolo "Oggetto dell'assicurazione"). Resta altresì inteso che l'operatività della presente garanzia non si estende all'eventuale Assicurazione complementare infortuni dei quali sia civilmente responsabile il Contraente.</p> <p>Esclusioni</p> <p>L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che l'Assicurato abbia al momento del Sinistro i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo; b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura; c) guida o uso come passeggero di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto dalle Condizioni di Assicurazione; d) pratica di sport aerei in genere; e) pratica dei seguenti sport: <ol style="list-style-type: none"> 1. arti marziali nelle sue varie forme, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, hydrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
-------------------	---

<p>Limitazioni</p>	<p>2. immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello);</p> <p>f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;</p> <p>g) ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi);</p> <p>h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati;</p> <p>i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;</p> <p>j) 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, salvo quanto stabilito dalle Condizioni di Assicurazione. E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;</p> <p>k) partecipazione a operazioni e 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;</p> <p>l) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;</p> <p>m) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.</p> <p>Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dall'Assicurazione i seguenti casi:</p> <p>n) conseguenze dell'Infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);</p> <p>o) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;</p> <p>p) infarto da qualsiasi causa determinato;</p> <p>q) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.</p> <p>Infortunati subiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti avente movente politico, sociale o sindacale, purché siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e a condizione che l'Assicurato vi abbia partecipato in modo volontario; ▪ in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civile, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, 1) oltre 14 giorni dall'inizio della guerra, 2) conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica 3) se l'Assicurato non risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e 4) vi abbia partecipato in modo volontario; <ul style="list-style-type: none"> • Per gli Assicurati presenti in Polizza che hanno compiuto 80 anni, si intende operante – per il caso Invalidità permanente – una Franchigia assoluta del 10% a deroga di altre forme di Franchigia eventualmente già previste dal contratto.
	<p>ESCLUSIONI GARANZIE BASE</p>
<p>Invalidità permanente</p>	<p>L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente purché si manifesti – anche successivamente alla scadenza della polizza – entro due anni dal giorno dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza.</p>
	<p>ESCLUSIONI OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO</p>

<p>Inabilità temporanea</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Limite massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo - Somma assicurata al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali dichiarate. <p>La copertura è limitata agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.</p> <p>Tuttavia per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione relativa al caso di Inabilità temporanea vale limitatamente ai giorni di eventuale Ricovero ospedaliero documentato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno del rientro dagli stati suddetti.</p>
<p>Esclusioni</p>	<p>Sezione Assistenza</p> <p>Sono esclusi dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante Direttamente od indirettamente da:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere; ▪ scioperi, sommosse, tumulti popolari; ▪ coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio; ▪ confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale; ▪ atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa; ▪ viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali; ▪ trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura; ▪ esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti; ▪ materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico; ▪ inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale; ▪ dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere; ▪ atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo; ▪ abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni; ▪ infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta; ▪ suicidio o tentativo di suicidio; ▪ Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili; ▪ guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo; ▪ quarantene.
	ESCLUSIONI OPZIONI SENZA PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO
Rimborso spese mediche	<ul style="list-style-type: none"> ▪ per prestazioni mediche specialistiche esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere ▪ per trattamenti fisioterapici e rieducativi in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa
Danno economico per il Contraente	Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte. La presente condizione particolare non è operante per il Rischio volo.
Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro	Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.
Malattie tropicali	La validità di detta garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.
Rischi sportivi Solo per Dirigenti e Quadri	Esclusione del paracadutismo e degli sport aerei in genere.
Ubbriachezza	Esclusione degli infortuni subiti dall'Assicurato conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.
Malattie professionali	Sono escluse le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure delle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

SCOPERTI, FRANCHIGIE, LIMITI DI INDENNIZZO, PERIODI DI CARENZA se presenti

Franchigia per il caso di invalidità permanente:

TITOLARI E AMMINISTRATORI

Nessuna franchigia fino a Euro 300.000 (se infortunio per attività sportiva applicazione franchigia del 3%); oltre Euro 300.000 applicazione franchigia del 5%; se infortunio durante attività sportiva applicazione franchigia del 10% per la fascia capitale superiore a Euro 600.000. Se l'invalidità permanente riconosciuta è pari o superiore al 20% della totale non verranno applicate franchigie

DIRIGENTI

Nessuna franchigia

QUADRI

Franchigia del 3% sulla parte di somma assicurata superiore a 4 volte l'ammontare di retribuzione annua

Rimborso Spese Mediche

Limite di indennizzo euro 10.000,00 per anno assicurativo

Scoperto del 20% minimo euro 75,00

Trattamenti fisioterapici e rieducativi 20% del massimale, con il massimo di euro 400,00

Trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa, 10% del massimale assicurato.

Indennità giornaliera per ricovero limite di indennizzo 365 per sinistro e per anno assicurativo e franchigia 3 / 5 gg

Indennità giornaliera per convalescenza limite di indennizzo 30 gg per sinistro e per anno assicurativo

Indennità giornaliera per ingessatura limite di indennizzo 60 gg per sinistro

Inabilità temporanea limite indennizzo 365 gg per sinistro e per anno assicurativo e franchigia differenziata 7/15 gg *(solo per Amministratori e Titolari)*

Rendita vitalizia franchigia 66% *(solo per Amministratori e Titolari)*

Danno economico per il Contraente

Limite di indennizzo euro 250.000,00. In caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 500.000,00.

Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

Maggiorazione del 25% col massimo di euro 150.000,00. In caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 300.000,00.

Calamità naturali

In caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Catastrofali

Copertura Nominativa Limite Euro 6.000.0000

Copertura sulle Retribuzioni Limite Euro 15.000.0000

Malattie tropicali

Limite di indennizzo euro 250.000,00

Danni estetici

Limite di indennizzo euro 6.000,00

Spese sostenute entro due anni dall'infortunio

Rimpatrio della salma

Limite di indennizzo euro 2.000,00

Esemplificazione dell'applicazione di Scoperti e/o Franchigie**TITOLARI E AMMINISTRATORI*****Infortunio occorso nell'esercizio di attività sportiva***

Capitale assicurato Euro 1.000.000

Invalidità permanente accertata 7%

- Sul capitale assicurato fino a Euro 300.000 franchigia 3%

Invalidità permanente indennizzata: Euro 300.000x 4%(7%-3%=4%)= Euro 12.000

-Sul capitale assicurato oltre Euro 300.000 fino Euro 600.000 franchigia 5%

Invalidità permanente indennizzata: Euro 300.000x 2%(7%-5%=2%)= Euro 6.000

-Sul capitale assicurato oltre Euro 600.000 franchigia 10%

Invalidità permanente indennizzata: nessuna

Indennizzo complessivo: Euro 18.000

Infortunio occorso in attività non sportive

Capitale assicurato Euro 1.000.000

Invalidità permanente accertata 7%

- Sul capitale assicurato fino a Euro 300.000 – nessuna franchigia

Invalidità permanente indennizzata: Euro 300.000 x 7%= Euro 21.000

- Sul capitale assicurato oltre Euro 300.000 fr 5%

Invalidità permanente indennizzata: Euro 700.000x 2%(7%-5%=2%)= Euro 14.000

Indennizzo complessivo: Euro 35.000

QUADRI***Multiplo retributivo previsto per il calcolo del massimale invalidità permanente inferiore o pari a 4***

Retribuzioni assicurate Euro 350.000

Punta retributiva Euro 80.000

Massimale assicurato per il caso morte 3 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di Euro 240.000

Massimale assicurato per il caso morte 4 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di Euro 320.000

Invalidità permanente accertata 7%

Nessuna franchigia applicata Invalidità permanente indennizzata: il 7% di Euro 320.000= Euro 22.400

Multiplo retributivo previsto per il calcolo del massimale invalidità permanente superiore a 4

Retribuzioni assicurate Euro 350.000

Punta retributiva Euro 80.000

Massimale assicurato per il caso morte 4 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di Euro 320.000

Massimale assicurato per il caso morte 5 volte la retribuzione annua lorda con il massimo di Euro 400.000

Invalidità permanente accertata 7%

Applicazione di una Franchigia ip del 3% operante dopo il 4° multiplo: sul massimale pari a Euro 320.000 (Euro 80.000x4) nessuna franchigia applicata – sul restante massimale pari a Euro 80.000 applicazione franchigia 3%

Invalidità permanente indennizzata:

- il 7% di Euro 320.000= Euro 22.400 la franchigia non trova applicazione

- il 4% (7%-3%) sul restante capitale Euro 80.000 (400.000-320.000)=Euro 3.200

Totale indennizzo Euro 25.600

**Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?****Cosa fare in caso di sinistro?****Denuncia di sinistro****SEZIONE INFORTUNI**

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

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

L'Assicurato deve 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 contestualmente trasmessi all'Impresa;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo 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, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente** - se diverso dall'Assicurato – **i suoi eredi legittimi o i Beneficiari** se designati in Polizza **devono dare immediato avviso all'Impresa** e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

SEZIONE ASSISTENZA

Qualora **il Contraente o l'Assicurato** debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero)
- telefax +39 02 70 630 091

indicando con precisione: il tipo di assistenza di cui necessita; cognome e nome; indirizzo, luogo da cui chiama; eventuale recapito telefonico; il numero di Polizza. La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale operativa, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale **a:**

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP P&C S.A., Rappresentanza Generale per l'Italia,
Casella Postale 302
Via Cordusio 4 – 20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di: farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo; comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

Assistenza diretta / in convenzione

Sono previste prestazioni fornite direttamente all'assicurato da enti / strutture convenzionate con l'Impresa.

	Gestione da parte di altre imprese Non prevista.
	Prescrizione I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa a condizioni di inassicurabilità), o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, dell'aggravamento dell'attività professionale svolta) possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.
Obblighi dell'Impresa	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel Dip Danni.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Dedicato a dirigenti, quadri, amministratori e titolari di imprese iscritte a Confindustria.	



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 23%.

COME POSSO PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con lettera inviata ad Allianz S.p.A. – Pronto Allianz Servizio Clienti – Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano; • tramite il sito internet dell'Impresa – www.allianz.it - accedendo alla sezione Reclami. <p>L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p> <p>Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro, potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p> <p>I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.</p> <p>Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.</p> <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI – RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianz.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; - individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; - breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; - copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; <p>ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p> <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione (obbligatoria)</p>	<p>Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.</p> <p>Risoluzione delle liti transfrontaliere</p> <p>Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante</p>

	può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
--	---

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

ALL SALUTE

Infortunati Imprese

Assicurazione infortuni

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Edizione 230 - 02 - 15/12/2020

Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,
chiarimento o supporto

Glossario

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: il contratto di Assicurazione.

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

Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

Centrale Operativa: struttura di AWP P&C S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, tramite la quale l'Impresa presta i Servizi di Assistenza.

Contraente: il soggetto che stipula il contratto di Assicurazione.

Day Hospital: Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

Franchigia/Scoperto: parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: Allianz S.p.A.

Inabilità temporanea: temporanea incapacità, totale o parziale, ad attendere alle attività professionali dichiarate nella Scheda di Polizza.

Indennizzo/Indennità: somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Ingessatura: mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate o da bendaggi o da altro apparecchio che immobilizza completamente un'articolazione o un segmento scheletrico e che non può essere rimosso autonomamente.

Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Lesione capsulo-legamentosa: lacerazione parziale o completa delle strutture (capsula articolare e legamenti) che tengono unite le articolazioni.

Polizza: documento attestante l'esistenza del contratto di Assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

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 o in natura conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione.

Retribuzione: retribuzione globale di fatto costituita dall'ammontare complessivo lordo di tutti i compensi spettanti all'Assicurato e risultanti dal prospetto o cedolino paga (i compensi di natura retributiva, le indennità a carico dell'azienda, le mensilità aggiuntive, il TFR, ad esclusione delle indennità a carico degli istituti previdenziali e assistenziali) aventi carattere continuativo e ricorrente, al netto delle somme relative a retribuzioni non pagabili ricorrentemente in ciascun mese.

Tali somme in quanto effettivamente corrisposte all'infortunato, verranno aggiunte all'ammontare di cui sopra purchè su di esse sia conteggiato o sia conteggiabile il premio di assicurazione.

Sono in ogni caso escluse le somme risultanti sulla base di incentivazione poliennale. A titolo esemplificativo: Long term incentivation, stock options e similari.

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

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

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Condizioni di assicurazione

AVVERTENZA: le Condizioni di assicurazione contengono rinvii alla Scheda di Polizza, che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale.

Indice

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	3
2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI	4
■ GARANZIE BASE	6
3. OPERATIVITA'	7
4. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA	7
5. IN CASO DI SINISTRO	11
■ INFORTUNI	11
■ ASSISTENZA	12
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO	13
CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA	19
TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE	27
REGOLAMENTO DELLA GESTIONE SEPARATA - VITARIV	Allegato

Condizioni di assicurazione

1. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio

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 come attestato da apposita ricevuta rilasciata dall'Impresa; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fino alle successive scadenze.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure all'Impresa e sono dovuti per l'intera annualità anche se sono frazionati in più rate.

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

(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)

Art. 1.2a - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, l'Assicurazione di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)

Art. 1.2b - Durata e proroga dell'assicurazione

L'Assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta da una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza indicata nella Scheda di Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Trattandosi di contratto poliennale, al solo Contraente è riconosciuta la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Art. 1.3 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.5 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, l'Impresa ha diritto di recedere dall'Assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del Premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non trascorso sulle somme assicurate in essere al momento del recesso.

Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

Art. 1.6 - Altre assicurazioni

Il Contraente deve comunicare per iscritto all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dal presente contratto e per le stesse persone anche se stipulate da Società controllate e/o collegate, così come definite all'art. 2359 codice civile.

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società.

Art. 1.7 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'Impresa di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione.

Art. 1.8 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Condizioni di assicurazione

Art. 1.9 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, dell'Area Economica Europea e/o di qualunque altra legge nazionale applicabile in materia di sanzioni economiche o commerciali e/o embargo internazionale.

Art. 1.10 - Rinvio alle norme di legge

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

2. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

L'Assicurazione vale in caso di Infortunio, **fatto salvo quanto espressamente escluso dall'articolo "Esclusioni"**, subito dall'Assicurato nello svolgimento:

- delle attività professionali indicate nella Scheda di Polizza;
- di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale, compreso il Rischio in itinere ovvero gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

Sono compresi gli infortuni subiti:

1. in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
2. a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
3. a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, **purché non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;**
4. in conseguenza di guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra, **purché gli infortuni non siano conseguenza di contaminazione nucleare, biologica e/o chimica e sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi mentre si trova all'estero in una nazione sino ad allora in condizioni di pace e purché non vi abbia partecipato in modo volontario;**
5. durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

6. asfissia non di origine morbosa;
7. avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
8. avvelenamento del sangue o infezione - **escluso il virus H.I.V. - purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;**
9. annegamento;
10. lesione muscolare da sforzo, per tale intendendo il dispiego improvviso e anomalo di energia muscolare al di fuori della comune gestualità a fronte di un evento eccezionale e inaspettato, **salvo quanto previsto dall'articolo "Esclusioni", lettera q);**
11. ernia addominale da sforzo, **esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente;**
12. avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, **escluse le infezioni malariche e di qualsiasi altra malattia;**
13. folgorazione, colpo di sole o di calore;
14. assideramento o congelamento;
15. lesioni causate da improvviso contatto con sostanze corrosive.

Art. 2.2 - Rischio volo

L'Assicurazione, **limitatamente ai casi di Morte e Invalidità permanente**, è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei che venissero dallo stesso effettuati in qualità di passeggero, su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari e non regolari, di trasporto a domanda (Aerotaxi), di Autorità civili e militari in occasione di traffico civile, di ditte e privati per attività turistica e di trasferimento, nonché di velivoli ed elicotteri di Società di lavoro aereo esclusivamente durante il trasporto pubblico di passeggeri. **Restano in ogni caso esclusi i voli effettuati su velivoli ed elicotteri eserciti da Aeroclubs nonché gli infortuni derivanti da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non (salvo quanto previsto dall'articolo "Oggetto dell'assicurazione").**

Resta altresì inteso che **l'operatività della presente garanzia non si estende all'eventuale Assicurazione complementare infortuni dei quali sia civilmente responsabile il Contraente.**

Condizioni di assicurazione

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non vale per gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che l'Assicurato abbia al momento del Sinistro i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
 - b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di regolarità pura;
 - c) guida o uso come passeggero di aeromobili (considerati come tali anche deltaplani, ultraleggeri e simili), salvo quanto disposto al precedente articolo "Rischio volo";
 - d) pratica di sport aerei in genere;
 - e) pratica dei seguenti sport:
 1. arti marziali nelle sue varie forme, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, hydrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
 2. immersioni con autorespiratore (salvo quelle effettuate sotto la guida dell'Istruttore subacqueo, esclusivamente in occasione della partecipazione al corso per ottenere il brevetto di primo livello);
 - f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione sia diretta sia indiretta;
 - g) ubriachezza (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
 - h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati;
 - i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
 - j) 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, salvo quanto stabilito all'articolo "Oggetto dell'assicurazione", punto 4., e all'articolo "Rischio volo". E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
 - k) partecipazione a operazioni e 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;
 - l) terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche;
 - m) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate.
- Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi **esclusi** dall'Assicurazione i seguenti casi:
- n) conseguenze dell'Infortunio che si concretizzano nella sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
 - o) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
 - p) infarto da qualsiasi causa determinato;
 - q) rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad infortunio indennizzabile a termini di Polizza);
 - r) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da sforzo **come previsto all'articolo "Oggetto dell'assicurazione" punto 11.**

Art. 2.4 - Persone non assicurabili

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sieropositività ove già diagnosticata dal test H.I.V.;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto, quest'ultimo cessa con effetto immediato ai sensi dell'art. 1898 codice civile.

Le persone con difetti fisici o con mutilazioni rilevanti sono assicurabili solo a seguito di appositi accordi tra il Contraente e l'Impresa.

Non è ammessa la stipulazione della Polizza o il successivo inserimento in garanzia per le persone che abbiano compiuto l'80° anno di età.

Per gli Assicurati presenti in Polizza che hanno compiuto 80 anni, si intende operante - per il caso Invalidità permanente - una Franchigia assoluta del 10% a deroga di altre forme di Franchigia eventualmente già previste dal contratto.

Condizioni di assicurazione

(Valido solo per la versione "Nominativa")

Art. 2.5 - Variazioni delle persone assicurate

In caso di inclusione o di esclusione di Assicurati in corso di validità del contratto, ai fini del calcolo del Premio, si precisa quanto segue:

- per le inclusioni il Premio verrà determinato in base al periodo di effettiva copertura (pro rata temporis rispetto al Premio annuo);
- per le esclusioni verrà applicato quanto previsto dall'articolo Diminuzione del rischio.

GARANZIE BASE

(Valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza)

Art. 2.6 - Morte

Qualora l'Infortunio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della Polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'Infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai Beneficiari designati (ovvero, in difetto di designazione, agli eredi legittimi o testamentari dell'Assicurato) la somma assicurata per il caso di Morte indicata nella Scheda di Polizza.

Qualora invece l'Infortunio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'Infortunio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.

L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e 62 codice civile.

Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'Indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'Indennizzo corrisposto.

A restituzione avvenuta l'Assicurato potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità permanente eventualmente subita.

Art. 2.7 - Invalidità permanente

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente **purché si manifesti** - anche successivamente alla scadenza della Polizza - **entro due anni dal giorno dell'Infortunio** indennizzabile a termini di Polizza.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla somma assicurata, indicata nella Scheda di Polizza, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente" e in base alle modalità indicate nella Scheda di Polizza.

Art. 2.8 - Accertamento del grado di Invalidità permanente

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente" e secondo i seguenti criteri:

- a) **si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;**
- b) **in caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente;**
- c) **in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;**
- d) in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore Sinistro e viceversa;
- e) 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 persa;**
- f) **in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;**
- g) **in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;**
- h) 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 di denuncia;
- i) **nei casi di Invalidità permanente non specificati nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente", l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica attività professionale esercitata dall'Assicurato.**

Condizioni di assicurazione

In caso di ernia addominale da sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, viene corrisposta una Indennità, a titolo di Invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza.

Nel predetto caso la garanzia ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza; nel caso la Polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante gli stessi Assicurati e la stessa garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni opera dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente Polizza, per le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Polizza limitatamente alle maggiori somme eventualmente assicurate.

3. OPERATIVITA'

Art. 3.1 - Estensione territoriale

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 3.2 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

4. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

(Valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza e solo per Polizza Infortuni Nominativa)

Art. 4.1 - Garanzie prestate

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati, sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa di AWP P&C S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

AVVERTENZE: Il servizio di Assistenza prestato con la presente Polizza non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze.

Nessun rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa (per i dettagli si rinvia alla sezione "In caso di Sinistro-Assistenza").

Chiamando il numero verde gratuito **800 686868** - attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno - sono assicurate le prestazioni di seguito riportate.

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

Ogni singola prestazione potrà essere erogata fino ad un massimo di tre volte per Assicurato e per anno assicurativo.

Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o malattia, il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. **Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

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

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

Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

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

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

Condizioni di assicurazione

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della documentazione medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale referante.** In particolare la Centrale Operativa acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

Per l'espletamento di tale prestazione l'Assicurato dovrà fornire ai medici della Centrale Operativa specifica autorizzazione al trattamento dei propri dati personali, clinici e diagnostici.

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico-diagnostici-strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, **su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

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

Invio di un medico

Quando, in caso di necessità, l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione del proprio Servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati. Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa organizza, il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.

In caso di emergenza, l'Assicurato deve contattare gli organismi ufficiali di soccorso (servizio 118). L'Impresa non potrà in alcun caso sostituirsi né costituire alternativa al servizio pubblico di pronto intervento sanitario.

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

Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato, a seguito di un Ricovero ospedaliero dovuto a malattia o Infortunio, necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino ad un massimo di sedici ore lavorative per evento.**

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

Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato, a seguito di un Ricovero ospedaliero dovuto a malattia o Infortunio, sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino ad un massimo di sedici ore lavorative complessive per evento.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di sedici ore lavorative complessive per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

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

Condizioni di assicurazione

Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Struttura sanitaria **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**

Nel caso in cui il Ricovero sia **per un periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.**

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

La garanzia opera a seguito di Infortunio o malattia improvvisa dell'Assicurato in viaggio al di fuori della provincia di residenza. Qualora le condizioni dell'Assicurato, accertate dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto, richiedano il suo trasporto in un centro ospedaliero attrezzato in Italia o al domicilio stesso, oppure qualora l'Assicurato non sia in grado di rientrare al domicilio autonomamente a seguito di dimissione ospedaliera, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo dal Servizio di assistenza medica della Centrale Operativa in accordo con il medico curante sul posto:

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

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

Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Struttura sanitaria a seguito di Infortunio o malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa si assumerà i relativi costi **fino ad un massimo di otto ore lavorative per evento.**

Art. 4.2 - Esclusioni comuni a tutte le garanzie

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

- danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;

Condizioni di assicurazione

- viaggio intrapreso verso un territorio ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanei) emessi da un'Autorità pubblica competente, viaggi estremi in zone remote, raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali;
- trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- suicidio o tentativo di suicidio;
- Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- guida di veicoli per i quali è prescritta una patente di categoria superiore alla B e di natanti a motore per uso non privato;
- epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

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

Art. 4.3 - Disposizioni e Limitazioni di responsabilità

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

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

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

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

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

Condizioni di assicurazione

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

5. IN CASO DI SINISTRO

INFORTUNI

Art. 5.1 - Obblighi

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia scritta, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza, all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno determinato e deve essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

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

L'Assicurato deve 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 contestualmente trasmessi all'Impresa;
- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo 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, salvo che siano espressamente comprese nell'Assicurazione.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, il **Contraente** - se diverso dall'Assicurato - i **suoi eredi legittimi o i Beneficiari** designati nella Scheda di Polizza **devono dare immediato avviso all'Impresa** e fornire il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art. 5.2 - Procedura per la valutazione del danno

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa - o da un Perito da questa incaricato - con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

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

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

Art. 5.3 - Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'Indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Condizioni di assicurazione

In caso di decesso dell'Assicurato, in tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'indennità per invalidità permanente sotto forma di capitale:

- a) Se il decesso avviene, per qualsiasi causa (salvo quanto specificamente indicato al successivo punto c.), prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di invalidità permanente, gli eredi devono fornire, oltre alla documentazione medica indicata all'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro, il certificato di morte dell'Assicurato e l'atto notorio attestante la qualifica di eredi. Una volta acquisita la documentazione medica sopra indicata l'Impresa provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente da Infortunio" in base alla documentazione medica disponibile e s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra. Nel caso in cui l'indennizzo possa quindi essere ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi previa produzione della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto.
- b) Se il decesso avviene, per qualsiasi causa (salvo quanto specificamente indicato al successivo punto c.), dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, dell'atto notorio attestante la qualifica di eredi e della dichiarazione di successione, in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio, l'importo quantificato od offerto.
- c) Se il decesso avviene in conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio denunciato e successivamente al pagamento dell'Indennità per Invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'Infortunio e sia operativa per l'Assicurato la garanzia Morte, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i Beneficiari - se designati in Polizza - hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.

L'Indennizzo per morte non è cumulabile con quello per Invalidità permanente.

Quanto previsto dal presente articolo non si applica alla prestazione Rendita vitalizia, per la quale valgono le modalità di corresponsione disciplinate all'articolo "Rendita vitalizia da Infortunio".

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione della relativa Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

ASSISTENZA

(Valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza e solo per Polizza Infortuni Nominativa)

Art. 5.4 - Obblighi

Qualora il **Contraente o l'Assicurato** debba richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di Assistenza **dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 68 68 68 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 166 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax + 39 02 70 630 091

indicando con precisione:

- il tipo di assistenza di cui necessita;
- cognome e nome;
- indirizzo e luogo da cui chiama;
- eventuale recapito telefonico;
- il numero di Polizza.

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

Ufficio Liquidazione Sinistri Assistenza
AWP P&C S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
Casella Postale 302
Via Cordusio 4
20123 Milano (Mi)

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

Condizioni di assicurazione

CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SINGOLO ASSICURATO

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

IP1 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente del 3% fino a euro 100.000,00 poi differenziata
L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a euro 100.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 3% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato compresa tra euro 100.000,00 ed euro 250.000,00, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 250.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Per le Invalidità permanenti accertate di grado superiore al 20% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza deduzione di alcuna Franchigia.

IP2 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente del 5% fino a euro 250.000,00 e 10% sull'eccedenza

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a euro 250.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 250.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece esso risulta di grado superiore al 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Per le Invalidità permanenti accertate di grado superiore al 20% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza deduzione di alcuna Franchigia.

IP3 - Franchigia per il caso di Invalidità permanente del 3% assorbibile dopo il 10%

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 3% e inferiore all'11% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 3%;
- per l'Invalidità permanente accertata di grado pari o superiore all'11% della totale, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata, in base alle percentuali che seguono:

% I.P. accertata	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
% I.P. da liquidare	9	11	13	14	15	16	17	18	19	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42

% I.P. accertata	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	e oltre		
% I.P. da liquidare	44	46	48	50	63	66	69	72	75	78	81	84	87	90	93	96	99	100			

IP4 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente, euro 100.000,00 liberi, poi differenziata

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a euro 100.000,00 l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado di Invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato compreso tra euro 100.000,00 ed euro 250.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 250.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Condizioni di assicurazione

Per le Invalidità permanenti accertate di grado superiore al 20% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza deduzione di alcuna Franchigia.

IP5 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente, euro 100.000,00 liberi - escluso rischio circolazione - poi differenziata

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a euro 100.000,00 l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado di Invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.
Tuttavia, nel caso in cui l'Invalidità permanente derivi da un Infortunio conseguente ad incidente stradale, che colpisca quindi l'Assicurato in qualità di conducente o trasportato su automotoveicoli e ciclomotori, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 3% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato compreso tra euro 100.000,00 ed euro 250.000,00, qualunque sia la tipologia dell'Infortunio, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 250.000,00, qualunque sia la tipologia dell'Infortunio, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Per le Invalidità permanenti accertate di grado superiore al 20% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza deduzione di alcuna Franchigia.

IP6 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente, euro 250.000,00 liberi, poi differenziata

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a euro 250.000,00 l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado di Invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato compreso tra euro 250.000,00 ed euro 500.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 500.000,00 l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Per le Invalidità permanenti accertate di grado superiore al 20% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza deduzione di alcuna Franchigia.

IP7 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente, euro 250.000,00 liberi - escluso rischio circolazione - poi differenziata

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a euro 250.000,00 l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado di Invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.
Tuttavia, nel caso in cui l'Invalidità permanente derivi da un Infortunio conseguente ad incidente stradale, che colpisca quindi l'Assicurato in qualità di conducente o trasportato su automotoveicoli e ciclomotori, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 3% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato compreso tra euro 250.000,00 ed euro 500.000,00, qualunque sia la tipologia dell'Infortunio, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 500.000,00, qualunque sia la tipologia dell'Infortunio, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Per le Invalidità permanenti accertate di grado superiore al 20% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza deduzione di alcuna Franchigia.

Condizioni di assicurazione

IP8 - Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore alla percentuale indicata nella Scheda di Polizza;**
- se invece essa risulta di grado superiore alla percentuale indicata nella Scheda di Polizza, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente tale limite.

Per le Invalidità permanenti accertate di grado superiore al 20% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza deduzione di alcuna Franchigia.

IP9 - Franchigia del 65% per il caso di Invalidità permanente

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66% della totale;**
- nel caso in cui essa risulta uguale o superiore al 66%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata nella misura del 100%.

IT1 - Inabilità temporanea con franchigia differenziata

Se l'Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, ha come conseguenza un'Inabilità temporanea, l'Impresa corrisponde, **per un massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**, la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali dichiarate.

L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta a partire dal giorno dell'Infortunio con applicazione dei giorni di Franchigia e in base ai criteri di seguito indicati:

- fino a euro 50,00 a partire dall'8° giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza (Franchigia assoluta di giorni 7);
- sull'eccedenza di euro 50,00 e fino a euro 100,00 a partire dall'11° giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza (Franchigia assoluta di giorni 10);
- sull'eccedenza di euro 100,00 a partire dal 16° giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza (Franchigia assoluta di giorni 15).

Per la garanzia Inabilità temporanea, la copertura è limitata agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

Tuttavia per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione relativa al caso di Inabilità temporanea vale limitatamente ai giorni di eventuale Ricovero ospedaliero documentato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno del rientro dagli stati suddetti.

Ad integrazione dell'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro - Infortuni, qualora l'Assicurato non abbia inviato i certificati medici nei termini prescritti, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore.

IT2 - Inabilità temporanea con franchigia assoluta

Se l'Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, ha come conseguenza un'Inabilità temporanea, l'Impresa corrisponde, **per un massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**, la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali dichiarate.

L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta a partire dal giorno dell'Infortunio con applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda di Polizza.

Per la garanzia Inabilità temporanea, la copertura è limitata agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

Tuttavia per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione relativa al caso di Inabilità temporanea vale limitatamente ai giorni di eventuale Ricovero ospedaliero documentato. Tale limitazione cessa a partire dal giorno del rientro dagli stati suddetti.

Ad integrazione dell'articolo "Obblighi" della Sezione In caso di sinistro - Infortuni, qualora l'Assicurato non abbia inviato i certificati medici nei termini prescritti, la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Impresa possa stabilire una data anteriore.

IR1 - Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza senza franchigia

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.**

Condizioni di assicurazione

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

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza **superiore a 3 giorni completi**, l'Impresa corrisponde, per la successiva convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari al 50% di quello dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

IR2 - Indennità giornaliera per ricovero e convalescenza con franchigia assoluta

In caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa riconosce all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza, **con il limite massimo di 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo, e previa applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda di Polizza**, da conteggiarsi a partire dal giorno di ingresso nella Struttura sanitaria.

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

In caso di Ricovero indennizzabile a termini di Polizza **superiore a 3 giorni completi**, l'Impresa corrisponde, per la successiva convalescenza, una Indennità giornaliera d'importo pari al 50% di quello dell'Indennità per Ricovero indicata nella Scheda di Polizza, **con il limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

La convalescenza deve essere prescritta dal medico curante e documentata con idonea certificazione.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la corresponsione dell'Indennità viene effettuata in Italia e in euro.

IG - Indennità giornaliera per ingessatura

L'Impresa riconosce l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza qualora l'Assicurato - in conseguenza di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza - sia portatore a domicilio di Ingessatura, come da definizione di Polizza.

La presente Indennità viene corrisposta a partire dal giorno di applicazione dell'Ingessatura, per ciascun giorno di totale incapacità fisica dello stesso ad attendere all'attività dichiarata nella Scheda di Polizza e fino al giorno di rimozione dell'Ingessatura, che deve essere certificata da un medico, **con il limite massimo di 60 giorni per Sinistro e per anno assicurativo**.

RSM - Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborsa, **fino a concorrenza del massimale indicato nella Scheda di Polizza per persona e per anno assicurativo e con l'applicazione di uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di euro 75,00**, le spese mediche sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dell'Infortunio indennizzabile a termini di Polizza:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche **(con esclusione della sostituzione di dispositivi protesici di qualsiasi genere)**
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato nella Scheda di Polizza, **con il massimo di euro 400,00**
- in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese 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**)
 - trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa, **con il limite del 10% del massimale assicurato**.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborsa le spese non riconosciute dal prestatario Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata per le prestazioni mediche effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio.

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 dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciuto.

Condizioni di assicurazione

RV - Rendita vitalizia

(Valida solo per Polizza Infortuni Nominativa)

Nel caso in cui, a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, residui all'Assicurato una Invalidità permanente da Infortunio di grado pari o superiore al 66% della totale - valutato secondo i criteri indicati all'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente" - l'Impresa, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente, riconosce all'Assicurato una Rendita vitalizia immediata rivalutabile pari all'importo iniziale indicato nella Scheda di Polizza, erogabile in rate posticipate mensili.

La costituzione della Rendita vitalizia viene effettuata mediante emissione da parte dell'Impresa di una polizza vita, nella forma a Premio unico, a nome e a favore dell'Assicurato stesso, senza alcun onere a suo carico. Tale contratto non è riscattabile.

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

Qualora, al momento del Sinistro, l'Assicurato abbia un'età inferiore a 40 anni compiuti, in sostituzione della rendita, l'Impresa corrisponderà all'Assicurato il capitale sostitutivo indicato nella Scheda di Polizza, contestualmente e in aggiunta alla corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità per la prestazione Invalidità permanente.

La rivalutazione della Rendita vitalizia avviene sulla base del rendimento conseguito dalla gestione separata di attivi denominata VITARIV.

L'Impresa, entro il 31 dicembre di ogni anno, dichiara il rendimento annuo realizzato dalla gestione separata VITARIV, determinato con i criteri indicati nel relativo Regolamento allegato in calce alle presenti condizioni di assicurazione.

Il rendimento annuo da attribuire agli assicurati (rendimento attribuito) è ottenuto diminuendo il rendimento conseguito dalla gestione separata VITARIV di un valore, denominato rendimento trattenuto, determinato al momento della corresponsione della rendita.

La rendita assicurata viene rivalutata, ad ogni ricorrenza annua, in base ad un tasso definito "misura annua di rivalutazione". La misura annua di rivalutazione si ottiene scontando per il periodo di un anno al tasso tecnico dello 0,50% (vale a dire dividendo per 1,005), la differenza fra il rendimento attribuito ed il suddetto tasso tecnico già conteggiato nel calcolo della rendita assicurata iniziale.

La misura annua di rivalutazione non può in ogni caso risultare negativa e resta definitivamente acquisita (consolidamento annuale).

MIP - Maggiorazione Invalidità permanente (66 = 100%)

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari o superiore al 66%, l'Indennità viene corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente pattuite.

EXP - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extra-professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

Si intende compreso in garanzia il "Rischio in itinere", intendendosi per tale il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

Resta inteso che **sono esclusi** dall'Assicurazione gli infortuni che colpiscono l'Assicurato nello svolgimento di qualsiasi Attività professionale.

PRO - Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali

L'Assicurazione vale esclusivamente per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività professionali indicate nella Scheda di Polizza mentre attende per conto ed ordine del Contraente all'esercizio delle mansioni inerenti alla qualifica dichiarata nella Scheda di Polizza.

RIT - Rischio in itinere

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante il trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

DQ - Condizioni particolari per Dirigenti e Quadri

Infermità, mutilazioni, difetti fisici: il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire. **In caso di Infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente" della Sezione Condizioni relative alla garanzia infortuni.**

Rischi sportivi: l'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e degli sport aerei in genere.

Ubriachezza: l'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, **esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.**

Condizioni di assicurazione

Malattie professionali: L'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (considerate tali dall'INAIL e per le quali sia comunque provata la causa di lavoro) che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e riducano l'attitudine generica al lavoro **in misura superiore al 10% della totale**. Qualora la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e semprechè il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la Franchigia predetta si intende abolita.

L'Indennità viene in ogni caso corrisposta dall'Impresa per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.

Restano in ogni caso escluse le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure delle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Qualora il presente contratto pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno, semprechè, la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno viene fissato in 18 mesi dalla denuncia della malattia.

Per quanto non regolamentato dalla presente condizione particolare, valgono - in quanto applicabili - le disposizioni concernenti gli infortuni.

Invalidità permanente: L'Indennità per Invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale, in base al grado percentuale di invalidità accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente".

Qualora l'Invalidità permanente conseguente ad Infortunio o a malattia professionale accertata con le modalità di cui alle Condizioni di assicurazione, comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa specifica dell'Assicurato in misura superiore al 66%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata nella misura del 100%. Contestualmente al pagamento dell'Indennità, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione.

BEN1 - Liquidazione della somma assicurata ai beneficiari in caso di Morte

(Valida solo per Polizza Infortuni Nominativa)

L'Assicurato con la sottoscrizione della presente Condizione particolare, manifesta il suo esplicito consenso affinché la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza e prevista per il caso della propria Morte venga liquidata ai Beneficiari indicati nella Scheda di Polizza.

BEN2 - Liquidazione della somma assicurata ai beneficiari in caso di Morte

(Valida solo per Polizza Infortuni sulle Retribuzioni)

L'Assicurato indicato nella Scheda di Polizza, con la sottoscrizione della presente Condizione particolare, manifesta il suo esplicito consenso affinché la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza e prevista per il caso della propria Morte venga liquidata ai Beneficiari indicati nella Scheda di Polizza.

SSP - Sovrarischi sportivi

(Valida solo per Polizza Infortuni Nominativa)

A parziale deroga dell'articolo "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione, si prende atto che, nei limiti delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza - **limitatamente alle garanzie Morte e Invalidità permanente, se operanti per l'Assicurato** - l'Assicurazione si intende estesa agli infortuni che si verifichino in occasione della pratica delle attività sportive indicate nella Scheda di Polizza per l'Assicurato, **semprechè non esercitate professionalmente o che comunque non comportino Remunerazione sia diretta che indiretta.**

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, qualora l'Infortunio derivi dallo svolgimento di una delle attività sportive indicate nella Scheda di Polizza per l'Assicurato, sulla somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza fino a euro 250.000,00 **l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale;** se invece essa risulta di grado superiore al 5%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale.

Sull'eventuale parte di somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza superiore a euro 250.000,00 **l'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale;** se invece essa risulta di grado superiore al 10%, l'Indennità viene corrisposta soltanto per la parte eccedente la suddetta percentuale.

La Franchigia sopra disciplinata opera sulla garanzia Invalidità permanente in deroga alla eventuale franchigia pattuita per l'Assicurato. Solo nel caso in cui sia stata richiamata in Scheda di Polizza la Franchigia del 65%, questa si intende operante anche per gli infortuni che si verifichino in occasione della pratica delle attività sportive indicate nella Scheda di Polizza per lo stesso Assicurato.

Condizioni di assicurazione

U - Ubriachezza

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, **esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.**

CONDIZIONI PARTICOLARI DI POLIZZA

Le presenti condizioni particolari sono valide solo se espressamente richiamate nella Scheda di Polizza.

B1 - Clausola Broker

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto alla società di brokeraggio indicata nella Scheda di Polizza.

Di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente Assicurazione saranno svolti, per conto del Contraente, dalla precitata società di brokeraggio.

M - Pagamento dell'indennità al Contraente

A parziale deroga di quanto indicato in Polizza, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza deve intendersi il Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dal Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a esso possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

- che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del Contraente;
- che le Indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente al Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. Il Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto degli Assicurati o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o la Polizza a margine indicati.

P - Deroga alla proroga del contratto

A parziale deroga dell'articolo "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni generali di assicurazione, **il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato** alla sua naturale scadenza.

TP - Proroga del termine di pagamento del premio

A parziale deroga dell'articolo "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" delle Condizioni generali di assicurazione, si conviene che il termine utile per il pagamento dei premi delle rate future si intende elevato al numero di giorni indicato nella Scheda di Polizza.

CEX - Collegamento con la polizza Infortuni extraprofessionali

Il presente contratto è collegato alla Polizza infortuni per i soli rischi extraprofessionali, i cui estremi sono indicati nella Scheda di Polizza, riguardante i medesimi Assicurati e riflettente la stessa decorrenza e scadenza.

Resta pertanto convenuto che, **qualora per qualsiasi motivo dovesse cessare la garanzia prestata per i rischi extraprofessionali** nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati, analogamente **cesserà** - con effetto dalla stessa data - **la garanzia prestata col presente contratto** nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati.

CPR - Collegamento con la polizza Infortuni professionali

Il presente contratto è collegato alla Polizza infortuni per i soli rischi professionali, i cui estremi sono indicati nella Scheda di Polizza, riguardante i medesimi Assicurati e riflettente la stessa decorrenza e scadenza.

Resta pertanto convenuto che, **qualora per qualsiasi motivo dovesse cessare la garanzia prestata per i rischi professionali** nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati, analogamente **cesserà** - con effetto dalla stessa data - **la garanzia prestata col presente contratto** nei confronti di tutti o di parte degli Assicurati.

Q - Indennità integrativa per infortuni dei quali sia responsabile il Contraente

Qualora l'infortunato, o, in caso di Morte, i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza (o soltanto qualcuno di essi) non accettino, a completa tacitazione dell'Infortunio, l'Indennità dovuta ai sensi della presente Polizza e avanzino verso il Contraente maggiori pretese a titolo di responsabilità civile, detta Indennità, salvo diversa indicazione scritta del Contraente stesso all'Impresa, viene accantonata nella sua totalità per essere computata nel risarcimento che il Contraente fosse tenuto a corrispondere per sentenza o transazione.

Qualora l'infortunato o gli anzidetti Beneficiari recedano dall'azione di responsabilità civile, o rimangano in essa soccombenti, l'Indennità accantonata viene agli stessi pagata sotto deduzione, a favore del Contraente, delle spese di causa da lui sostenute.

In caso contrario, fermo l'accantonamento delle Indennità dovute, l'Impresa, a norma della presente estensione, risponde delle maggiori somme che il Contraente responsabile dell'Infortunio fosse tenuto a pagare in eccedenza alle Indennità liquidate in base alla Polizza Infortuni e **fino a concorrenza di un ulteriore importo uguale a quello di dette Indennità.**

Condizioni di assicurazione

Se con i Beneficiari designati nella Scheda di Polizza o indipendentemente da essi, altri aventi diritto al risarcimento per Infortunio subito dall'Assicurato avanzino pretese di danno verso il Contraente, l'Assicurazione prestata con la presente estensione vale anche nei riguardi delle richieste di questi ultimi in concorso o meno con quelle dei Beneficiari, **fermi sempre i limiti di cui al precedente capoverso.**

Nel caso di Infortunio che colpisca più Assicurati, **il maggior esborso a carico dell'Impresa per l'Assicurazione di cui alla presente estensione non potrà superare la somma complessiva di euro 2.000.000,00** a meno che non intervengano patti speciali.

La presente Assicurazione è operante soltanto per infortuni indennizzabili a termini di Polizza di cui la presente estensione è parte integrante.

L'Assicurazione di cui alla presente estensione **non vale per gli infortuni che colpiscono:**

- parenti o affini del Contraente stabilmente con lui conviventi;
- amministratori o soci del Contraente, nel caso si tratti di una Società a responsabilità illimitata, e i loro parenti o affini con essi conviventi;
- persone soggette all'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro.

Se per un Infortunio viene iniziato un procedimento penale o una causa in sede civile, il Contraente dovrà darne comunicazione all'Impresa appena ne abbia conoscenza; parimenti dovrà informare questa di qualsiasi domanda proposta da infortunati o loro Beneficiari o aventi diritto per conseguire risarcimenti a titolo di responsabilità civile, trasmettendole in ogni caso documenti, notizie e quanto altro riguarda la vertenza.

L'Impresa assume fino a quando ne ha interesse, sostenendone le spese ai sensi di legge, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale, sia civile che penale, a nome del Contraente, avvalendosi di tutti i diritti e azioni a esso competenti.

Le disposizioni di cui alla presente estensione non sono applicabili alla garanzia relativa al rischio volo.

Si applicano alla presente Assicurazione, in quanto non diversamente disposto, le condizioni della Polizza di cui la presente estensione è parte integrante.

MT - Malattie tropicali

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Invalidità permanente)

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, la garanzia di cui alla presente Polizza è estesa alle malattie tropicali - intendendosi come tali ai fini della presente estensione: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglobinurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa - dalle quali il personale della Contraente fosse colpito e verrà prestata **per una somma uguale a quella indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Invalidità permanente e fino ad un massimo di euro 500.000,00.**

Ferma restando l'adozione della "Tabella INAIL" per la liquidazione dell'Indennità spettante, resta convenuto che l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 15% della totale;** se invece essa risulta di grado superiore al 15% della totale, l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.

La validità di detta garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a termini di Polizza viene fissato in due anni dal giorno della denuncia.

DE - Danni estetici

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Invalidità permanente)

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili**, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. **Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio, verranno riconosciute fino ad un massimo di euro 6.000,00.**

COM - Commorienza

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte)

Se in seguito ad Infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori, di cui almeno uno Assicurato con la presente Polizza, l'Indennità per il caso Morte spettante ai figli minorenni, se conviventi ed in quanto Beneficiari in base al presente contratto, sarà aumentata del 50%.

Tale aumento opera anche nei confronti dei figli maggiorenni che siano già portatori di Invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della totale.

Resta in ogni caso convenuto che **il massimo esborso a carico dell'Impresa, per tale titolo, non potrà superare l'importo di euro 250.000,00** e che l'applicazione della presente Condizione particolare rende inoperante, a tutti gli effetti, ogni altra pattuizione eventualmente esistente in Polizza che, a qualsivoglia titolo, preveda una maggiorazione del capitale assicurato per il caso di Morte.

Inoltre, la presente Condizione particolare non è operante per il Rischio volo di cui all'articolo "Rischio volo" delle Condizioni di assicurazione.

Condizioni di assicurazione

RIM - Rimpatrio della salma

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Morte)

L'Assicurazione comprende, per ogni Infortunio indennizzabile a termini di Polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.

La presente garanzia è prestata **fino a concorrenza della somma di euro 1.500,00**.

RIS - Rientro sanitario a seguito di infortunio

In caso di Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, l'Impresa rimborserà le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con mezzo sanitariamente attrezzato, alla Struttura sanitaria, per il trasferimento da una Struttura sanitaria ad un'altra e per il rientro alla propria abitazione, **fino a concorrenza di euro 1.000,00 per persona**.

In caso di Infortunio avvenuto all'estero, sono rimborsate anche le spese di trasporto dell'Assicurato, effettuato con qualsiasi mezzo pubblico di linea.

ELE - Esposizione agli elementi

L'Impresa, in occasione di arenamento, naufragio, atterraggio forzato di mezzi di trasporto **non esclusi dalle Condizioni di assicurazione**, corrisponderà le somme rispettivamente assicurate per il caso di Morte e di Invalidità permanente anche in quei casi in cui gli avvenimenti di cui sopra non siano la causa diretta dell'Infortunio, ma in conseguenza dei quali - per effetto della zona, del clima o di altre situazioni concomitanti (come, ad esempio, la perdita di orientamento) - l'Assicurato possa subire la morte o lesioni fisiche permanenti.

TER - Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dell'articolo "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente, semprechè operanti per l'Assicurato, è estesa agli infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

ANT - Anticipi

(Prestazione valida esclusivamente per gli Assicurati che hanno in corso la garanzia Invalidità permanente)

L'Impresa, **su richiesta dell'Assicurato**, corrisponde anticipi in caso di Invalidità permanente **qualora l'accertamento definitivo sia rinviato ad oltre due anni dal giorno dell'Infortunio**.

Detti anticipi, da detrarsi nel calcolo della liquidazione definitiva dell'Infortunio, verranno effettuati **fino a concorrenza di un esborso massimo del 20% della somma assicurata**.

CAT1 - Limite catastrofale

(Valida solo per Polizza Infortuni Nominativa)

In caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, in conseguenza di un unico evento, **l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà superare l'importo di euro 6.000.000,00**, ad eccezione degli eventi di calamità naturali per i quali, se richiamata l'apposita condizione particolare Rischio calamità naturali, vale il limite in essa indicato.

Qualora le Indennità liquidabili ai sensi di Polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

CAT2 - Limite catastrofale

(Valida solo per Polizza Infortuni sulle Retribuzioni)

In caso di Sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza, in conseguenza di un unico evento, **l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà superare l'importo di euro 15.000.000,00**, ad eccezione degli eventi di calamità naturali per i quali, se richiamata l'apposita condizione particolare Rischio calamità naturali, vale il limite in essa indicato.

Qualora le Indennità liquidabili ai sensi di Polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, le stesse verranno ridotte proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

INF - Esonero denuncia infermità, mutilazioni, difetti fisici

A parziale deroga dell'articolo "Persone non assicurabili", il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di Infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'articolo "Accertamento del grado di Invalidità permanente" della Sezione Condizioni relative alla garanzia infortuni.

Condizioni di assicurazione

BF - Buona fede

A parziale deroga delle Condizioni di assicurazione, l'omissione da parte del Contraente di una circostanza eventualmente aggravante di rischio, così come le inesatte e/o incomplete dichiarazioni del Contraente all'atto della stipulazione della presente Polizza o durante il corso della stessa, non pregiudicano il diritto all'Indennizzo, **semprechè tali omissioni o inesatte dichiarazioni siano avvenute senza dolo o colpa grave.**

Il Contraente ha però l'obbligo di corrispondere all'Impresa il maggior Premio proporzionato al maggior rischio con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

CN1 - Condizioni speciali per gli amministratori e i titolari

(valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza e solo per Polizza Infortuni Nominativa)

Ad integrazione di quanto indicato nel Glossario si precisa che ai fini assicurativi:

- per **Titolare** s'intende:
 - Società semplice e Società in nome collettivo: i soci con poteri amministrativi
 - Società in accomandita semplice: i soci accomandatari con poteri di amministrativi
- per **Amministratore** s'intende:
 - Società per azioni, Società in accomandita per azioni e Società a responsabilità limitata e cooperative: i componenti del consiglio di amministrazione, l'amministratore delegato e l'amministratore unico.

Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborserà, **fino a concorrenza di euro 10.000,00 per persona e per anno assicurativo e con l'applicazione di uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di euro 75,00**, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio stesso indennizzabile a termini di Polizza:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione** della sostituzione di protesi di qualsiasi genere)
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato nella Scheda di Polizza, **con il massimo di euro 400,00**

ed in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese:

- per rette di degenza
- per gli onorari dei medici curanti
- per i medicinali
- per i diritti di sala operatoria
- per i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento **con esclusione** della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro)
- per il trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa, **con il limite del 10% del massimale assicurato.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta corrente in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciutogli.

Danno economico per il Contraente

Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte o l'Invalidità permanente (valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali) di grado pari o superiore al 66% - **semprechè** le suddette garanzie siano operanti per l'Assicurato - fermo il diritto dell'Assicurato a quanto dovutogli a termini di contratto, l'Impresa corrisponderà al Contraente - al fine di coprirlo del danno economico che ad esso possa derivare da infortuni subiti dalle persone assicurate - un importo pari alla metà dell'Indennità riconosciuta all'Assicurato, **fino a concorrenza di euro 250.000,00.**

Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 500.000,00.

Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte. La presente condizione particolare non è operante per il Rischio volo.

Condizioni di assicurazione

Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

Limitatamente e a seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Morte, sempreché operante per l'Assicurato, maggiorata del 25% **col massimo di euro 150.000,00**.

Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 300.000,00.

Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Malattie tropicali

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, la garanzia di cui alla presente Polizza è estesa alle malattie tropicali - intendendosi come tali ai fini della presente estensione: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglo-binurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa - dalle quali il personale della Contraente fosse colpito e verrà prestata **per una somma uguale a quella prescelta per la copertura infortuni e fino ad un massimo di euro 250.000,00**.

Ferma restando l'adozione della "Tabella INAIL" per la liquidazione dell'Indennità spettante, resta convenuto che **non si farà luogo a risarcimento per Invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale**; se l'Invalidità permanente è di grado superiore al 15% della totale, l'Indennizzo spettante a termini di Polizza verrà corrisposto senza deduzione di alcuna Franchigia.

La validità di detta garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma del presente contratto viene fissata in due anni dal giorno della denuncia.

Franchigia assoluta per il caso di Invalidità permanente

L'Indennità per Invalidità permanente viene corrisposta in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino a euro 300.000,00 l'Indennità viene corrisposta in misura pari al grado di Invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna Franchigia.
Tuttavia, nel caso in cui l'invalidità permanente derivi da un Infortunio occorso nell'esercizio di una qualsiasi attività sportiva, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 3% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 300.000,00, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 5% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.
Tuttavia, nel caso in cui l'invalidità permanente derivi da un Infortunio occorso nell'esercizio di una qualsiasi attività sportiva, sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a euro 600.000,00, l'Impresa non corrisponde **alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10% della totale**; se invece essa risulta di grado superiore al 10% della totale, l'Indennità viene corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'Impresa liquiderà l'Indennità senza deduzione di alcuna Franchigia.

Maggiorazione Invalidità permanente

Qualora l'Invalidità permanente, valutata in base alle percentuali ad alle altre disposizioni contrattuali, sia di grado pari a superiore al 66%, l'Indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato, senza deduzione delle franchigie eventualmente pattuite.

Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dell'articolo "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato, è estesa agli infortuni causati da terremoti, maremoti, inondazioni/alluvioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Danni estetici

In caso di Infortunio, rientrante nelle garanzie prestate a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti** contrattualmente **rimborsabili**, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. **Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio, verranno riconosciute fino ad un massimo di euro 6.000,00.**

Condizioni di assicurazione

Ubriachezza

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, **esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.**

Rimpatrio della salma

L'Assicurazione comprende, per ogni Infortunio indennizzabile a termini di Polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.

La presente garanzia è prestata fino a concorrenza della somma di euro 2.000,00 e sempreché la garanzia Morte sia operante per l'Assicurato.

CN2 - Condizioni speciali per i dirigenti e i quadri

(valida solo se espressamente richiamata nella Scheda di Polizza e solo per Polizza Infortuni sulle Retribuzioni)

Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborserà, **fino a concorrenza di euro 10.000,00 per persona e per anno assicurativo e con l'applicazione di uno Scoperto per Sinistro del 20% con il minimo di euro 75,00**, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'Infortunio, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio stesso indennizzabile a termini di Polizza:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche (con esclusione della sostituzione di protesi di qualsiasi genere)
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato nella Scheda di Polizza, **con il massimo di euro 400,00**

ed in caso di Ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese:

- per rette di degenza
- per gli onorari dei medici curanti
- per i medicinali
- per i diritti di sala operatoria
- per i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento con esclusione della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al Sinistro)
- per il trasporto in ambulanza dell'Assicurato alla Struttura sanitaria o all'ambulatorio e viceversa, con il limite del 10% del massimale assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, l'Impresa rimborserà le spese non riconosciute dal precitato Servizio e sostenute dall'Assicurato per le prestazioni sopra descritte, senza deduzione di Scoperto alcuno.

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta corrente in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale europea.

Qualora l'Assicurato debba presentare l'originale delle notule, distinte e ricevute al Servizio Sanitario Nazionale o ad altro Ente per ottenere dagli stessi un rimborso, l'Impresa effettua il rimborso dietro presentazione di copia delle notule, distinte e ricevute delle spese sostenute dall'Assicurato o del documento comprovante la loro presentazione al Servizio Sanitario Nazionale o altro Ente: ovviamente dal rimborso dovuto dall'Impresa verrà detratto quanto già riconosciutogli.

Danno economico per il Contraente

Se l'Infortunio ha per conseguenza la morte o l'Invalidità permanente (valutata in base alle percentuali ed alle altre disposizioni contrattuali) di grado pari o superiore al 66% - sempreché le suddette garanzie siano operanti per l'Assicurato - fermo il diritto dell'Assicurato a quanto dovutogli a termini di contratto, l'Impresa corrisponderà al Contraente - al fine di coprirlo del danno economico che ad esso possa derivare da infortuni subiti dalle persone assicurate - un importo pari alla metà dell'Indennità riconosciuta all'Assicurato, **fino a concorrenza di euro 250.000,00.**

Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 500.000,00.

Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte. La presente condizione particolare non è operante per il Rischio volo.

Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro

Limitatamente e a seguito di morte dell'Assicurato vittima di rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro, l'Impresa provvede a liquidare la somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la garanzia Morte, sempreché operante per l'Assicurato, maggiorata del 25% **col massimo di euro 150.000,00.**

Resta convenuto però che, in caso di evento che colpisca più assicurati, l'esborso non potrà superare complessivamente la somma di euro 300.000,00.

Condizioni di assicurazione

Qualora le somme liquidabili a termini di Polizza eccedessero nel loro complessivo tale importo, le stesse verranno proporzionalmente ridotte.

Malattie tropicali

Limitatamente al caso di Invalidità permanente, la garanzia di cui alla presente Polizza è estesa alle malattie tropicali - intendendosi come tali ai fini della presente estensione: amebiasi biharziosi, dermatifo, dissenteria batterica, febbre itteroemoglo-binurica, meningite cerebro-spinale epidemica, vaiolo, febbre ricorrente africana, infezione malarica perniciosa - dalle quali il personale della Contraente fosse colpito e verrà prestata **per una somma uguale a quella prescelta per la copertura infortuni e fino ad un massimo di euro 250.000,00**.

Ferma restando l'adozione della "Tabella INAIL" per la liquidazione dell'Indennità spettante, resta convenuto che **non si farà luogo a risarcimento per Invalidità permanente quando questa sia di grado pari o inferiore al 15% della totale**; se l'Invalidità permanente è di grado superiore al 15% della totale, l'Indennizzo spettante a termini di Polizza verrà corrisposto senza deduzione di alcuna Franchigia.

La validità di detta garanzia è subordinata alla circostanza che gli assicurati si trovino in perfette condizioni di salute e che siano stati preventivamente sottoposti alle prescritte pratiche di profilassi.

Il periodo utile massimo per provvedere alla valutazione definitiva del danno indennizzabile a norma del presente contratto viene fissata in due anni dal giorno della denuncia.

Rischio calamità naturali

A parziale deroga di quanto disposto all'art. 1912 codice civile e dell'articolo "Esclusioni" delle Condizioni di assicurazione, l'Assicurazione, limitatamente ai casi di Morte e di Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato, è estesa agli infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche.

Resta convenuto però che in caso di evento che colpisca più Assicurati con l'Impresa, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà superare complessivamente la somma di euro 25.000.000,00. Qualora le somme complessivamente assicurate eccedano detto limite, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione.

Danni estetici

In caso di Infortunio, rientrante nelle garanzie prestate a termini di Polizza, che provochi sfregi o deturpazioni al viso di carattere estetico, verranno rimborsate **esclusivamente le spese sanitarie documentate e non altrimenti contrattualmente rimborsabili**, sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva. **Tali spese, solo se sostenute entro due anni dall'Infortunio, verranno riconosciute fino ad un massimo di euro 6.000,00.**

Infermità, mutilazioni, difetti fisici

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

In caso di Infortunio, resta comunque espressamente confermato quanto disposto dall'articolo "Criteri di indennizzabilità" delle Norme in caso di sinistro.

Rischi sportivi

L'Assicurazione è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica non professionale di qualsiasi sport, ad eccezione del paracadutismo e degli sports aerei in genere.

Ubriachezza

L'Assicurazione vale anche per gli infortuni subiti dall'Assicurato in stato di ubriachezza, **esclusi comunque quelli conseguenti alla guida di mezzi di locomozione.**

Malattie professionali

L'Assicurazione viene estesa anche alle malattie professionali (considerate tali dall'INAIL e per le quali sia comunque provata la causa di lavoro) che abbiano per conseguenza la morte o l'Invalidità permanente, sempreché operanti per l'Assicurato, e che si manifestino nel corso della validità del presente contratto e riducano l'attitudine generica al lavoro **in misura superiore al 10% della totale.**

Qualora la silicosi e l'asbestosi siano associate a tubercolosi polmonare in fase attiva, anche se iniziale, e sempreché il quadro morboso complessivo sia tale da determinare l'abbandono del lavoro, la Franchigia predetta si intende abolita.

L'Indennità viene in ogni caso corrisposta dall'Impresa per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata.

Nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, non sarà ritenuto indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da tali condizioni menomative preesistenti alla stipula del contratto.

Restano in ogni caso escluse le conseguenze dirette e indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure delle radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Qualora il presente contratto pervenga alla scadenza prima che la malattia sia denunciata, per la presentazione della relativa denuncia è accordato il termine di un anno, sempreché, la malattia si sia manifestata durante il periodo di validità dell'Assicurazione.

Condizioni di assicurazione

Il periodo massimo utile per procedere alla valutazione definitiva del danno viene fissato in 18 mesi dalla denuncia della malattia.

Per quanto non regolamentato dalla presente condizione particolare, valgono - in quanto applicabili - le disposizioni concernenti gli infortuni.

Invalidità permanente

L'Indennità per Invalidità permanente parziale è calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri stabiliti dalla "Tabella INAIL" riportata nel presente contratto, già allegata al D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124, e successive modificazioni intervenute fino alla data del 24 luglio 2000 e, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla Legge stessa.

Qualora l'Invalidità permanente conseguente ad Infortunio o a malattia professionale accertata con i criteri di indennizzabilità di cui alle Condizioni di assicurazione, comporti una riduzione permanente della capacità lavorativa specifica dell'Assicurato in misura superiore al 66%, verrà indennizzata con il 100% del capitale assicurato. Contestualmente al pagamento dell'Indennità, la presente garanzia decade relativamente all'Assicurato per cui è stata erogata la prestazione

Franchigia per il caso di Invalidità permanente (operante esclusivamente per la Categoria Quadri)

L'Indennità per Invalidità permanente viene corrisposta in base ai criteri stabiliti in Polizza e secondo le seguenti modalità:

- sul capitale assicurato fino 4 volte la retribuzione annua non verrà applicata alcuna Franchigia e quindi l'Indennità verrà corrisposta in base all'effettivo grado di Invalidità permanente accertato;
- sull'eventuale parte di capitale assicurato superiore a 4 volte la retribuzione annua non si farà luogo ad alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 3% della totale; se invece esso risulterà superiore al 3% della totale, l'Indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente tale limite.

Nel caso in cui l'Invalidità permanente sia di grado superiore al 20% della totale, l'Impresa liquiderà l'Indennità senza deduzione di alcuna Franchigia.

Rimpatrio della salma

L'Assicurazione comprende, per ogni Infortunio indennizzabile a termini di Polizza avvenuto all'estero che provochi il decesso dell'Assicurato, il rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma dell'Assicurato stesso, fino al luogo di sepoltura in Italia.

La presente garanzia è prestata **fino a concorrenza della somma di euro 2.000,00** e sempreché la garanzia Morte sia operante per l'Assicurato.

Condizioni di assicurazione

TABELLA PER LA LIQUIDAZIONE DELL'INDENNITA' DI INVALIDITA' PERMANENTE

Tabella INAIL

Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla somma assicurata per Invalidità permanente totale indicata nella Scheda di Polizza, in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

DESCRIZIONE	PERCENTUALE	
	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 applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva		v. tab. relativa
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)		0%
Esiti della 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%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio		12%
- totale dell'anulare		8%
- totale del mignolo		12%
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	7%	6%
- della falange ungueale del medio		5%
- della falange ungueale dell'anulare		3%
- della falange ungueale del mignolo		5%
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio		8%
- delle due ultime falangi dell'anulare		6%
- delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 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%

Condizioni di assicurazione

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%	
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 dà 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%	

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%

- In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 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.
- 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 refrazione.
- La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

di 10/10, 9/10, 8/10	di 7/10	di 6/10	di 5/10	di 4/10	di 3/10	inferiore a 3/10
15%	18%	21%	24%	28%	32%	35%

- 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.

Condizioni di assicurazione

REGOLAMENTO VITARIV

Allianz S.p.A. ha costituito una speciale forma di gestione degli investimenti, separata da quella delle altre attività della Società, caratterizzata dai seguenti elementi:

- a) la denominazione della gestione separata è VITARIV;
- b) la valuta di denominazione della gestione separata è l'Euro;
- c) il periodo di osservazione per la determinazione del tasso medio di rendimento della gestione separata è annuale e decorre dal 1° ottobre fino al 30 settembre dell'anno successivo.

All'interno del periodo di osservazione è prevista anche la determinazione di dodici tassi di rendimento mensili, ciascuno dei quali è calcolato con riferimento al periodo di tempo che decorre dal primo fino all'ultimo giorno del mese di calendario;

- d) l'obiettivo della gestione separata è di ottimizzare gli investimenti in coerenza con gli impegni contrattuali e di conseguire un rendimento annuo tendenzialmente stabile.

Le scelte di investimento sono effettuate sulla base delle previsioni sull'evoluzione dei tassi di interesse, considerando le opportunità di posizionamento sui diversi tratti della curva dei rendimenti e su diverse classi di attività, nonché sulla base dell'analisi dell'affidabilità degli emittenti, sempre nel rispetto degli impegni assunti da Allianz S.p.A. con riferimento ai contratti collegati alla gestione separata.

Le attività in cui vengono investite le risorse sono selezionate in coerenza con le disposizioni previste dalla normativa vigente in materia di attività a copertura delle riserve tecniche.

In particolare:

- i. le risorse della gestione separata sono investite prevalentemente in strumenti finanziari di natura obbligazionaria (titoli obbligazionari e OICR armonizzati di tipo obbligazionario) anche fino al 100% del patrimonio della gestione stessa. I titoli obbligazionari sono selezionati prevalentemente tra quelli emessi da Stati sovrani, organismi internazionali ed emittenti di tipo societario con merito creditizio rientrante nel c.d. "investment grade", secondo le scale di valutazione attribuite da primarie agenzie di rating.

L'investimento in strumenti finanziari di natura azionaria (titoli azionari e OICR armonizzati di tipo azionario) è residuale, fino ad un massimo del 25% del patrimonio della gestione separata.

L'area geografica di riferimento è prevalentemente l'Area Euro.

L'investimento nel comparto immobiliare (diretto o tramite fondi immobiliari) non sarà superiore al 20% del patrimonio della gestione separata e gli investimenti c.d. alternativi, in fondi azionari e obbligazionari non armonizzati e in fondi speculativi, non saranno complessivamente superiori al 10% del patrimonio della gestione separata.

I depositi bancari rappresentano un investimento residuale non superiore al 10% della gestione;

- ii. i limiti di investimento in strumenti finanziari o altri attivi emessi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A. sono i seguenti:

- OICR armonizzati istituiti, promossi o gestiti da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 50% del patrimonio della gestione separata;
- Obbligazioni, azioni ed altri attivi emessi da società del gruppo di appartenenza di Allianz S.p.A.: fino ad un massimo del 30% del patrimonio della gestione separata.

Per tutelare gli assicurati da possibili situazioni di conflitto di interesse, Allianz S.p.A. pone in essere operazioni infragruppo in coerenza con i principi di sana e prudente gestione, evitando di attuare operazioni che possano produrre effetti negativi per la sua solvibilità o che possano arrecare pregiudizio agli interessi degli assicurati o degli altri aventi diritto a prestazioni assicurative;

- iii. le risorse della gestione separata possono essere investite in strumenti finanziari derivati con lo scopo di ridurre il rischio di investimento o di pervenire ad una gestione efficace del portafoglio;

- e) la gestione separata è aperta a tutte le tipologie di polizze a prestazioni rivalutabili e a tutti i segmenti di clientela;
- f) il valore delle attività della gestione separata non potrà essere inferiore alle riserve matematiche costituite per i contratti a prestazioni rivalutabili collegati ai rendimenti realizzati dalla gestione stessa;
- g) il presente Regolamento può essere modificato a seguito dell'adeguamento dello stesso alla normativa primaria e secondaria vigente oppure a fronte di mutati criteri gestionali con esclusione, in tale ultimo caso, di quelle meno favorevoli per l'assicurato;
- h) le spese che gravano sulla gestione separata sono unicamente quelle relative all'attività di verifica contabile effettuata dalla società di revisione e quelle effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività della gestione separata. Non sono consentite altre forme di prelievo, in qualsiasi modo effettuate;
- i) il rendimento della gestione separata beneficia di eventuali utili derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione;
- j) il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo al periodo di osservazione è determinato rapportando il risultato finanziario della gestione separata alla giacenza media delle attività della gestione stessa.

Condizioni di assicurazione

Il risultato finanziario della gestione separata è costituito dai proventi finanziari di competenza conseguiti dalla gestione stessa, comprensivi degli scarti di emissione e di negoziazione di competenza, dagli utili realizzati e dalle perdite sofferte nel periodo di osservazione. Gli utili realizzati comprendono anche quelli derivanti dalla retrocessione di commissioni o di altri proventi ricevuti da Allianz S.p.A. in virtù di accordi con soggetti terzi e riconducibili al patrimonio della gestione separata. Le plusvalenze e le minusvalenze vanno prese in considerazione, nel calcolo del risultato finanziario, solo se effettivamente realizzate nel periodo di osservazione. Il risultato finanziario è calcolato al netto delle spese effettivamente sostenute per l'acquisto e la vendita delle attività, per l'attività di verifica contabile ed al lordo delle ritenute di acconto fiscale. Gli utili e le perdite da realizzo sono determinati con riferimento al valore di iscrizione delle corrispondenti attività nel libro mastro della gestione separata. Il valore di iscrizione nel libro mastro di una attività di nuova acquisizione è pari al prezzo di acquisto.

La giacenza media delle attività della gestione separata è pari alla somma delle giacenze medie nel periodo di osservazione dei depositi in numerario, degli investimenti e di ogni altra attività della gestione separata. La giacenza media nel periodo di osservazione degli investimenti e delle altre attività è determinata in base al valore di iscrizione nel libro mastro della gestione separata.

I criteri di valutazione impiegati ai fini del calcolo della giacenza media non possono essere modificati, salvo in casi eccezionali. In tale eventualità, il rendiconto riepilogativo della gestione separata è accompagnato da una nota illustrativa che riporta le motivazioni dei cambiamenti nei criteri di valutazione ed il loro impatto economico sul tasso medio di rendimento della gestione separata.

Il tasso medio di rendimento della gestione separata relativo a ciascun periodo mensile all'interno del periodo di osservazione è calcolato con gli stessi criteri di cui sopra, ponendo come base temporale di calcolo lo specifico mese di calendario;

- k) la gestione separata è sottoposta alla verifica da parte di una società di revisione iscritta nell'apposito registro previsto dalla normativa vigente;
- l) Allianz S.p.A., qualora ne ravvisasse l'opportunità in un'ottica di ricerca di maggiore efficienza anche in termini di costi gestionali o di adeguatezza dimensionale della gestione separata, al fine di perseguire l'interesse dei contraenti e nel rispetto dei criteri e del profilo di investimento, potrà procedere alla scissione della gestione separata VITARIV o alla fusione della stessa con una o più gestioni separate istituite dalla Società aventi sia analoghe caratteristiche che omogenee politiche di investimento, senza alcun onere o spesa per i contraenti. In tali eventualità, la Società invierà ai contraenti delle polizze a prestazioni rivalutabili collegate ai rendimenti realizzati dalla gestione separata VITARIV una tempestiva comunicazione e, qualora sia necessario redigere un nuovo Regolamento, copia dello stesso;
- m) il presente Regolamento è parte integrante delle Condizioni di assicurazione.