



SEI TU

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Prodotto per l'assicurazione infortuni e malattia



Edizione 03/2022

Queste condizioni di assicurazione sono state redatte secondo le Linee guida "Contratti semplici e chiari".

INDICE

GLOSSARIO	3
NORME DI CARATTERE GENERALE	6
SEZIONE INFORTUNI	9
COSA È ASSICURATO	10
GARANZIE BASE	10
GARANZIE OPZIONALI	15
COSA NON È ASSICURATO	20
LIMITI DI COPERTURA	21
SEZIONE MALATTIA.....	27
COSA È ASSICURATO	27
GARANZIA BASE	27
GARANZIE OPZIONALI	27
COSA NON È ASSICURATO	29
LIMITI DI COPERTURA	30
SEZIONE ASSISTENZA.....	31
COSA È ASSICURATO	31
COSA NON È ASSICURATO	34
COME SI ASSICURA	34
LIMITI DI COPERTURA	35
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	37
IN CASO DI SINISTRO INFORTUNIO	38
IN CASO DI SINISTRO MALATTIA.....	42
IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA	43
ESTRATTO DELLO STATUTO	56

GLOSSARIO

Assicurato	la persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
Assicurazione	il contratto di assicurazione.
Beneficiario	gli eredi dell'assicurato, o le altre persone designate dal contraente, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	chi stipula l'assicurazione.
Convalescenza domiciliare	periodo di degenza domiciliare successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica.
Day Hospital	degenza diurna in istituto di cura con redazione di cartella clinica.
Epidemia	qualsiasi malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o dal governo italiano.
Franchigia	la parte di danno esclusa dall'indennizzo, espressa in: <ul style="list-style-type: none">- percentuale di invalidità permanente;- giorni per le indennità giornaliere;- importo fisso per il rimborso spese mediche.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
Infortunio	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Infortunio extraprofessionale	infortunio subito dall'assicurato durante attività inerenti alla vita privata, allo svolgimento delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alla pratica di hobby.
Infortunio professionale	infortunio subito dall'assicurato durante attività professionali (principali e secondarie) dichiarate nella scheda di polizza. Per attività professionali secondarie si intendono le attività lavorative svolte a scopo di lucro, per conto proprio o di terzi, anche se esercitate in via accessoria e temporanea.
Intervento chirurgico	atto medico praticato in istituto di cura o in ambulatorio che prevede un'azione cruenta a fine terapeutico sui tessuti utilizzando sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica (laser). Sono equiparati ad un intervento chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, che comporta il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.
Intervento chirurgico ambulatoriale/Day surgery	intervento chirurgico eseguito senza ricovero.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Glossario

Invalidità permanente	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, <i>hospice</i> , regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle Autorità competenti, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani, le strutture con prevalenti finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche, gli stabilimenti termali.
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da infortunio.
Malattie coesistenti	malattie o invalidità preesistenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da questa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie concorrenti	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da questa causata, in quanto interessato uno stesso sistema organo-funzionale.
Malattia preesistente	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o che si sono manifestate prima della stipula del contratto.
Pandemia	qualsiasi malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o dal governo italiano.
Polizza	documento che prova l'assicurazione.
Premio	somma dovuta dal contraente alla Società.
Prestazioni	per la sezione "Assistenza": l'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiuto che deve essere fornito all'assicurato nell'accadimento di un sinistro rientrante nella garanzia assistenza ovvero nel momento del bisogno, da parte della Società, tramite la Struttura Organizzativa, in caso di sinistro.
Questionario medico	il documento con il quale l'assicurato descrive il suo stato di salute e che forma parte integrante della polizza. Deve essere compilato e sottoscritto da ogni persona assicurata – o, in caso di minori, da chi ne ha la potestà – e trasmesso alla Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
Residenza	luogo in cui la persona fisica ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.
Ricovero	permanenza in istituto di cura con pernottamento.
Sci estremo	discesa con sci su pendii superiori a 45 gradi di pendenza.
Scippo	furto commesso strappando le cose di mano o di dosso alla persona.
Scoperto	parte del danno indennizzabile, espressa in valore percentuale, che

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Glossario

	rimane a carico dell'assicurato.
Sforzo	dispiego improvviso e anomalo, al di fuori dalla gestualità comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione. Per la sezione "Assistenza": il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'assicurato.
Società	ITAS Mutua che presta l'assicurazione, come risulta dalla polizza sottoscritta dalle parti.
Sport agonistico	sport praticati in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI e comunque specificatamente finalizzati alla partecipazione continuativa a manifestazioni sportive di carattere agonistico, intendendosi per tali i campionati che possano svolgersi in ambito provinciale, regionale, nazionale e/o internazionale.
Sport del tempo libero	sport con finalità strettamente ricreative anche se effettuate in qualità di tesserati di federazioni sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI comunque non specificatamente finalizzati alla partecipazione a gare, competizioni o a qualsiasi manifestazione sportiva di carattere agonistico.
Sport professionistico	attività svolta in maniera continuativa nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da obbligo contrattuale sottoscritto tra le parti e che costituisca fonte principale di reddito per l'assicurato.
Struttura Organizzativa	per la sezione "Assistenza": la struttura di Blue Assistance S.p.A. costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.
Termini di aspettativa - carenze	periodo di tempo compreso fra la stipula dell'assicurazione e l'inizio della copertura.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Norme di carattere generale

NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 1.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione** secondo gli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Art. 1.2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

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

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

Se il contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice civile.

Art. 1.3 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 1.4 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dell'assicurato dichiarate nella scheda di polizza.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo e la stessa cessazione dell'assicurazione come previsto dall'art. 1898 del Codice civile.

Art. 1.5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del contraente o dell'assicurato come previsto dall'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.6 – ALTRE ASSICURAZIONI

Come previsto dall'art. 1910 del Codice civile, il contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per il medesimo rischio e sulle medesime cose. In caso di sinistro il contraente deve dare avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 1.7 – DURATA DEL CONTRATTO, PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

La durata del contratto è indicata sulla scheda di polizza.

Il contratto può essere stipulato nella forma "a tacito rinnovo" o "a scadenza automatica" e può avere durata annuale o poliennale; il contratto può essere stipulato anche per una durata temporanea nella forma "a scadenza automatica".

Nel caso di TACITO RINNOVO, il contratto di assicurazione si rinnova alla scadenza annuale o a quella poliennale, e così successivamente, di anno in anno, salvo in caso di disdetta comunicata da una delle Parti ed inviata nelle forme e nei termini di cui all'art. 1.8 – Disdetta dell'assicurazione.

Nel caso di SCADENZA AUTOMATICA, il contratto cessa automaticamente alle 24 del giorno di scadenza indicato sulla scheda di polizza, senza necessità di disdetta.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al "periodo di assicurazione", questo si intende della durata di un anno. Se però l'assicurazione è stata stipulata per una minore durata, il "periodo di assicurazione" coincide con la durata del contratto.

Art. 1.8 – DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE

Entrambe le Parti possono disdire il contratto stipulato nella forma "a tacito rinnovo" inviando una comunicazione tramite lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), da spedire almeno 30 giorni prima della scadenza.

In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Norme di carattere generale

Art. 1.9 – FACOLTÀ DI RECESSO

La facoltà di recesso è prevista nei seguenti casi:

- a) nel caso di contratto a durata poliennale, il contraente può recedere dal contratto trascorso il primo quinquennio o in caso di durata inferiore a cinque anni, alla scadenza contrattuale, **mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso viene esercitata;**
- b) dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e **fino al 60° giorno** dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata **a condizione che siano stati liquidati precedentemente almeno altri due sinistri** a termini di polizza. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi **30 giorni** dalla data di invio della comunicazione. La Società, **entro 30 giorni** dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso. Limitatamente alle garanzie malattia, tale disposizione non si applica **trascorsi due anni** dall'inizio della copertura assicurativa;
- c) il manifestarsi in corso di contratto di assicurazione di alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V, A.I.D.S. e sindromi correlate costituisce per la Società aggravamento di rischio, tale per cui non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato. Si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'assicurato, al netto dell'imposta, la parte di premio pagato e non goduto.

Art. 1.10 – FORO COMPETENTE

Per le controversie relative a questo contratto è competente l'autorità giudiziaria italiana del luogo della sede, o del luogo di residenza o di domicilio dell'assicurato o del beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 1.11 – ONERI FISCALI

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

Art. 1.12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Questo contratto di assicurazione è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 1.13 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

La Società rinuncia, a favore dell'assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione previsto all'art. 1916 del Codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 1.14 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo. L'inabilità temporanea, al di fuori dell'Unione Europea, è indennizzabile **limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero**; tale limitazione cessa dalle 24 del giorno di rientro in Europa dell'assicurato.

Per la sezione "Assistenza": si intendono i Paesi, dove si è verificato il sinistro e in cui le prestazioni vengono fornite fatto salvo quanto esplicitamente indicato nelle singole sezioni. Si dividono in tre gruppi:

A) ITALIA: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

B) EUROPA: i Paesi del gruppo A) e i seguenti Paesi: Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca (esclusa la Groenlandia), Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lettonia, Libia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia (esclusi i Monti Urali), Serbia e Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina e Ungheria.

C) MONDO: i paesi del gruppo B) e tutti i restanti Paesi del mondo.

Paesi esclusi: sono esclusi le seguenti aree geografiche:

Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e Mc Donald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Norme di carattere generale

Art. 1.15 – LIMITE DI ETÀ

Le garanzie di polizza sono prestate per persone entro i seguenti limiti d'età:

- per le garanzie della Sezione Infortuni: età **non superiore a 80 anni**;
- per le garanzie della Sezione Malattia: età **non superiore a 75 anni**.

Tuttavia, per le persone che raggiungono l'età stabilita durante il periodo di assicurazione, questa mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 1.16 – ADEGUAMENTO DEL PREMIO GARANZIE SEZIONE MALATTIA

Per le garanzie della sezione Malattia è previsto un **adeguamento automatico del premio ad ogni rinnovo annuale in funzione del crescere dell'età dell'assicurato**.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

SEZIONE INFORTUNI

Il contraente può scegliere se acquistare o meno la presente sezione.

Art. 2.1 – OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate nella scheda di polizza e delle attività extraprofessionali. Il contraente può scegliere di limitare l'operatività dell'assicurazione ai soli infortuni accaduti durante l'attività professionale oppure solo a quelli accaduti durante l'attività extraprofessionale.

Sono compresi in garanzia, **con le limitazioni previste nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4)**, anche gli infortuni causati da:

1. asfissia non di origine morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. annegamento;
4. assideramento o il congelamento;
5. folgorazione;
6. colpi di sole o di calore;
7. morsi di animali, punture di insetti o aracnidi e affezioni conseguenti;
8. imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
9. malore o alterazione di coscienza, **salvo che il malore o l'alterata coscienza siano conseguenza delle patologie indicate all'art. 2.3 - Esclusioni**;
10. lesioni muscolari determinate da sforzi, le lesioni tendinee sottocutanee, la rottura del tendine d'Achille;
11. colpa grave dell'assicurato, del contraente e del beneficiario, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice civile;
12. tumulti popolari o da atti di terrorismo ai quali l'assicurato non abbia partecipato, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile;
13. gli infortuni subiti dall'assicurato, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri, su velivoli o elicotteri, **esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub**. Convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso. **Questa copertura non vale se la polizza ha durata inferiore ad un anno**;
14. eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni e, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile, da movimenti tellurici. In questi casi, se un unico evento dovesse colpire più assicurati con la Società e gli indennizzi complessivamente dovuti superassero il limite indicato nella tabella dell'art. 2.4, gli indennizzi, spettanti a ciascun assicurato, saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il limite indicato e il totale degli indennizzi dovuti;
15. guerra, guerra civile, insurrezione o lotta armata che l'assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, **a condizione che l'assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione**. La copertura opera a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile e **per un massimo di 14 giorni** dall'insorgere di tali eventi;
16. conseguenze di infezioni contratte a seguito di infortunio, purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica, **restando escluso il contagio da virus HIV e da Epatite B e C**.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

COSA È ASSICURATO

GARANZIE BASE

Il contraente può scegliere se acquistare singolarmente o entrambe le garanzie base "invalidità permanente da infortunio" e "indennità giornaliera per ricovero da infortunio". Se richiamati nella scheda di polizza sono assicurati i seguenti rischi per le somme assicurate indicati sulla scheda stessa e con le limitazioni previste nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4).

Art. 2.1.1 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se un infortunio ha per conseguenza un'invalidità permanente e questa si verifica entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, in base alle percentuali indicate nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 - Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, conosciute anche come 'Tabelle INAIL' - delle quali si riporta un parziale estratto nell'art. 5.4 – Criteri di indennizzabilità, all'interno della sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

L'indennizzo per invalidità permanente sarà determinato in base all'opzione di franchigia scelta dal contraente e indicata sulla scheda di polizza.

Sono previste le seguenti opzioni:

OPZIONE 3 – 5 - 10%

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 150.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

OPZIONE 3 - 10%

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 300.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 300.000 euro della prima**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale;**

OPZIONE 5 - 10%

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 500.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 500.000 euro della prima**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale;**

OPZIONE 0 – 3 – 5 - 10%

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino al 50% della somma assicurata con il massimo di 100.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **senza applicazione di franchigia;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza della prima parte e fino a 150.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

4. la quarta, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

OPZIONE A SCALARE

Nelle prime due annualità assicurative dalla data di decorrenza del contratto la somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 150.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Per la terza e quarta annualità assicurativa dalla data di decorrenza del contratto ed **in assenza di sinistri di invalidità permanente liquidati**, la somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 100.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 1,5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 100.000 euro della prima e fino a 150.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
4. la quarta, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Dalla quinta annualità assicurativa dalla data di decorrenza del contratto ed **in assenza di sinistri di invalidità permanente liquidati**, la somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 100.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **senza applicazione di franchigia;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 100.000 euro della prima e fino a 150.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
4. la quarta, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Ai fini dell'applicazione dell'opzione "a scalare":

- per annualità assicurativa si intende un periodo di copertura pari a 12 mesi, per il quale sia stato pagato il relativo premio;
- qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza SEI TU con opzione a scalare non si interrompe il criterio di cui sopra;
- in caso di sinistro di invalidità permanente liquidato, il conteggio delle annualità assicurative ricomincerà dalla data di effetto della prima quietanza annuale successiva a tale sinistro.

Per tutte le opzioni di cui sopra:

- le franchigie non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 20% della totale.
- qualora l'invalidità permanente, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.4, sia superiore al 60% verrà indennizzato il 100% della somma assicurata.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art. 2.1.2 ESTENSIONI DELLA GARANZIA INVALIDITA' PERMANENTE (SEMPRE OPERANTI)

a) Danno estetico

In caso di infortunio la Società rimborsa le spese sostenute e documentate dall'assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare eventuali danni estetici al viso, indipendentemente dal grado di invalidità permanente accertato.

b) Rimborso spese per assistenza infermieristica e collaborazioni domestiche

Se a seguito di infortunio, l'assicurato presenta postumi di invalidità permanente superiori al 25%, la Società rimborsa le spese sostenute nei primi sei mesi dal giorno dell'infortunio per assistenza infermieristica e per collaborazioni domestiche.

c) Malattie tropicali

La garanzia comprende l'invalidità permanente da infortunio derivante dal contagio di malattie tropicali, diagnosticate dai medici curanti. L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che l'assicurato, nel momento in cui si rechi all'estero, sia in perfette condizioni di salute e si sia sottoposto alle pratiche di profilassi prescritte dalle Autorità sanitarie dei Paesi ospitanti.

Art. 2.1.3 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO

La Società, in caso di infortunio che abbia come conseguenza il ricovero in istituto di cura dell'assicurato corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per i giorni di durata del ricovero.

L'indennità da ricovero è:

1. raddoppiata nei casi di ricovero in reparto di rianimazione o in una unità di cura intensiva, per il periodo di permanenza in questi reparti;
2. raddoppiata in caso di ricovero a seguito dello stesso evento dell'assicurato e di altro parente convivente, anche non assicurato, compreso il convivente di fatto;
3. **dimezzata** in caso di ricovero in day hospital e day surgery.

In caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio se l'assicurato, **purché minorenne**, necessita di assistenza continuativa, dimostrata da **idonea documentazione rilasciata dall'istituto di cura**, la Società liquiderà una indennità giornaliera doppia rispetto a quella indicata in polizza.

In questo caso la garanzia **non si cumula** con i raddoppi previsti ai punti 1 e 2 del presente articolo e **opera solo in caso di copertura di attività professionali ed extra professionali**.

Art. 2.1.4 - PRESTAZIONI OPERANTI SOLO IN CASO DI COPERTURA DI ATTIVITÀ PROFESSIONALI ED EXTRA PROFESSIONALI

a) Rimborso spese trasporto

In caso di infortunio la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'assicurato, con qualsiasi mezzo, all'istituto di cura o alla propria abitazione.

b) Indennizzo per recupero lezioni

Se a causa di un infortunio, l'assicurato che frequenta la scuola dell'obbligo o secondaria superiore non può frequentare le lezioni per un periodo **continuativo superiore a 30 giorni**, la Società rimborsa le spese sostenute per lezioni private e/o di recupero regolarmente fatturate.

c) Indennizzo per aspettativa del genitore

Se a seguito di infortunio dell'assicurato, **purché minorenne**, un genitore deve ricorrere ad aspettativa non retribuita per un **periodo minimo di tre mesi** allo scopo di prestare assistenza al figlio, la Società corrisponde un **indennizzo forfettario** pari a 1000 euro per sinistro e anno assicurativo. L'indennizzo viene corrisposto a condizione che il genitore dell'assicurato **fornisca documentazione** rilasciata dal proprio datore di lavoro che certifichi l'astensione dal lavoro.

d) Raddoppio della somma assicurata per minorenni alla guida

La somma assicurata per invalidità permanente viene raddoppiata, con le limitazioni previste nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4), nel caso di infortunio subito per **responsabilità esclusiva di terzi**, dall'assicurato **minorenne** alla guida di **ciclomotori o motocicli**, se ne consegue una invalidità permanente **superiore al 50%**.

e) Rimborso spese mediche ospedaliere per chirurgia riparatrice da infortunio

La Società rimborsa le spese sostenute durante il ricovero in istituto di cura per onorari dei medici e dei chirurghi, spese farmaceutiche, nonché rette di degenza a seguito di interventi di chirurgia riparatrice di sfregi e deturpazioni di natura estetica e fisiognomica, conseguenti a infortunio avvenuto durante il periodo di validità della polizza. L'intervento di chirurgia riparatrice **dovrà avvenire entro un anno dalla data di guarigione clinica** dell'infortunio e a condizione che, a questa data, l'assicurato **fornisca documentazione medica** da cui risulti che il danno di natura estetico-fisiognomica è diretta ed esclusiva conseguenza dell'infortunio subito.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

f) **Invalidità permanente per figli minori**

Ai figli minori dell'assicurato è riconosciuta una copertura per invalidità permanente di importo **pari alla somma assicurata dello stesso e comunque non superiore al limite previsto**. La suddetta garanzia viene prestata **in forma nucleo e purché i figli non abbiano una copertura personale**. Qualora entrambi i genitori risultino assicurati nel medesimo contratto, ai fini del riconoscimento della maggiore indennità a favore dei figli minori, sarà preso in considerazione l'assicurato con la somma più elevata. Per forma nucleo si intende che la somma assicurata per invalidità permanente vale come massimale complessivo a disposizione dei figli minori dell'assicurato.

g) **Scippo, rapina, estorsione e sequestro**

Se a seguito di scippo, rapina, estorsione e sequestro, tentati o consumati, l'assicurato subisce lesioni fisiche, la Società corrisponde un **indennizzo forfettario pari a 500 euro** in aggiunta ad eventuali indennizzi previsti ai sensi di polizza.

L'indennizzo viene corrisposto a condizione che **l'assicurato fornisca documentazione medica da cui risulti che le lesioni fisiche subite sono conseguenti allo scippo, rapina, estorsione e sequestro nonché copia della denuncia presentata all'Autorità Giudiziaria**.

h) **Prevenzione**

La Società rimborsa:

- a) le spese sostenute dall'assicurata per esame mammografico e relativa termografia o ecografia;
- b) in caso di intervento chirurgico per isterectomia totale o mastectomia totale uni - o bilaterale, corrisponde all'assicurata un **indennizzo forfettario pari a 5.000 euro**;
- c) le spese sostenute per esami clinici e strumentali (ecografia, esami laboratoristici, etc.) sia per diagnosi e cura che per screening della patologia prostatica. In caso di intervento di resezione totale della prostata, la Società corrisponde all'assicurato un **indennizzo forfettario pari a 5.000 euro**.

i) **Lavori manuali e agricoli**

Limitatamente alle garanzie della sezione infortuni richiamate in polizza per le quali è stato pagato il relativo premio, sono compresi gli infortuni subiti durante lavori manuali o agricoli svolti dall'assicurato a carattere privato e senza scopo di lucro. Tale prestazione è operante anche in caso di sola copertura extra professionale.

Art. 2.1.5 – ATTIVITÀ SPORTIVE

Le garanzie della sezione Infortuni richiamate in polizza e per le quali è stato pagato il relativo premio, valgono anche durante la pratica non professionistica delle attività sportive.

L'indennizzo è corrisposto al 50% se l'infortunio si verifica durante la pratica di sport agonistici.

L'indennizzo è corrisposto al 100% se l'infortunio si verifica durante la pratica di sport del tempo libero.

Restano escluse tutte le attività sportive indicate all'art. 2.3, punto 11).

Le attività sportive assimilabili a quelle riportate all'art. 2.3, punto 11) ma non specificamente indicate, saranno classificate per analogia alla più simile tra le attività sportive elencate.

Art. 2.1.6 - VIGILE DEL FUOCO VOLONTARIO

L'assicurazione opera anche in caso di attività di vigile del fuoco svolta dall'assicurato in qualità di volontario **con la franchigia minima indicata all'art. 2.4.**

Art. 2.1.7 - POLIZIOTTI – CARABINIERI - GUARDIA DI FINANZA - GUARDIA GIURATA

In caso di infortuni subiti dall'assicurato che svolge l'attività di poliziotto, carabiniere, guardia di finanza o guardia giurata **durante la partecipazione a servizio attivo di ronda, pattugliamento e in ogni caso di servizio armato**, la Società liquida l'indennizzo dovuto per invalidità permanente, **con la franchigia minima indicata all'art. 2.4.**

Art.2.1.8 – RISCHIO “IN ITINERE”

Limitatamente alle garanzie della sezione infortuni richiamate in polizza per le quali è stato pagato il relativo premio, l'assicurazione si intende estesa anche durante il percorso dell'assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art.2.1.9 – ERNIE

L'assicurazione comprende le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo alle seguenti condizioni:

- a) se l'ernia è giudicata operabile, verrà corrisposta l'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera per ricovero da infortunio (se previste in polizza), fino ad un massimo di quaranta giorni;
- b) se l'ernia, anche se bilaterale, è giudicata non operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore alla percentuale della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale indicata all'art. 2.4.

In caso di contestazioni sulla natura o l'operabilità dell'ernia la decisione può essere rimessa, a richiesta di una delle Parti e purché l'altra vi consenta, al Collegio medico, di cui all'art. 5.3.

Art. 2.1.10 – LESIONI TENDINEE

Se l'infortunio ha come conseguenza:

- lesioni tendinee della spalla documentate con RMN (Risonanza Magnetica Nucleare);
- rotture tendinee sottocutanee del bicipite brachiale (prossimale o distale), dell'estensore del pollice o del quadricipite femorale, documentate da ecografia o RMN.

L'indennizzo sarà calcolato in base all'età dell'assicurato, come indicato nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4), senza l'applicazione delle franchigie.

Nel caso di lesione tendinea causata da taglio non si applicano le limitazioni di cui sopra.

Art. 2.1.11 – ROTTURA DEL TENDINE D'ACHILLE

La Società provvederà al pagamento di un indennizzo, senza l'applicazione delle franchigie, se l'infortunio ha come conseguenza la rottura (violenta e/o diretta) del tendine d'Achille.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

GARANZIE OPZIONALI

Se richiamate nella scheda di polizza e pagato il relativo premio, le seguenti garanzie opzionali sono prestate con le limitazioni riportate nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4).

Art. 2.2.1. – MORTE

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, **verificatasi entro due anni** dal giorno dell'infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari indicati dal contraente o, in mancanza di indicazioni, agli eredi dell'assicurato in parti uguali. L'indennizzo per il caso di morte **non è cumulabile** con quello per invalidità permanente; se però, dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l'assicurato muore a causa dello stesso infortunio, e se l'indennizzo previsto per la morte è superiore a quello già versato per invalidità permanente, **la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra i due indennizzi.**

Se nello stesso evento muore per infortunio anche il coniuge non legalmente separato, verrà corrisposta, **esclusivamente ai figli minori e in parti uguali tra questi ultimi**, un'ulteriore somma pari a quella assicurata per il caso di morte. Se anche il coniuge è assicurato con analoga garanzia o polizza emessa dalla Società che prevede il raddoppio della somma assicurata per il caso di morte, sarà riconosciuta ai figli minori la sola indennità maggiorata della polizza con la somma più elevata.

La somma assicurata per morte viene raddoppiata se l'assicurato è minorenne e, alla guida di **ciclomotori o motocicli**, muore in seguito a infortunio subito per **responsabilità esclusiva di terzi, con le stesse limitazioni previste nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4) all'art. 2.1.4. lett. d) "Raddoppio della somma assicurata per minorenni alla guida"**.

Se l'assicurato scompare a seguito di infortunio e, in applicazione dell'art. 60, comma 3) del Codice civile o dell'art. 211 del Codice della navigazione, l'autorità giudiziaria ne dichiara la morte presunta e la stessa viene registrata negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'indennizzo, si dimostra che l'assicurato è ancora in vita, **assicurato e beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'indennizzo.**

In caso di infortunio che non comporti la morte dell'assicurato, ma un suo stato di coma riconosciuto dai sanitari con GCS (Glasgow Coma Scale) **inferiore a 5**, trascorsi 5 mesi dall'infortunio verrà liquidata una somma pari a quella assicurata per il caso morte.

Art. 2.2.2 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO PLUS

Se un infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa **si verifica entro due anni** dal giorno dell'infortunio la Società liquida, secondo le disposizioni riportate nella scheda di polizza e all'art. 2.4 – Limiti, scoperti e franchigie, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, in base alle percentuali indicate nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, conosciute anche come 'Tabelle INAIL' delle quali si riporta un parziale estratto nell'art. 5.4 – Criteri di indennizzabilità, all'interno della sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

La liquidazione dell'indennità per "invalidità permanente PLUS" viene determinata secondo le modalità di seguito riportate:

- qualora il grado di invalidità permanente sia **pari o inferiore al 25%**, l'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata indicata in polizza;
- **non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se risulterà superiore al 10% ma non al 25%, l'indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente;**
- qualora il grado di invalidità permanente risulti **superiore al 25% ma non al 50%**, l'indennizzo sarà calcolato sul doppio della somma assicurata indicata in polizza;
- qualora il grado di invalidità permanente risulti **superiore al 50%**, l'indennizzo sarà calcolato sul quadruplo della somma assicurata indicata in polizza;
- nessuna franchigia viene applicata nel caso di invalidità permanente superiore al 25%.

Art. 2.2.3 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER INABILITÀ TEMPORANEA

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde l'indennità stabilita in polizza.

In assenza di visita medico-legale, l'inabilità temporanea viene corrisposta:

- a) **integralmente, per il 60% dei giorni totali accertati e documentati;**
- b) **in percentuale del 50% dell'indennità giornaliera, per il restante 40%.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Se l'inabilità temporanea è accertata a seguito di visita medico legale la Società corrisponde l'indennità:

a) **integralmente, per ogni giorno in cui l'assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica a svolgere le attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

L'indennizzo sarà sempre corrisposto in forma integrale durante il:

- periodo di ricovero ospedaliero;
- periodo di immobilizzazione definito all'art. 2.2.4;
- periodo di deambulazione con prescrizione di stampelle con carico parziale e carrozzelle.

Per i periodi di ricovero ospedaliero e immobilizzazione la franchigia riportata all'art. 2.4 si intende annullata.

b) **in percentuale del 50% per il periodo residuo, per ogni giorno in cui l'assicurato ha potuto svolgere solo parzialmente le attività professionali principali e secondarie dichiarate.**

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio denunciato come previsto all'art. 5.1 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato e all'art. 5.2 - Accertamento, liquidazione e pagamento – **o dalla data riportata sul certificato di pronto soccorso o struttura similare e viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni.** Se l'assicurato **non invia successivi certificati medici** nel termine stabilito dall'art. 5.1, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella prevista nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data precedente.

Se il medico legale accerta una invalidità permanente e, **entro 5 mesi dall'infortunio**, l'assicurato deve sottoporsi a intervento chirurgico, la Società liquida in forma integrale un ulteriore indennizzo per inabilità temporanea **per un periodo massimo di 20 giorni.**

L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente; non può essere cumulato con l'indennità giornaliera da immobilizzazione.

Art. 2.2.4 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER IMMOBILIZZAZIONE

Nel caso di fratture **accertate radiologicamente**, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, con conseguente immobilizzazione di arti e distretti anatomici, oppure nel caso di applicazione di una ingessatura o di un tutore immobilizzante, la Società indennizza l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di immobilizzazione e/o ingessatura.

Tra i mezzi di contenzione non rientrano:

- 1. le fasce elastiche in genere;**
- 2. i bendaggi alla colla di zinco;**
- 3. i busti ortopedici elastici;**
- 4. i vari tipi di collari** eccetto quelli utilizzati per fratture cervicali e lussazioni cervicali.

La garanzia è estesa alle fratture, accertate radiologicamente e che comportino immobilizzazione, anche se per la guarigione non è necessaria l'applicazione di mezzi di contenzione (ad esempio la frattura di coste, vertebre, bacino, coccige o sterno).

Non sono compresi in garanzia i mezzi di osteosintesi interni come placche, chiodi e similari; tuttavia, in caso di fratture trattate chirurgicamente con mezzi di osteosintesi, la Società indennizza un importo come previsto dalle limitazioni indicate nella tabella "Limiti scoperti e/o franchigie" (art. 2.4).

Art. 2.2.5 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso di infortunio la Società rimborsa le spese sostenute per:

- a. rette di degenza, assistenza medica, cure, medicinali ed esami relativi al periodo di ricovero;
- b. interventi chirurgici e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- c. visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici e presidi medici per medicazione ed accertamenti diagnostici conseguenti all'infortunio ed effettuati **nei 180 giorni successivi** alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante;
- d. trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia a seguito dell'infortunio ed effettuati **nei 180 giorni successivi** alla data dell'infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante;
- e. acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle;
- f. le spese dentarie di natura post traumatica che abbiano interessato denti sani o denti che non necessitavano di cure conservative al momento del sinistro;
- g. cure termali con prescrizione medica, escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

La Società rimborsa anche le spese previste ai punti precedenti in caso di infortunio subito dai figli dell'assicurato di età inferiore a due anni anche se non assicurati.

Art. 2.2.6. – INDENNITÀ GIORNALIERA PER CONVALESCENZA DA INFORTUNIO

In caso di degenza domiciliare dell'assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'istituto di cura nel quale l'assicurato è stato ricoverato per intervento chirurgico a seguito di infortunio, o nel caso in cui il ricovero abbia avuto una durata **non inferiore a 3 giorni consecutivi**, la Società corrisponde una indennità giornaliera di importo variabile a seconda dell'opzione scelta e riportata nella scheda di polizza:

a) Opzione Base

La Società corrisponde un'indennità giornaliera **pari al 50% di quella prevista per il ricovero**. Questa indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza, **per una durata non superiore a quella del ricovero ed entro il limite di 180 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo**.

In caso di ricoveri in regime di day hospital/day surgery, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

b) Opzione Completa

La Società corrisponde per ciascun giorno di convalescenza una indennità **pari al 100% di quella indicata in polizza per il ricovero**. Questa indennità viene corrisposta per ogni giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione, entro il limite di **90 giorni per evento e annualità assicurativa; in caso di ricoveri in regime di day hospital/day surgery o per assicurati di età inferiore a 18 anni**, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

Per entrambe le opzioni **la convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, fornita in originale**.

Art. 2.2.7 – PACCHETTO SOSTEGNO

a) Rimborso spese infermieristiche

Se a seguito di infortunio rimane una invalidità permanente **superiore al 20%**, vengono rimborsate le spese documentate dalla relativa fattura sostenute **nei primi sei mesi** dal giorno dell'infortunio per assistenza infermieristica.

b) Rimborso spese adeguamento locali e/o autovettura

Se a seguito di infortunio l'assicurato riporta una Invalidità permanente **superiore al 50%**, la Società rimborsa le spese, documentate in relazione al suo stato di salute, sostenute dall'assicurato per i lavori di adeguamento della propria abitazione o per l'adeguamento della propria autovettura.

c) Sostegno psicologico

Se a seguito di infortunio rimane una invalidità permanente **superiore al 50%**, vengono rimborsate le spese documentate dalla relativa fattura sostenute per assistenza psicologica dovuta ai postumi dell'infortunio.

d) Collaborazioni

Se a seguito di infortunio l'assicurato riporta fratture **certificate radiologicamente**, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, la Società rimborsa le **spese documentate** per:

- Collaboratrice domestica: se l'assicurato non sia in grado di svolgere le faccende domestiche;
- Baby Sitter: se l'assicurato non è in grado di occuparsi autonomamente dei figli minori di anni 13;
- Recapito domiciliare della spesa: rimborso delle spese per la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità (farmaci);
- Pagamento utenze domestiche: rimborso delle spese per un collaboratore **esclusi i familiari**, che provvede al pagamento di utenze domestiche in scadenza.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art. 2.2.8 – NON AUTOSUFFICIENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se l'infortunio ha come conseguenza la **perdita permanente ed irreversibile** dell'autosufficienza, la Società provvede al pagamento della somma assicurata riportata sulla scheda di polizza.

Si considera non autosufficiente la persona che, a seguito di infortunio, ha difficoltà a svolgere in maniera permanente e definitiva le funzioni dell'attività quotidiana riportate nell'allegato 1 - Tabella di Barthel.

Il riconoscimento della non autosufficienza è stabilito dal medico fiduciario della Società se l'assicurato ha raggiunto **almeno 40 punti** in base ai criteri e le modalità riportati nell'allegato 1 - Tabella di Barthel.

Art. 2.2.9 – SOSPENSIONE ATTIVITÀ (acquistabile solo da lavoratori autonomi e/o liberi professionisti)

Se a seguito di infortunio **con esiti di invalidità permanente superiore al 3%**, l'assicurato non può svolgere l'attività professionale dichiarata in polizza e deve sospendere la propria attività per un periodo **superiore a 30 giorni accertati dal medico fiduciario della compagnia**, la Società pagherà un indennizzo a titolo di rimborso delle spese generali fisse sostenute nel suddetto periodo.

Per spese generali fisse si intendono le spese, effettivamente documentate, sostenute dall'assicurato per l'esercizio della professione dichiarata in polizza durante il periodo di inattività e **limitate alle utenze di elettricità, acqua, gas, e alle spese di riscaldamento relative ai locali dove viene esercitata l'attività professionale ed ai costi di locazione.**

L'indennizzo verrà corrisposto per le spese generali fisse sostenute nei 180 giorni successivi a quello dell'infortunio.

Art.2.2.10 – RADDOPPIO FRANCHIGIE INABILITÀ TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 2.2.3, le relative franchigie riportate nella tabella 2.4 si intendono raddoppiate.

Art. 2.2.11 – INDENNITÀ GIORNALIERA DA SCOTTATURE E TAGLI (acquistabile solo da artigiani, agricoltori e commercianti)

La Società liquida una indennità giornaliera per gli infortuni conseguenti a scottature, ferite da taglio e ferite lacero contuse agli arti **documentate da certificati sanitari rilasciati dal Pronto Soccorso o dal medico di base e dalla denuncia INAIL.**

Art. 2.2.12 - SUPERVALUTAZIONE PER ARTIGIANI (acquistabile solo da artigiani)

In caso di perdita anatomica delle tre dita indice, pollice, medio, l'indennizzo sarà pari alla percentuale prevista per la perdita della mano così come indicata all'art. 5.4 – Criteri di indennizzabilità.

L'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.2.13 - SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI (acquistabile solo per le professioni per cura e benessere della persona, medici e paramedici, radiologi, orafi e gioiellieri, musicisti e veterinari)

Le percentuali di valutazione previste per gli arti superiori e relativi segmenti si intendono così modificate a parziale deroga dell'art. 5.4 – Criteri di indennizzabilità:

				destro	sinistro
Per la perdita totale	arto superiore	100%	anziché	85%	75%
Per la perdita totale	avambraccio	100%	anziché	75%	65%
Per la perdita totale	mano	100%	anziché	70%	60%
Per la perdita totale	pollice	100%	anziché	28%	23%
Per la perdita totale	indice	100%	anziché	15%	13%
Per la perdita totale	medio	50%	anziché	12%	12%
Per la perdita totale	anulare	50%	anziché	8%	8%
Per la perdita totale	mignolo	50%	anziché	12%	12%

Per le menomazioni differenti dalla perdita anatomica o funzionale si fa riferimento alle tabelle previste all'art. 5.4 - Criteri di indennizzabilità, maggiorate del 20%.

L'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.2.14 - SUPERVALUTAZIONE PERDITA VOCE (acquistabile solo da attori, cantanti e coristi)

Nel caso di perdita completa della voce per causa meccanica o neurologica a seguito di infortunio, a parziale deroga dell'art. 5.4 – Criteri di indennizzabilità, l'invalidità permanente viene indennizzata al 100%.

L'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da infortunio.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art. 2.2.15 - ESTENSIONI SPORTIVE

Per i casi di morte, di invalidità permanente da infortunio e di indennità per ricovero da infortunio, purché richiamati in polizza e qualora sia stato pagato il relativo premio, si intendono compresi gli infortuni subiti dall'assicurato durante la pratica delle seguenti attività:

- alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, **purché l'assicurato sia accompagnato da guida alpina o da compagno esperto; restano comunque escluse le ascensioni invernali nonché quelle che non siano effettuate per vie già percorse;**
- arrampicata sportiva nelle sue varie forme **purché praticata in strutture naturali o artificiali appositamente attrezzate;**
- immersione sportiva con autorespiratore;
- speleologia non professionale.

L'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.2.16 - ESTENSIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE AL CONTAGIO VIRUS HIV ED EPATITE B E C DI ORIGINE TRAUMATICA (acquistabile solo da medici e paramedici)

L'assicurazione vale per i rischi derivanti da evento **fortuito e accidentale** che abbia causato contagio da virus HIV e EPATITE B e C avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale descritta in polizza.

L'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.2.17 - ESTENSIONE RADIAZIONI (acquistabile solo da radiologi)

L'assicurazione viene estesa all'uso di apparecchi a radiazioni ionizzanti e materiali radioattivi, necessari all'esercizio della professione.

L'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.2.18 – TABELLE ANIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente **verificatasi entro due anni** dal giorno dell'infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata **in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento alle percentuali indicate nella tabella ANIA e riportate nell'art. 5.4 – Criteri di indennizzabilità, all'interno della sezione "Cosa fare in caso di sinistro".**

L'indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata delle garanzie degli artt. 2.1.1 – Invalidità permanente da infortunio e 2.2.2 - Invalidità permanente da infortunio plus, se tale garanzia opzionale è stata acquistata.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

COSA NON È ASSICURATO

Art. 2.3 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

1. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore o imbarcazione, se l'assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
2. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, volo in mongolfiera, salvo quanto disposto dall'art. 2.1 punto 13) - Infortuni occorsi durante viaggi aerei;
3. da stato di etilismo cronico o da intossicazione acuta con valori di alcolemia superiori allo 1,00 g/L se l'assicurato si trova alla guida di veicoli e velocipedi in genere;
4. da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti e allucinogeni in genere, comprovati da accertamenti biomorali;
5. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
6. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
7. da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 2.1. punto 15) - Infortuni determinati da guerra e insurrezione;
8. da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X);
9. da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
10. dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
11. dalla pratica dei seguenti sport: alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, scalata su ghiaccio, arrampicata libera, arti marziali, bob, canyoning, downhill, football americano, freestyle non praticato in snowpark, hockey, immersione con autorespiratore, lotta nelle sue varie forme, motonautica, kitesurfing, paracadutismo, parkour, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, salto con elastico, sci acrobatico, sci estremo, slittino su pista - intendendo una piccola slitta per una o due persone sulla quale si viaggia in posizione supina con i piedi in avanti e su piste ghiacciate -, skeleton, snowboard estremo, snowkite, sollevamento pesi, speleologia, wakeboard, wingsuit e dalla pratica di sport estremi in genere (es. bungee jumping, torrentismo, idrospeed, free solo, scalata cascata di ghiaccio);
12. dalla pratica di sport che costituiscono per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
13. a militari e forze dell'ordine in occasione di qualsiasi missione al di fuori dei confini italiani;
14. da armi utilizzate dall'assicurato nell'esercizio dell'attività venatoria.

L'assicurazione non comprende i ricoveri:

1. per conseguenze di infortuni non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipula della polizza;
2. per infortuni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni;
3. in istituti, case e cliniche che non rientrano nella definizione di 'istituto di cura';

Non sono considerate infortuni le infezioni insorte o concausate da pandemia o epidemia.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del contraente che l'assicurato non è affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi correlate.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile. **La manifestazione in corso di contratto di assicurazione di una o più delle affezioni o malattie sopra elencate costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile e come previsto dall'art. 1.9 lettera c) – Facoltà di recesso.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

LIMITI DI COPERTURA

Art. 2.4 – Limiti, scoperti e franchigie

Art.	Titolo	Limite di indennizzo (euro)
2.1	Operatività dell'assicurazione	5.000.000 per tutti gli indennizzi conseguenti a eventi catastrofici

Art.	Titolo	Franchigia per ogni sinistro	Scoperto in % col minimo di euro, per ogni sinistro	Limite di indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.1, punto 13	Operatività dell'assicurazione			<p>Fermo quanto disposto dall'art.2.1, punto 13) riguardo agli infortuni occorsi durante i viaggi aerei, la somma delle somme assicurate dalla presente e da altre assicurazioni infortuni cumulative che includano la copertura descritta dall'art.2.1, punto 13, stipulate dal contraente, dall'assicurato o da altri in favore degli stessi assicurati, non potrà superare i limiti di:</p> <ul style="list-style-type: none">• per il caso morte: 1.033.000 euro per persona e 5.165.000 euro per aeromobile;• per il caso di Invalidità permanente totale: 1.033.000 euro per persona e 5.165.000 euro per aeromobile;• per il caso di Inabilità temporanea: 260 euro per persona e 5.170 euro per aeromobile. <p>Nei limiti sopra indicati rientrano le somme assicurate di altre polizze infortuni cumulative che includono la copertura descritta dall'art.2.1, punto 13, stipulate dallo stesso contraente anche a favore di assicurati diversi.</p> <p>Qualora le somme complessivamente assicurate eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare, sommate, i limiti suddetti, salvo il diritto del contraente al rimborso dei premi, al netto dell'imposta, nella stessa proporzione.</p> <p>Eventuali aumenti dei limiti sopra indicati devono essere preventivamente concordati con la Società.</p>

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art.	Titolo	Franchigia per ogni sinistro
2.1.1	Invalità permanente da infortunio	<p>Per invalidità permanente inferiore o uguale al 20% le franchigie si applicano in base all'opzione scelta:</p> <p>OPZIONE 3 - 5 - 10% 3% per la parte di somma assicurata fino a 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre 150.000 e fino a 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE 3 - 10% 3% per la parte di somma assicurata fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE 5 - 10% 5% per la parte di somma assicurata fino a € 500.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE 0 - 3 - 5 - 10% nessuna franchigia fino al 50% della somma assicurata con il massimo di € 100.000; 3% per la parte di somma assicurata eccedente e fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE A SCALARE Per il 1° e 2° anno: 3% per la parte di somma assicurata fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>Per il 3° e 4° anno in assenza di sinistri: 1,5% per la parte di somma assicurata fino a € 100.000; 3% per la parte di somma assicurata oltre € 100.000 fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>Dal 5° anno, in assenza di sinistri: 0% per la parte di somma assicurata fino a € 100.000; 3% per la parte di somma assicurata oltre € 100.000 e fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>Per invalidità permanente superiore al 20% non si applicano franchigie.</p>

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art.	Titolo	Franchigia per ogni sinistro	Scoperto in % col minimo di euro, per ogni sinistro	Limite di indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.1.2 lett. a)	Danno estetico			5.000
2.1.2 lett. b)	Rimborso spese per assistenza infermieristica e collaborazioni domestiche			2.500 per sinistro e anno assicurativo
2.1.2 lett. c)	Malattie tropicali	15%		200.000 per sinistro e anno assicurativo
2.1.3	Indennità giornaliera per ricovero da infortunio			massimo 300 giorni effettivi di ricovero per anno assicurativo; 50% dell'indennità giornaliera da ricovero nei casi di day hospital e day surgery
2.1.4 lett. a)	Rimborso spese trasporto			5.000 per sinistro e anno assicurativo
2.1.4 lett. b)	Indennizzo per recupero lezioni			500 per sinistro e anno assicurativo
2.1.4 lett. d)	Raddoppio della somma assicurata per minorenni alla guida			500.000
2.1.4 lett. e)	Rimborso spese mediche ospedaliere per chirurgia riparatrice da infortunio			5% della somma assicurata per Invalidità Permanente con il massimo di 2.000
2.1.4 lett. f)	Invalidità permanente per figli minori	Franchigie dell'art. 2.1.1 in base all'opzione scelta		50.000
2.1.4 lett. h)	Prevenzione			per esami mammografici, termografia ed ecografia collegate: 100 per anno assicurativo; per esami clinici e strumentali, diagnosi e cura patologia prostatica: 100 per anno assicurativo;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art.	Titolo	Franchigia per ogni sinistro	Scoperto in % col minimo di euro, per ogni sinistro	Limite di indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.1.5	Attività sportive	Franchigie dell'art. 2.1.1 in base all'opzione scelta		
2.1.6	Vigile del fuoco volontario	5%		
2.1.7	Poliziotti - carabinieri - guardia di finanza - guardia giurata	Franchigie dell'art. 2.1.1 in base all'opzione scelta con il minimo del 5%		
2.1.9	Ernie			<ul style="list-style-type: none">- 100% dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea e/o indennità giornaliera per ricovero da infortunio (se acquistata), per un massimo 40 giorni se l'ernia è operabile;- 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale con il massimo di 20.000 se l'ernia non è operabile
2.1.10	Lesioni tendinee			<ul style="list-style-type: none">- per assicurati di età fino a 40 anni: in base a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione- per assicurati di età compresa tra i 40 e i 55 anni: indennizzo forfettario comprensivo di tutte le garanzie pari al 5% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000 euro- per assicurati di età superiore a 55 anni: un indennizzo forfettario comprensivo di tutte le garanzie pari al 4% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000 euro
2.1.11	Rottura del tendine d'Achille			indennizzo comprensivo di tutte le garanzie pari al 4% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di euro 6.000 euro.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art.	Titolo	Franchigia per ogni sinistro	Scoperto in % col minimo di euro, per ogni sinistro	Limite di indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.2.2	Invalidità permanente da infortunio PLUS	<ul style="list-style-type: none"> - Per invalidità permanente inferiore o uguale al 25%: franchigia 10%; - Per invalidità permanente superiore al 25%: non si applicano franchigie 		<ul style="list-style-type: none"> - Somma assicurata in caso di invalidità permanente compresa tra il 10% e il 25%; - Raddoppio della somma assicurata in caso di invalidità permanente compresa tra il 25% e il 50%; - Quadruplico della somma assicurata in caso di invalidità permanente superiore al 50%.
2.2.3	Indennità giornaliera per inabilità temporanea	<ul style="list-style-type: none"> - 5 giorni per indennità giornaliera inferiore o uguale a 50 euro; - 7 giorni per indennità giornaliera compresa tra 51 e 75 euro; - 9 giorni per indennità giornaliera compresa tra 76 e 100,00 euro; - 14 giorni per indennità giornaliera superiore a 101 euro; - 10 giorni per lesioni muscolari determinate da sforzo, lesioni tendine sottocutanee, rottura del tendine d'Achille ed ernie traumatiche non concausate; 		<ul style="list-style-type: none"> - Numero di giorni effettivi di inabilità con il massimo di 300 giorni; - in caso di accertata invalidità permanente e necessità di intervento chirurgico entro 5 mesi dall'infortunio, ulteriore indennizzo in forma integrale fino ad un massimo di 20 giorni aggiuntivi; - Numero di giorni effettivi di inabilità con il massimo di 30 giorni per lesioni muscolari determinate da sforzi, lesioni tendine sottocutanee, rottura del tendine d'Achille ed ernie traumatiche non concausate.
2.2.4	Indennità giornaliera per immobilizzazione			<ul style="list-style-type: none"> - Numero di giorni effettivi di immobilizzazione con il massimo di 120 giorni; - Indennizzo al 100% per primi 100 giorni ed al 50% dal 101° giorno; <p>per fratture trattate con mezzi di osteosintesi: 1% della somma assicurata per invalidità permanente con il massimo di 2.500 per sinistro e anno assicurativo.</p>
2.2.5	Rimborso spese mediche da infortunio		10% con il minimo di 150	<ul style="list-style-type: none"> - per trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapica: 5.000 per sinistro e anno se il massimale assicurato è pari o inferiore a 20.000; 7.500 per sinistro e anno se il massimale assicurato è superiore a 20.000; - per acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle: 1.000 per sinistro e anno; - per spese dentarie di natura post traumatica: 2.500 per sinistro e anno.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Infortuni

Art.	Titolo	Franchigia per ogni sinistro	Scoperto in % col minimo di euro, per ogni sinistro	Limite di indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.2.6. lett. a)	Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio – Opzione base			<ul style="list-style-type: none">- 50% dell'indennità indicata in polizza per il ricovero, per una durata non superiore al ricovero con il massimo di 180 giorni periodo assicurativo annuo.- 10 giorni per day hospital/day surgery per evento e annualità assicurativa
2.2.6 lett. b)	Indennità giornaliera per convalescenza da infortunio – Opzione completa			<ul style="list-style-type: none">- 100% dell'indennità indicata in polizza per il ricovero, con il massimo di 90 giorni periodo assicurativo annuo.- 10 giorni per day hospital/day surgery o per assicurati fino a 18 anni
2.2.7 lett. a)	Rimborso spese infermieristiche	per invalidità permanente superiore al 20%	20% con il minimo di 100	<ul style="list-style-type: none">- per 6 mesi dall'infortunio fino al limite di 1.500 per evento e anno assicurativo
2.2.7 lett. b)	Rimborso spese adeguamento locali e/o autovettura	per invalidità permanente superiore al 50%		5.000
2.2.7 lett. c)	Sostegno psicologico	per invalidità permanente superiore al 50%	20% con il minimo di 100	1.500 per evento e anno assicurativo
2.2.7 lett. d)	Collaborazioni			500 per sinistro e anno assicurativo
2.2.9	Sospensione attività	Invalidità permanente superiore al 3% e durata della sospensione superiore a 30 giorni		10.000
2.2.11	Indennità da scottature e tagli			50 euro al giorno per un massimo di 15 giorni
2.2.15	Estensioni sportive	5%		
2.2.16	Estensione della invalidità permanente al contagio virus HIV ed epatite b e c di origine traumatica			15% della somma assicurata per invalidità permanente

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Malattia

SEZIONE MALATTIA

Il contraente può scegliere se acquistare o meno la presente sezione.

COSA È ASSICURATO

GARANZIA BASE

Se richiamato nella scheda di polizza è assicurato il seguente rischio per le somme assicurate indicate sulla scheda stessa, e con le limitazioni previste nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 3.4).

Art. 3.1.1 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, per il caso di invalidità permanente conseguente a **malattia che si è manifestata dopo la data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione**, liquida un'indennità calcolata sul grado di invalidità permanente e sulla somma assicurata.

GARANZIE OPZIONALI

Se richiamate nella scheda di polizza e pagato il relativo premio, le seguenti garanzie opzionali sono prestate con le limitazioni riportate nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 3.4).

Art. 3.2.1 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA MALATTIA E PARTO

In caso di ricovero dell'assicurato in istituto di cura per malattia o parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per i giorni di degenza.

In caso di ricovero dell'assicurato in istituto di cura per parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di ricovero con il **massimo di sette giorni**.

L'indennità giornaliera per ricovero da malattia è:

- a) **dimezzata in caso di ricovero in day hospital e day surgery;**
- b) raddoppiata in caso di ricovero in reparto di rianimazione o in una unità di cura intensiva, per il periodo di permanenza in questi reparti;
- c) raddoppiata in caso di ricovero a seguito del medesimo evento dell'assicurato e di altro parente convivente, anche non assicurato, compreso il convivente di fatto;
- d) raddoppiata in caso di ricovero a seguito di:

Infarto del miocardio (attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- ripetuti dolori al torace;
- cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto
- aumento degli enzimi cardiaci.

Coronaropatia (che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche)

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) come l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla ricostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

Ictus cerebrale (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari con ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

Cancro

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Malattia

Plegia

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (superiori o inferiori). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

e) ricovero per trapianto di organi, se l'assicurato è ricevente o donatore.

f) ricovero dell'assicurato, **purché minorenne**, che necessiti di assistenza continuativa, certificata da **idonea documentazione rilasciata dall'istituto di cura**.

I raddoppi di indennità sopra previsti **non si cumulano tra di loro**, ma l'assicurato ha diritto di ottenere quello a lui più favorevole.

Art. 3.2.2 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER CONVALESCENZA DA MALATTIA

In caso di degenza domiciliare dell'assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'istituto di cura nel quale l'assicurato **è stato ricoverato per intervento chirurgico** a seguito di malattia, o nel caso in cui il ricovero abbia avuto una durata **superiore a 3 giorni consecutivi**, la Società corrisponde una indennità giornaliera di importo variabile a seconda dell'opzione scelta e riportata nella scheda di polizza:

a) Opzione Base

La Società corrisponde un'indennità giornaliera **pari al 50% di quella prevista per il ricovero, escluse le maggiorazioni** eventuali di cui all'art. 3.2.1. Questa indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza, **per una durata non superiore a quella del ricovero ed entro il limite di 180 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo**.

In caso di ricoveri in regime di day hospital/day surgery, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

b) Opzione Completa

La Società corrisponde per ciascun giorno di convalescenza una indennità **pari al 100% di quella indicata in polizza per il ricovero, escluse le maggiorazioni** eventuali di cui all'art.3.2.1. Questa indennità viene corrisposta per ogni giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione, entro il limite di **90 giorni per evento e annualità assicurativa; in caso di ricoveri in regime di day hospital/day surgery o per assicurati di età inferiore a 18 anni**, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

Per entrambe le opzioni **la convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, fornita in originale**. L'indennità di convalescenza **non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto**.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Malattia

COSA NON È ASSICURATO

Art. 3.3 – ESCLUSIONI

Sono escluse dall'assicurazione:

1. le malattie e gli stati patologici preesistenti alla stipula del contratto e conosciuti dall'assicurato a seguito di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, ma non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipula della polizza;
1. le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto e conosciuti dall'assicurato non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipula della polizza;
2. i trattamenti delle malattie mentali, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi psichiatrici in genere, forme maniaco depressive;
3. le prestazioni a finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi), dietologiche, fitoterapiche e del benessere psicofisico della persona in senso lato;
4. stati patologici correlati alla infezione da HIV, sindromi correlate al Morbo di *Creutz-Feldt-Jacob*;
5. le protesi dentarie, cure dentarie e paradontali non rese necessarie da infortunio, cure implantologiche, cure ortodontiche;
6. l'aborto non terapeutico;
7. le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
8. le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124;
9. le malattie causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
10. i ricoveri in istituti, case e cliniche che non rientrano nella definizione di istituto di cura.

Relativamente alla garanzia invalidità permanente da malattia, il presente contratto non coprirà alcun danno direttamente o indirettamente derivante da o connesso a pandemia/epidemia; questa esclusione sarà operante dal momento in cui tale dichiarazione verrà resa ufficiale.

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del contraente che l'assicurato non è affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi correlate.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile. **La manifestazione in corso di contratto di assicurazione di una o più delle affezioni o malattie sopra elencate costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile e come previsto dall'art. 1.9 lettera c) – Facoltà di recesso.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Malattia

LIMITI DI COPERTURA

Art. 3.4 – LIMITI, SCOPERTI E FRANCHIGIE

Art.	Titolo	Franchigia per ogni sinistro	Scoperto in % col minimo di euro, per ogni sinistro	Limite di indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
3.1.1	Invalità permanente da malattia	Opzione 25% Opzione 50%		
3.2.1	Indennità giornaliera per ricovero da malattia e parto			<ul style="list-style-type: none">- numero di giorni effettivi di ricovero col massimo di 300 giorni per periodo assicurativo annuo;- massimo di 7 giorni in caso di parto- 50% dell'indennità giornaliera per ricovero nei casi di day hospital e day surgery.
3.2.2 lett. a)	Indennità giornaliera per convalescenza da malattia – Opzione base			<ul style="list-style-type: none">- 50% dell'indennità indicata in polizza per il ricovero, per una durata non superiore al ricovero con il massimo di 180 giorni periodo assicurativo annuo.- 10 giorni per day hospital/day surgery per evento e annualità assicurativa
3.2.2 lett. b)	Indennità giornaliera per convalescenza da malattia – Opzione completa			<ul style="list-style-type: none">- 100% dell'indennità indicata in polizza per il ricovero, con il massimo di 90 giorni periodo assicurativo annuo.- 10 giorni per day hospital/day surgery o per assicurati fino a 18 anni

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Assistenza

SEZIONE ASSISTENZA

COSA È ASSICURATO

La Società tramite la Struttura Organizzativa dedicata si impegna ad erogare le prestazioni indicate nei capitoli seguenti fino al massimale, per ciascuna prestazione, riportato nelle tabelle "Limiti" (artt. 4.6.1, 4.6.2 e 4.6.3).

Art. 4.1 ASSISTENZA MEDICA IN ITALIA

Art. 4.1.1 CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora l'assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex-118) per le urgenze.

Art. 4.1.2 CONSULENZA ORTOPEDICA TELEFONICA

Qualora, a seguito di infortunio, l'assicurato non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia e necessiti di consigli medici specialistici, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere una consulenza specialista ortopedica telefonica. Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'assicurato verrà richiamato entro le successive 8 ore lavorative, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Si precisa che la consulenza medica specialistica, non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'assicurato. La stessa non sostituisce una visita medica specialistica.

Art. 4.1.3 INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA

Qualora a seguito di infortunio, l'assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

Art. 4.1.4 TRASFERIMENTO SANITARIO PROGRAMMATO IN ITALIA

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di un trasferimento sanitario programmato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare:

- il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso
- il suo trasferimento alla residenza a seguito di dimissione ospedaliera.

La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza, tenendo a carico il costo fino ad un massimale di 200 km per Sinistro. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

Art. 4.1.5 INFORMAZIONI SANITARIE E FARMACEUTICHE (Attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

L'assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'assicurato;
- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Assistenza

- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

Art. 4.2 ASSISTENZA MEDICA IN VIAGGIO

Art. 4.2.1 RIENTRO SANITARIO

Qualora l'assicurato in viaggio all'Estero subisca un infortunio e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:

- aereo sanitario;
- aereo di linea (anche barellato);
- ambulanza;
- treno 1° classe/vagone letto.

Il trasferimento dell'assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino del Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico. Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa. Non danno luogo al trasferimento: gli infortuni che non impediscano all'assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

Art. 4.2.2 MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e su richiesta dell'assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'assicurato rilasciato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati) ed alla relativa normativa interna di adeguamento.

Art. 4.2.3 TRASPORTO DELLA SALMA

La Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'assicurato deceduto in viaggio all'Estero a seguito di infortunio fino al luogo di sepoltura in Italia, in base alla residenza del deceduto, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficiente per il trasporto ed al trasporto stesso fino ad un importo massimo di € 5.000,00 (IVA Inclusa). Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.

Art. 4.2.4 INVIO DI UN INTERPRETE ALL'ESTERO IN CASO DI RICOVERO

Qualora l'assicurato in viaggio, in caso di ricovero in ospedale per infortunio, sia in difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare un interprete.

La Società terrà a proprio carico le spese per un massimo di 8 ore lavorative per sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.2.5 VIAGGIO DI UN FAMILIARE

In caso di ricovero ospedaliero dell'assicurato a seguito di Infortunio e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

Art. 4.3 ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA

Art. 4.3.1 ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST-RICOVERO A DOMICILIO

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere proprio medico, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un massimo di € 500,00 IVA compresa per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'assicurato dovrà comunicare alla Struttura

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Assistenza

Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. 4.3.2 ASSISTENZA FISIOTERAPICA POST-RICOVERO A DOMICILIO

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, necessiti di assistenza fisioterapica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapica specializzata per un massimale di € 500,00 IVA compresa per sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La prestazione viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì. La presente prestazione è valida per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.3 ASSISTENZA FAMILIARE CON OPERATORE SOCIO SANITARIO A DOMICILIO

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, risulti non autosufficiente, e necessiti di assistenza di un Operatore Socio Sanitario presso l'Istituto di Cura presso il quale è ricoverato o post-ricovero a domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la condizione di non-autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un operatore socio-sanitario tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di € 500,00 per un massimo di 20 giorni continuativi per sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

L'assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. 4.3.4 INVIO BABY SITTER

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario per un massimale di € 300,00 IVA compresa complessivi per sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di cura.

Art. 4.3.5 ACCOMPAGNAMENTO SCUOLA MINORI

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimo di € 200,00 complessivi per sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di cura.

Art. 4.3.6 COLLABORATRICE FAMILIARE

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio, che abbia dato luogo a ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di € 300,00 IVA compresa per un massimo di 20 giorni continuativi per sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. 4.3.7 CUSTODIA ANIMALI

Qualora l'assicurato, a seguito di ricovero in Istituto di Cura a causa di infortunio di durata superiore a cinque giorni e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimo di € 300,00 IVA compresa, complessivi per sinistro e per annualità assicurativa. Per l'attivazione della garanzia, l'assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Assistenza

Art. 4.3.8 CONSEGNA FARMACI PRESSO L'ABITAZIONE

Qualora l'assicurato, a seguito di infortunio immobilizzante, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci. Restano a carico dell'assicurato i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.9 SERVIZIO SPESA A CASA

Qualora l'assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, certificato dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 4 volte per sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.10 CONSEGNA REFERTI

Qualora l'assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, certificato dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio del cliente, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore per un massimo di 4 volte per sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.11 ADEGUAMENTO ABITAZIONE A SEGUITO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Qualora l'assicurato subisca un infortunio che comporti un'invalidità permanente pari o superiore al 66%, la Struttura Organizzativa provvederà a far effettuare da un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione, I costi delle relative parcelle rimarranno a carico della Compagnia fino alla concorrenza di € 1.000,00 IVA compresa.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 4.4 ESCLUSIONI

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

- a. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c. dolo dell'assicurato;
- d. suicidio o tentato suicidio;
- e. infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- f. infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- g. infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- h. le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

COME SI ASSICURA

Art. 4.5 COME SI ASSICURA

1. Qualora l'assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Assistenza

- La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.**
- Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Codice civile.**
- Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.**
- L'assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.**
- La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.**

LIMITI DI COPERTURA

Art. 4.6.1 - GARANZIE ASSISTENZA MEDICA IN ITALIA – LIMITI MASSIMALI DI PRESTAZIONE

	Titolo	Erogabilità	Massimale
4.1.1	Consulenza medica telefonica		Chiamate illimitate
4.1.2	Consulenza ortopedica telefonica	3 volte per anno assicurativo. Consulto entro 8 ore dalla segnalazione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì	Chiamate illimitate
4.1.3	Invio medico in Italia	3 volte per anno assicurativo nei giorni festivi e nei feriali dalle 20.00 alle 08.00	Costo illimitato
4.1.4	Trasferimento sanitario programmato in Italia	3 volte per anno assicurativo	200 km per sinistro
4.1.5	Informazioni sanitarie farmaceutiche	dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali	Chiamate illimitate

Art. 4.6.2 - GARANZIE ASSISTENZA MEDICA IN VIAGGIO – LIMITI MASSIMALI DI PRESTAZIONE

	Titolo	Erogabilità	Massimale
4.2.1	Rientro sanitario		Costo illimitato
4.2.2	Monitoraggio del ricovero ospedaliero		
4.2.3	Trasporto della salma		5.000 euro
4.2.4	Invio di un interprete all'estero in caso di ricovero	8 ore lavorative a sinistro, 3 volte per anno assicurativo	
4.2.5	Viaggio di un familiare	Biglietto aereo per viaggio superiore alle 6 ore; treno per gli altri casi	Costo illimitato. Vitto e alloggio carico assicurato

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Assistenza

Art. 4.6.3 - GARANZIE ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA – LIMITI MASSIMALI DI PRESTAZIONE

	Titolo	Erogabilità	Massimale
4.3.1	Assistenza infermieristica post-ricovero a domicilio	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore	500 euro IVA inclusa per sinistro nelle prime 4 settimane di convalescenza
4.3.2	Assistenza fisioterapica post-ricovero a domicilio	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore, dalle ore 8.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì	500 euro IVA inclusa per sinistro nelle prime 4 settimane di convalescenza
4.3.3	Assistenza Familiare con Operatore Socio Sanitario a Domicilio	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore	500 euro IVA inclusa per un massimo di 20 giorni continuativi per sinistro
4.3.4	Invio baby sitter	3 volte per anno assicurativo per minori di anni 12 con preavviso di 48 ore	300 euro IVA inclusa per sinistro
4.3.5	Accompagnamento scuola minori	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore	200 euro IVA inclusa per sinistro
4.3.6	Collaboratrice familiare	3 volte per anno assicurativo nelle prime due settimane di convalescenza con preavviso di 48 ore	300 euro IVA inclusa per un massimo di 20 giorni continuativi per sinistro
4.3.7	Custodia animali	Con preavviso di 48 ore	300 euro IVA inclusa per sinistro e per annualità assicurativa
4.3.8	Consegna farmaci presso l'abitazione	3 volte per anno assicurativo	Costo consegna illimitato. Costi farmaco a carico dell'assicurato.
4.3.9	Servizio spesa a casa	4 volte per sinistro, 3 volte per anno assicurativo	Massimo 2 buste per richiesta, una volta a settimana. Costo spesa a carico dell'assicurato
4.3.10	Consegna referti	4 volte per sinistro, 3 volte per anno assicurativo, con preavviso di 48 ore	
4.3.11	Adeguamento abitazione a seguito IP	1 volta per anno assicurativo con IP pari o > al 66%	1.000 euro IVA inclusa

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Cosa fare in caso di sinistro

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1– DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di sinistro l'assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società **entro dieci giorni da quando ne hanno avuto la possibilità**, come previsto dall' art. 1913 del Codice civile.

La denuncia del sinistro deve contenere:

- **la descrizione dell'infornio**, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, **oppure della malattia**, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente;
- **il certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'assicurato, oppure **la certificazione medica** sulla natura dell'infermità.

Il decorso delle lesioni o della malattia deve essere documentato da **ulteriori certificati medici, fino all'eventuale certificato di guarigione** o documentazione equivalente che dimostra la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Si specifica che le spese relative ai **certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono **a carico dell'assicurato**.

L'assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L'assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti incaricati dalla stessa per la gestione della posizione oggetto di esame, i medici che lo hanno visitato e curato.

In caso di morte dell'assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:

- **documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica in caso di ricovero, e ogni altra documentazione necessaria;
- **certificato di morte**;
- **certificato di stato di famiglia** dell'assicurato;
- **atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **in presenza di minorenni o soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare** che autorizza la liquidazione ed esonera la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro e la corretta identificazione degli aventi diritto.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, come previsto dall'art. 1915 del Codice civile.

Art. 5.2 – ACCERTAMENTO, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

In caso di infornio, la percentuale di invalidità verrà accertata alla stabilizzazione dei postumi di natura permanente e comunque **entro 12 mesi dalla data di denuncia dell'infornio**.

In caso di malattia, la percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un periodo compreso **tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia**.

La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata all'art. 5.1 – Denuncia del sinistro e obblighi dell'assicurato, si impegna a fornire, **entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali**, l'esito della valutazione del sinistro all'assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa; riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, si impegna a provvedere al pagamento dell'importo offerto **entro 30 giorni dall'accertazione** dello stesso. L'indennizzo sarà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa.

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere strettamente personale, tuttavia, **nel caso in cui l'assicurato muoia prima che tale indennizzo sia stato pagato**, la Società liquida agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo già concordato, o in mancanza;
- l'importo offerto, o in mancanza;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Cosa fare in caso di sinistro

- l'importo proposto, se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti in polizza, a condizione che **gli eredi o aventi causa dimostrino la stabilizzazione dei postumi invalidanti** mediante produzione del certificato di guarigione o di idonea documentazione che attesti tale stabilizzazione.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro e su formale richiesta della Società, **gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno.

Art. 5.3 – DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO – PERIZIA CONTRATTUALE

Le eventuali controversie di origine medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dagli artt. 5.4 e 5.9 - Criteri di indennizzabilità - possono essere demandate, per iscritto, a richiesta di una delle Parti e purché l'altra vi consenta, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell'Ordine dei Medici, nel cui territorio di competenza risiede l'assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. 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. Il Collegio medico può rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

IN CASO DI SINISTRO INFORTUNIO

Art. 5.4 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su queste condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili.

Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per invalidità permanente, la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata, in base alle percentuali indicate nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 - Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, conosciute anche come 'Tabelle INAIL' - delle quali si riporta un parziale estratto:

Perdita totale	Destro	Sinistro
Di un arto superiore	85%	75%
Di un avambraccio	75%	65%
Di una mano	70%	60%
Di un arto inferiore all'altezza o sopra il ginocchio	50%	50%
Di un piede	50%	50%
Del pollice	28%	23%

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Cosa fare in caso di sinistro

Dell'indice	15%	13%
Del mignolo	12%	
Del medio	12%	
Dell'anulare	8%	
Dell'alluce	7%	
Di ogni altro dito del piede	3%	
Della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Della facoltà visiva di un occhio	35%	
Della capacità uditiva di ambedue gli orecchi	60%	
Della capacità uditiva di un orecchio	15%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo le percentuali di invalidità previste per il lato destro valgono per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali della tabella sopra riportata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti, l'indennità viene stabilita sommando le percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita, con riferimento alle percentuali previste dalle 'Tabelle INAIL', tenendo conto di quanto è diminuita la capacità generica dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge e la liquidazione consiste nel pagamento di un capitale.

Tabella ANIA (in alternativa alla tabella INAIL):

Perdita, anatomica o funzionale, di:	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
la falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
anchilosi della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
anchilosi del polso con estensione rettilinea (con pronosupinazione libera)	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Cosa fare in caso di sinistro

Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:	
- al di sopra della metà della coscia	70%
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
- un piede	40%
- ambedue i piedi	100%
- un alluce	5%
- un altro dito del piede	1%
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%
- anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
- anchilosi del ginocchio in estensione	25%
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%
- anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%
- paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
- una vertebra cervicale	12%
- una vertebra dorsale	5%
- 12 ^a dorsale	10%
- una vertebra lombare	10%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità, le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base delle percentuali previste dalla tabella ANIA si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, le percentuali sopra indicate **sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;**
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo la percentuale corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Cosa fare in caso di sinistro

- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base delle percentuali elencate nella tabella ANIA e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento alle percentuali e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base delle percentuali indicate nella tabella ANIA e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 5.5 – ATTIVITÀ DIVERSA DA QUELLA DICHIARATA

Se nel corso di contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata ed il contraente/assicurato non lo comunica alla Società, in caso di infortunio che avvenga durante lo svolgimento della diversa attività, l'indennizzo sarà corrisposto:

1. integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
2. **in misura ridotta in base a quanto indicato nella tabella delle percentuali di indennizzo sotto riportata, se la diversa attività aggrava di rischio:**

Classe dell'attività professionale svolta al momento del sinistro (Allegato 2)	Classe dell'attività professionale indicata nella scheda di polizza			
	A	B	C	D
A	100%	100%	100%	100%
B	80%	100%	100%	100%
C	65%	80%	100%	100%
D	25%	65%	80%	100%

Art. 5.6 – ANTICIPO SULL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di invalidità permanente da infortunio come prevista all'art. 2.1.1 - Invalidità permanente da infortunio, su richiesta dell'assicurato, corrisponde un anticipo sull'indennizzo nel caso di infortunio i cui postumi invalidanti siano stimati dalla Società in **misura presumibilmente superiore al 25%**.

L'anticipo corrisposto è pari al **50% della presunta invalidità** e sarà versato non prima che siano trascorsi tre mesi dall'infortunio.

Art. 5.7 – LIQUIDAZIONE RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo aver presentato gli originali delle relative fatture, distinte o ricevute debitamente quietanzate.

Art. 5.8 ESTENSIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE AL CONTAGIO VIRUS HIV ED EPATITE B E C DI ORIGINE TRAUMATICA - MODALITÀ DI ACCERTAMENTO DEL CONTAGIO HIV - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Entro tre giorni dal verificarsi dall'evento accidentale l'assicurato deve fare la denuncia; la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'assicurato stava prestando la sua opera nel momento del presunto contagio.

Entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'assicurato deve sottoporsi a test HIV presso un centro specializzato indicatogli dalla Società:

1. se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio è dovuto a causa diversa dal fatto denunciato ed è avvenuto prima;
2. se il test dà risultato negativo, **entro 180 giorni dall'evento l'assicurato deve sottoporsi** ad un secondo test HIV: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'assicurato ha diritto ad un **indennizzo pari al 15% della somma assicurata per invalidità permanente.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Cosa fare in caso di sinistro

IN CASO DI SINISTRO MALATTIA

Art. 5.9 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Se la malattia colpisce un soggetto già affetto da altre patologie, fermo quanto disposto dall'art. 3.1.1 – Invalidità permanente da malattia, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti (vedere definizione Malattie coesistenti).

Nel corso dell'assicurazione le invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie (vedere definizione – Malattie concorrenti -). Nel caso quindi la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 5.10 – TERMINI DI ASPETTATIVA - CARENZE

La garanzia decorre dalle ore 24:

1. **del 90° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'assicurato, insorti prima della stipula della polizza;
2. **del 300° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose fermo quanto previsto dall'art. 3.3, punto 1)
3. **del 300° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
4. **del 30° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie;
5. **del 90° giorno** successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le invalidità permanenti da malattia.

In caso di ricovero che si è verificato durante la carenza **non verrà corrisposto alcun indennizzo**, anche nel caso di ricovero protrattosi oltre il periodo di carenza.

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

- **dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;**
- **dal giorno in cui ha effetto la nuova polizza, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.**

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Sezione Cosa fare in caso di sinistro

Art.5.11 – LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i **6 e i 18 mesi** dalla data di denuncia della malattia utilizzando come parametri di valutazione le tabelle contenute nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 - Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali conosciute anche come "Tabelle INAIL". Nei casi di invalidità permanente non specificati in queste tabelle, la percentuale di invalidità è accertata utilizzando gli stessi parametri e criteri di valutazione e tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'assicurato. La Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente:

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

accertata	da liquidare	accertata	da liquidare
26	2	46	42
27	4	47	44
28	6	48	46
29	8	49	48
30	10	50	50
31	12	51	52
32	14	52	54
33	16	53	56
34	18	54	58
35	20	55	60
36	22	56	62
37	24	57	64
38	26	58	66
39	28	59	68
40	30	60	70
41	32	61	75
42	34	62	80
43	36	63	85
44	38	64	90
45	40	65	95
		≥66	100

IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA ASSISTENZA

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde: **800.55.55.77**

Per chiamate dall'estero comporre il seguente numero telefonico: **+39.0461.89.64.53**

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- Il tipo di assistenza di cui necessita

- Nome e Cognome

- Numero di polizza preceduto dalla sigla **ITIN**

- Indirizzo del luogo in cui si trova

- Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei relativi giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 1 Tabella di Barthel

ALLEGATO 1 – TABELLA DI BARTHEL

Attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza

Farsi il bagno

1°grado	l'assicurato è in grado di farsi la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2°grado	l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla doccia	Punteggio 5
3°grado	l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla doccia e durante l'attività stessa del farsi la doccia	Punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1°grado	l'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2°grado	l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	Punteggio 5
3°grado	l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10

Igiene del corpo

1°grado	l'assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3); (1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	Punteggio 0
2°grado	l'assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 5
3°grado	l'assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 10

Mobilità

1°grado	L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi	Punteggio 0
2°grado	L'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3°grado	L'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10

Continenza

1°grado	l'assicurato è completamente continente	Punteggio 0
2°grado	l'assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	Punteggio 5
3°grado	l'assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia	Punteggio 10

Bere e mangiare

1°grado	l'assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	Punteggio 0
2°grado	l'assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none">• sminuzzare/tagliare il cibo• sbucciare la frutta• aprire un contenitore/una scatola• versare bevande nel bicchiere	Punteggio 5
3°grado	l'assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

ALLEGATO 2 – CLASSIFICAZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

ACCORDATORE DI STRUMENTI MUSICALI	B
ACROBATA	RD
ADDETTO ALLE GIOSTRE - LUNA PARK	C
ADDETTO ALLA LAVORAZIONE DI PAGLIA, VIMINI E CANAPA	C
ADDETTO ALLA LAVORAZIONE IN FRANTOIO E/O OLEIFICIO	C
ADDETTO ALLA PULIZIA	B
ADDETTO NELLE LAVANDERIE/TINTORIE	B
AGENTE di cambio, borsa, assicurazione, viaggi, di informazione	A
AGENTE di commercio, pubblicità, in ufficio ed esterni senza carico e scarico	A
AGENTE di commercio con consegna di merce pesante	C
AGENTE di spettacolo	A
AGENTE IMMOBILIARE	A
AGRICOLTORE con lavoro manuale e uso di macchine azionate a motore	D
AGRICOLTORE con lavoro manuale senza uso di macchine azionate a motore	C
AGRICOLTORE (contadino): sola direzione e sorveglianza senza lavoro manuale	B
AGRONOMO	B
AGROTECNICO	B
ALBERGATORE con lavoro manuale	B
ALBERGATORE senza lavoro manuale	A
ALLENATORE SPORTIVO	B
ALLEVATORE di bovini, equini, ovini e caprini, suini	D
ALLEVATORE di animali da cortile, volatili, cani, piccoli animali da pelliccia	B
AMMINISTRATORE	A
AMMINISTRATORE DELEGATO	A
AMMINISTRATORE DI CONDOMINI	A
AMMINISTRATORE DI SOCIETÀ	A
ANALISTA chimico	B
ANALISTA di centri elettronici	A
ANTENNISTA (installatore di antenne radio TV)	D
ANTIQUARIO (solo vendita)	A
ANTIQUARIO (con restauro)	B
ANTROPOLOGO	A
APICOLTORE	C
APPALTATORE	A
ARBITRO SPORTIVO	B
ARCHEOLOGO in laboratorio	A
ARCHITETTO che accede ai cantieri anche su impalcature	B
ARCHITETTO progettista	A
ARCHIVISTA	A
ARMAIOLO che attendono alla riparazione di armi	D
ARMAIOLO solo addetti alla compravendita	A
ARMATORE DI NAVI	A
ARREDATORE	A
ARROTINO	C
ARTIFICIERE	RD
ARTIGIANO con uso di macchine	D
ARTIGIANO senza uso di macchine	C
ARTISTI	RD
ASCENSORISTA	D
ASSEMBLATORE DI MOBILI	C

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

ASSISTENTE SOCIALE	A
ASTROLOGO	A
ASTRONOMO	A
ATTORE/ATTRICE escluso cascatori e controfigure	RD
AUTISTA con trasporto esplosivi	D
AUTISTA di autoambulanze	B
AUTISTI di autocarri di oltre 35 q.li p.p.c.	C
AUTISTI di autovetture in servizio privato e pubblico da noleggio e da rimessa, autotassametri	B
AUTISTI di motocarri, autocarri fino a 35 q.li p.p.c.,	B
AUTISTI di autobus, pullman e simili	C
AUTISTI di macchine operatrici, semoventi, autoarticolati, trattori e macchine agricole	D
AVVOCATO	A
BABY SITTER	A
BADANTE	A
BAGNINO	B
BALLERINO	RD
BANCHIERE	A
BANDITORE D'ASTE	A
BARBIERE - PARRUCCHIERE	B
BARCAIOLO	D
BARISTA	B
BECCHINO	B
BENESTANTE senza particolari occupazioni	A
BENZINAIO addetti al lavaggio	B
BENZINAIO addetti alle colonnine di distribuzione	B
BENZINAIO meccanici, aggiustatori, elettrauto	D
BIBLIOTECARIO	A
BIDELLO	B
BIGLIETTAIO e cassiere/a di cinema e teatro	A
BIOLOGO non a contatto con sostanze nocive	A
BIOLOGO a contatto con sostanze nocive	RD
BOSCAIOLO	D
BOTANICO	B
BUTTAFUORI	C
CABARETTISTA	B
CALCIATORI di serie A-B-Lega Pro	RD
CALDAISTA riparatore-installatore	D
CALDAISTA solo conduttore	C
CALLISTA - PEDICURE	A
CALZOLAIO	C
CAMERIERE	B
CANTANTE	B
CANTINIERE addetto alla vinificazione	C
CANTINIERE solo vendita, gestione	A
CAPOSTAZIONE	B
CAPOTRENO	B
CARABINIERE esclusivamente in ufficio	A
CARABINIERE in servizio esterno (Pattuglia)	C
CARPENTIERE	D
CARROZZIERE	D
CASALINGA	B
CASARO	C
CASELLANTE	A
CASSIERE	A

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

CAVAIOLO con uso di esplosivi	RD
CAVAIOLO senza uso di esplosivi	C
CENTRALINISTA	A
CERAMISTA	B
CERTIFICATORE DI BILANCIO	A
CESELLATORE	B
CHIMICO senza uso di sostanze esplosive/nocive	B
CHIMICO con uso di sostanze esplosive/nocive	D
CICLISTA corridore professionista	RD
COLLABORATORE/TRICE FAMILIARE	A
COLLAUDATORE	RD
COMMERCIALISTA e CONSULENTE DEL LAVORO	A
COMMERCIANTE - AMBULANTE con guida di veicoli fino a 35 q.li p.p.c.	B
COMMERCIANTE - AMBULANTE con guida di veicoli oltre 35 q.li p.p.c.	C
COMMERCIANTE di prodotti boschivi con taglio o misurazione del legname	D
COMMERCIANTE di macchine industriali con uso delle stesse a scopo dimostrativo e di collaudo	D
COMMERCIANTE di macchine agricole con uso delle stesse a scopo dimostrativo e di collaudo	D
COMMERCIANTE di bestiame in genere	D
COMMERCIANTE con uso di macchine da taglio e carico e scarico di merce non pesante	B
COMMERCIANTE amministrativo e/o servizio clienti	A
COMMESSO DI NEGOZIO con uso di macchine da taglio e carico e scarico di merce non pesante	B
COMMESSO DI NEGOZIO addetto servizio clienti	A
COMMISSARIO DI MARINA	RD
COMMISSARIO DI POLIZIA	RD
CONCESSIONARIO di auto, moto natanti e veicoli in genere	A
CONCIAPELLE	D
CONSULENTE AGRICOLO E\O FORESTALE	C
CONSULENTE AMMINISTRATIVO	A
CONSULENTE ASSICURATIVO	A
CONSULENTE AZIENDALE	A
CONSULENTE COMMERCIALE	A
CONSULENTE DEL LAVORO	A
CONSULENTE FINANZIARIO	A
CONSULENTE FISCALE	A
CONSULENTE INDUSTRIALE	A
CONSULENTE INFORMatico	A
CONSULENTE TRIBUTARIO	A
CONTROLLORE di tram e treni	B
CONTROLLORE DI VOLO	RD
COREOGRAFO\A	B
CORNICIAIO	C
CRONISTA	B
CUOCO	B
CUSTODE DI FABBRICATI non armato	B
CUSTODE DI FABBRICATI armato	C
DECORATORE anche all'esterno di fabbricati e su impalcature o ponti	D
DECORATORE solo in laboratorio	B
DEMOLITORE di autoveicoli	D
DESIGNER	A
DIRETTORE AMMINISTRATIVO	A
DIRETTORE ARTISTICO	A
DIRETTORE DI ALBERGO	A

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

DIRETTORE DI BANCA	A
DIRETTORE COMMERCIALE	A
DIRETTORE D'ORCHESTRA	A
DIRETTORE TECNICO	A
DIRIGENTE	A
DISEGNATORE	A
DISGAGGIATORE con uso di esplosivi	RD
DISGAGGIATORE senza uso di esplosivi (lavoro saltuario)	D
DISGAGGIATORE senza uso di esplosivi (lavoro abituale)	D
DISK JOCKEY	A
DISINFESTATORI	D
DOPPIATORE	A
EBANISTA	D
ELETTRAUTO	D
ELETTRICISTA lavori in contatto con alte tensioni (oltre a 400 volts): esecutori di impianti e linee	D
ELETTRICISTA lavori in contatto con alte tensioni (oltre a 400 volts): solo in laboratorio	C
ELETTRICISTA lavori in contatto con basse tensioni (fino a 400 volts): esecutori di impianti	C
ELETTRICISTA lavori in contatto con basse tensioni (fino a 400 volts): solo in laboratorio	B
ENOLOGO solo studio e direzione lavorazione	A
ENOLOGO con accesso ai reparti di produzione e trasformazione del vino	B
ENOTECNICO	B
ERBORISTA	B
ESCAVATORISTA	D
ESTETISTA callista, pedicure, manicure	A
FABBRO - MAGNANO	D
FACCHINO addetto a traslochi	C
FACCHINO di alberghi	B
FALEGNAME	D
FANTINO	RD
FARMACISTA	A
FATTORINO	A
FERROVIERE - TRAMVIERE personale viaggiante: capitreno, conduttori, controllori, bigliettai	A
FERROVIERE - TRAMVIERE manovratori	D
FERROVIERE installazione e riparazione binari	D
FINANZIERE esclusivamente in ufficio	A
FINANZIERE in servizio esterno (pattuglia)	C
FIORISTI	A
FISICO teorico	A
FISICO escluse sostanze radioattive	B
FISICO compreso contatto con sostanze radioattive	RD
FISIOCHINESITERAPISTA	B
FISIOTERAPISTA	B
FLORICOLTORE	C
FONDITORE di metalli comuni	D
FONDITORE di metalli preziosi	C
FORNAIO	C
FOTOCERAMISTA	B
FOTOGRAFO all'esterno, compreso servizi in zone pericolose	RD
FOTOGRAFO in studio o all'esterno, escluso servizi in zone pericolose	B
FOTOINCISORE - FOTOTIPISTA	C
FOTOREPORTER	RD
FRATI	A
FRUTTIVENDOLO	B

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO	A
FUNZIONARIO TECNICO	A
GALLERISTA D'ARTE	A
GARAGISTA addetto alla sorveglianza	B
GELATAIO anche produzione	C
GELATAIO solo vendita	A
GEOLOGO	B
GEOMETRA con lavoro esterno	B
GEOMETRA solo in ufficio	A
GESSINO - STUCCATORE anche con impalcature e ponti	D
GESSINO - STUCCATORE solo all'interno di fabbricati	C
GIARDINIERE escluso cura di piante di alto fusto	B
GIARDINIERE con cura di piante di alto fusto	D
GIOIELLIERE	A
GIORNALAI	A
GIORNALISTA escluse missioni pericolose	A
GIORNALISTA inviato speciale in zone pericolose	RD
GIUDICE	A
GOMMISTA	C
GONDOLIERE	B
GRAFICO	A
GRUISTA	D
GUARDAROBBIERE	A
GUARDIA non armata: guardia municipale, stradale, forestale, della caccia e pesca ecc.	B
GUARDIA armata: guardia di finanza, giurata, portuale, notturna ecc.	C
GUARDIA carceraria	C
GUARDIE DEL CORPO	RD
GUIDA ALPINA	RD
GUIDA TURISTICA	A
HOSTESS a bordo di aeromobili (linee regolari)	RD
HOSTESS solo a terra	A
IDRAULICO	D
IGIENISTA	A
IMBALSAMATORE	C
IMBIANCHINO anche all'esterno	D
IMBIANCHINO solo all'interno	C
IMPAGLIATORE	C
IMPIEGATO amministrativo	A
IMPIEGATO tecnico	B
IMPRENDITORE con lavoro manuale	D
IMPRENDITORE senza lavoro manuale	A
IMPRESARIO EDILE con lavoro manuale	D
IMPRESARIO EDILE senza lavoro manuale	A
IMPRESARIO TEATRALE	A
INCISORE di legno	D
INCISORE di metalli preziosi	B
INCISORE di vetri e pietre dure e preziose	C
INDOSSATORE/TRICE	A
INDUSTRIALE che svolge mansioni esclusivamente di carattere amministrativo	A
INDUSTRIALE con mansioni tecniche ed occasionale lavoro manuale a scopo di insegnamento e controllo	C
INDUSTRIALE che svolge mansioni tecniche senza partecipazione al lavoro manuale	B
INFERMIERE	A
INGEGNERE anche all'esterno con accesso a cantieri	B
INGEGNERE solo in ufficio	A

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

INGEGNERE CHIMICO, MINERARIO con accesso a cantieri	B
INGEGNERE CHIMICO, MINERARIO solo in ufficio	A
INGEGNERE CIVILE, EDILE, URBANISTA con accesso a cantieri	B
INGEGNERE CIVILE, EDILE, URBANISTA solo in ufficio	A
INGEGNERE ELETTRONICO, MECCANICO con accesso a cantieri	B
INGEGNERE ELETTRONICO, MECCANICO solo in ufficio	A
INGEGNERE INFORMATICO	A
INGEGNERE NUCLEARE con accesso alle centrali	RD
INGEGNERE NUCLEARE solo in ufficio	A
INGEGNERE PROGETTISTA	A
INSEGNANTE	A
INSEGNANTE di educazione fisica, di ballo, di attività sportive non escluse dalle CdAss	B
INSEGNANTE di materie sperimentali, di laboratorio, di pratica professionale senza uso di macchine	B
INSEGNANTE di materie non sperimentali e non di pratica professionale	A
INSEGNANTE di materie sperimentali, di laboratorio, di pratica professionale con uso di macchine	C
INSEGNANTE SCUOLA MATERNA\ASILO NIDO	A
INSTALLATORE senza uso di impalcature, scale aeree, piattaforme	C
INSTALLATORE con uso di impalcature, scale aeree, piattaforme	D
INTAGLIATORE	D
INTERPRETE	A
INVESTIGATORE armato	RD
INVESTIGATORE non armato	B
ISPETTORE AMMINISTRATIVO	A
ISPETTORE TECNICO	B
ISPETTORE di polizia	RD
ISTRUTTORE di educazione fisica, di ballo, di attività sportive non escluse dalle CGA	B
ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA	A
LATTONIERE	D
LAVAPIATTI	B
LEGATORE di libri	C
LIBRAIO	A
LIQUIDATORE	A
LITOGRAFO	C
LIUTAIO	B
LUCIDATORE di marmo, mobili, pelli, metalli, ecc.	C
MACELLAIO che attende anche alla mattazione	D
MACELLAIO che non attende alla mattazione	B
MAGAZZINIERE con uso di muletti, addetti a magazzini frigoriferi, facchini	C
MAGAZZINIERE senza uso di muletti	B
MAGISTRATO	A
MAGLIAIA	B
MANISCALCO	D
MANOVALE	D
MARINAIO	RD
MARMISTA con uso di esplosivi	RD
MARMISTA addetto alla lavorazione senza uso di esplosivi	C
MARMISTA solo posa in opera	C
MASSAGGIATORE/TRICE	A
MASSOTERAPISTA	A
MATERASSAIO	C
MECCANICI di biciclette	B
MECCANICI in genere	D
MEDIATORE	A

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

MEDICO generico	A
MEDICO ALLERGOLOGO	A
MEDICO ANALISTA	A
MEDICO ANDROLOGO	A
MEDICO ANESTESISTA	A
MEDICO ANGIOLOGO	A
MEDICO AUDIOLOGISTA	A
MEDICO CARDIOLOGO	A
MEDICO CARDIOCHIRURGO	A
MEDICO CHIRURGO	A
MEDICO CHIRURGO CARDIOVASCOLARE	A
MEDICO CHIRURGO ESTETICO	A
MEDICO CHIRURGO MAXILLO FACCIALE	A
MEDICO CHIRURGO ORTOPEDICO	A
MEDICO DENTISTA	A
MEDICO DERMATOLOGO E VENEREOLOGO	A
MEDICO DIABETOLOGICO	A
MEDICO DIETOLOGO	A
MEDICO EMATOLOGO	A
MEDICO ENDOCRINOLOGO	A
MEDICO FISIATRA	A
MEDICO GASTROENTEROLOGO	A
MEDICO GERIATRA	A
MEDICO GERONTOLOGO	A
MEDICO GINECOLOGO	A
MEDICO IMMUNOLOGO	A
MEDICO INTERNISTA	A
MEDICO NEFROLOGO	A
MEDICO NEUROLOGO	A
MEDICO NEUROPSICHIATRA	A
MEDICO OCULISTA	A
MEDICO ODONTOIATRA	A
MEDICO OFTALMOLOGO	A
MEDICO ONCOLOGO	A
MEDICO ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGO	A
MEDICO OSTETRICO	A
MEDICO OTORINOLARINGOIATRA	A
MEDICO PEDIATRA	A
MEDICO PNEUMATOLOGO	A
MEDICO PSICHIATRA \PSICOTERAPEUTA	A
MEDICO RADIOLOGO	A
MEDICO RADIOTERAPISTA	A
MEDICO REUMATOLOGO	A
MEDICO SPECIALISTA MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE	A
MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA DEL LAVORO	A
MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA LEGALE	A
MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA NUCLEARE	RD
MEDICO SPORTIVO	A
MEDICO UROLOGO	A
MESSO COMUNALE	A
MILITARE aeronautica	RD
MILITARE con mansioni amministrative	A
MILITARE con mansioni non amministrative	RD
MINATORE	D

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

MINIATURISTA	A
MISSIONARIO\A	RD
MOBILIERE	D
MODELLISTA	A
MODELLISTA IN CERA E CRETA	B
MODELLISTA IN METALLI	C
MONTATORE cinema, teatro e spettacoli in genere	C
MOSAICISTA	B
MOTORISTA	D
MUGNAIO	D
MURATORE (operaio edile)	D
MUSICISTA maestro/a, professore/ressa, orchestrale, compositore/trice	A
NAVIGANTE non militare: commissario di bordo, hostess, steward	B
NAVIGANTE non militare: cameriere/a, cuoco/a, addetti alle pulizie	C
NAVIGANTE non militare: marinaio, motorista, macchinista, pilota	D
NECROFORO	B
NOTAIO	A
ODONTOTECNICO	B
ORTODONZISTA	A
OPERAIO generico che opera in condizioni di basso grado di pericolosità	B
OPERAIO generico che opera in condizioni di medio grado di pericolosità	C
OPERAIO generico che opera in condizioni di alto grado di pericolosità	D
OPERATORE AL CALL CENTRE	A
OPERATORE ECOLOGICO	C
OPERATORE SOCIOPSIKOLOGICO	A
ORAFO compresa lavorazione	B
ORAFO solo vendita	A
OREFICE	B
ORGANISTA senza riparazioni	A
ORGANISTA con riparazioni	C
OROLOGIAIO che effettua riparazioni	B
OROLOGIAIO solo vendita	A
OSTETRICA	B
OTTICO	A
PALOMBARO/SOMMOZZATORE	RD
PANETTIERE	B
PARAMEDICO	B
PARROCO	A
PARRUCCHIERE - BARBIERE	B
PASTAIO	B
PASTICCERE produzione	C
PASTORE	C
PAVIMENTATORE di strade	D
PAVIMENTATORE in fabbricati	C
PELLICCIAIO confezionamento	B
PELLICCIAIO solo vendita	A
PENSIONATO con lavoro manuale leggero	B
PENSIONATO senza lavoro manuale	A
PERITO in genere	B
PERITO AGRONOMO	B
PERITO ASSICURATIVO	B
PERITO CALLIGRAFO	A
PERITO INDUSTRIALE	B
PERITO TECNICO	B

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

PERSONAL TRAINER di attività sportive non escluse dalle CdAss	B
PESCATORE - PESCA COSTIERA	RD
PESCATORE - PESCA DI ALTO MARE	RD
PESCATORE - PESCA NEI LAGHI, FIUMI, PORTI	RD
PESCOLTORE	B
PESCIVENDOLO solo vendita	A
PIASTRELLISTA	C
PILOTA di aeromobili, veicoli in genere	RD
PIROTECNICO	RD
PITTORE artista	A
PIZZAIOLO	B
PODOLOGO	A
POLIZIOTTO prevalentemente in ufficio	A
POLIZIOTTO in servizio esterno (in pattuglia)	C
PONY EXPRESS	B
PORTALETTERE	B
PORTAVALORI	C
PORTIERE – PORTINAIO	A
POSTINO	A
POSATORE MARMISTA	D
PRESIDE	A
PRETORE	A
PRESIDENTE DI ENTI PUBBLICI	A
PRESIDENTE DI SOCIETA'	A
PROCURATORE LEGALE	A
PROCURATORE SPORTIVO	A
PRODUTTORE ASSICURATIVO	A
PROMOTORE FINANZIARIO	A
PROGRAMMATORE e/o analista programmi	A
PROPRIETARIO TERRIERO senza lavoro manuale	A
PSICOLOGO	A
PUBBLICISTA	A
PUBBLICITARIO	A
PUGILE	RD
PULITORE senza uso di scale aeree	B
PULITORE con uso di scale aeree	D
RACCOGLITORE DI ROTTAMI	C
RADIOCRONISTA	A
RADIOTECNICO che esegue installazioni	C
RADIOTECNICO solo in laboratorio	B
RAGIONIERE	A
RAMMENDATRICE	B
RAPPRESENTANTE senza consegna merce	A
RAPPRESENTANTE con consegna merce	B
REDATTORE	A
REGISTA CINEMATOGRAFICO E TEATRALE	B
REGISTA RADIOTELEVISIVO	A
REPORTER	RD
REVISORE DEI CONTI	A
RESTAURATORE solo in laboratorio	B
RESTAURATORE con uso di impalcature e ponti	C
RIGATTIERE	C
RILEGATORE di libri e riviste	B
RIPARATORE di radio, TV, elettrodomestici solo in laboratorio	B

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

RIPARATORE di radio, TV, elettrodomestici che esegue installazioni o montaggi	D
RISTORATORE	B
SACERDOTE	A
SAGRESTANO	B
SALDATORE	D
SARTO	B
SCALPELLINO	D
SCENEGGIATORE	A
SCENOGRAFO	B
SCOLARO	A
SCRITTORE	A
SCULTORE artista che lavora solo in studio	B
SCULTORE anche su impalcature e ponti	C
SCULTORE con a lavoro manuale di fusione di monumenti e statue in fonderie di metalli	D
SEGRETARIO COMUNALE	A
SELLAIO	C
SFASCIACARROZZE addetto alla distruzione dei veicoli e recupero pezzi	D
SINDACALISTA	A
SISTEMISTA	A
SKIPPER	RD
SOFFIATORE DI VETRI	B
SOMMELIER	A
SOMMOZZATORE\PALOMBARO	RD
SPAZZACAMINO	C
SPEAKER RADIOFONICO	A
SPELEOLOGO	RD
STALLIERE	D
STEWART a bordo di aeromobili (linee regolari)	RD
STEWART solo a terra	A
STIRATRICE	B
STILISTA	B
STUDENTE	A
STUCCATORE con accesso a impalcature e ponti	D
STUCCATORE solo all'interno di fabbricati	C
SUORA	A
TAGLIALEGNA	D
TAPEZZIERE addobbatore anche con accesso ad impalcature e ponti	D
TAPEZZIERE solo in laboratorio	C
TASSISTA	B
TATUATORE	A
TECNICO CINEMATOGRAFICO, TEATRALE, RADIOTELEVISIVO con accesso a palchi	C
TECNICO DEL SUONO	A
TECNICO DI LABORATORIO	B
TELECRONISTA	A
TERMOIDRAULICO	C
TESSITORE	C
TINTORE	C
TIPOGRAFO	C
TOPOGRAFO	C
TORNITORE	D
TOSATORE	C
UFFICIALE giudiziario in ufficio ed esecutivi	A
UFFICIALE militare	RD
USCIERE	A

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Allegato 2 – Classificazione attività professionali

VASAI	B
VENDITORE AMBULANTE con guida di veicoli fino a 35 q.li p.p.c.	B
VENDITORE AMBULANTE con guida di veicoli oltre 35 q.li p.p.c.	C
VERNICIATORE	C
VETERINARIO	C
VETRAIO con posa in opera	D
VETRAIO senza posa in opera	C
VETRINISTA	B
VIGILANTES armato	RD
VIGILANTES non armato	C
VIGILE DEL FUOCO	RD
VIGILE URBANO con uso motociclette	B
VIGILE URBANO senza uso motociclette	A
VIVAISTA	C
ZINCOGRAFO	C
ZOOLOGO	C
ZOOTECNICO	C

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

SEI TU

Estratto dello Statuto

CONDIZIONI PARTICOLARI VALEVOLI PER I SOCI - ASSICURATI DELL'ITAS MUTUA

ESTRATTO DELLO STATUTO

Art. 1 - COSTITUZIONE E SEDE

È costituita la Società di Mutua Assicurazione a responsabilità limitata, con la denominazione "ITAS Istituto Trentino-Alto Adige per Assicurazioni società mutua di assicurazioni" o anche "ITAS Mutua", già eretta il 5 ottobre 1821 con la denominazione Istituto Provinciale Incendi. La denominazione tedesca è "ITAS Landesversicherungsanstalt Trentino Südtirol V.V.a.G." o anche "ITAS Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit" ovvero "ITAS V.V.a.G.". L'ITAS Mutua ha sede in Trento. Essa può esercitare la sua attività sia in Italia che all'estero.

Art. 5 - CONTRIBUTUZIONI

Per il raggiungimento dello scopo sociale i Soci assicurati si obbligano a contribuire con gli occorrenti mezzi, secondo le disposizioni del presente Statuto. La responsabilità dei Soci assicurati è limitata al solo pagamento dei contributi annui stabiliti dallo Statuto e finisce col cessare dell'assicurazione. La responsabilità dei Soci sovventori e dei Soci sovventori partner è limitata alle quote sottoscritte. È esclusa ogni garanzia sussidiaria. Le obbligazioni della società sono garantite dal patrimonio sociale.

Art. 11 - VINCOLO SOCIALE DEL SOCIO-ASSICURATO

Il vincolo sociale nei confronti del Socio-Assicurato è obbligatorio per il periodo indicato nella polizza di assicurazione dallo stesso stipulata e si rinnova, unitamente al contratto di assicurazione, per l'ulteriore periodo indicato nella polizza o previsto dalla legge, qualora non venga esercitata la facoltà di disdetta, ai sensi e per gli effetti della vigente normativa nonché delle clausole contrattuali. Salvo il caso in cui la morte del Socio-Assicurato comporti necessariamente la cessazione del rischio, gli eredi del Socio-Assicurato subentrano, ai sensi e per gli effetti della normativa vigente, solidalmente nel rapporto sociale, rispettivamente nell'assicurazione. Nel caso in cui la legge e le condizioni generali di assicurazione stabiliscano il trasferimento dei diritti e degli obblighi derivanti dal contratto d'assicurazione, il subentrante acquista la qualità di Socio-Assicurato. La mora del Socio-Assicurato non risolve da sola il vincolo sociale, ferme rimanendo le conseguenze dell'inadempimento.

Art. 26 - RAPPRESENTANZA LEGALE

La rappresentanza legale di ITAS Mutua spetta al Presidente, ai Vicepresidenti del Consiglio di amministrazione solo in caso di urgenza o impedimento del Presidente, all'Amministratore Delegato e, ove nominato, al Direttore Generale. Il Consiglio di amministrazione per gli atti di ordinaria amministrazione nell'ambito dell'area di competenza, può attribuire la rappresentanza legale ai Dirigenti. La rappresentanza legale si esprime con l'apposizione, sotto la denominazione della Società, delle firme di due delle persone precedentemente indicate, con la precisazione che con la firma abbinata di due dirigenti la rappresentanza legale si esercita unicamente in relazione alle aree di competenza degli stessi. Resta comunque salvo quanto diversamente deliberato dal Consiglio in relazione a particolari fattispecie. La rappresentanza giudiziaria spetta ai rappresentanti legali, oltre che ai Dirigenti ai quali sia demandata dal Consiglio di amministrazione (sempre con le modalità di cui al precedente comma). Il Consiglio di amministrazione definisce il sistema delle procure e deleghe aziendali, attribuendo la rappresentanza della società anche a dipendenti o terzi con procure per singoli atti o categorie di atti contenenti le relative modalità di firma. Il Consiglio di amministrazione può autorizzare che determinati documenti e corrispondenze vengano sottoscritti in tutto o in parte con riproduzione meccanica della firma.

Copia integrale dello Statuto è a disposizione dei Soci – Assicurati presso la Sede dell'Agenzia.



ITAS MUTUA

Società capogruppo

Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 - 38122 Trento - Italia - Tel. 0461 891711 - Fax 0461 980297
gruppooitas.it - segreteria.dirgen@gruppooitas.it - itas.mutua@pec-gruppooitas.it

P. Iva / C. F. / Registro Imprese di Trento n° 00110750221 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 del R.D.L. n° 966 del 29.4.1923 - Iscritta all'albo gruppi assicurativi al n° 010 ed all'albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00008