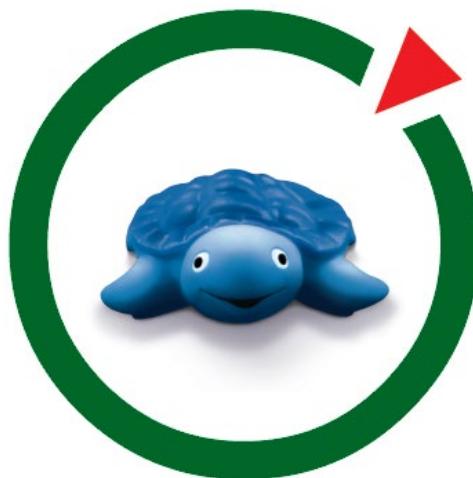




PERSONA INCHIARO

Contratto di Assicurazione
Infortuni ed Assistenza

■ Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario, devono essere consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto ■



■ Prima della sottoscrizione leggere attentamente il set informativo contenente il DIP, il DIP Aggiuntivo e le Condizioni di Assicurazione con relativo Glossario ■

GLOSSARIO - DEFINIZIONI

Ambulatorio

La struttura od il centro medico attrezzato, regolarmente autorizzato ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.

Assicurato

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

Assicurazione

Il contratto di assicurazione e il suo contenuto.

Banca

Banca del Gruppo Sella presso una cui filiale o agenzia il Contraente intrattiene un rapporto.

Beneficiario

Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questo designate, a cui la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.

Centri di eccellenza

Istituti ad alta specializzazione identificati dalle autorità sanitarie per i loro standard di eccellenza in specifici settori della medicina;

Centrale di Telemedicina

È la struttura della Struttura Organizzativa, costituita da medici e operatori e in funzione dalle ore 9.00 alle ore 18.00, dal lunedì al venerdì, esclusi i giorni festivi infrasettimanali, che provvede alla gestione e all'erogazione del secondo parere medico.

Centri medici di riferimento

Le strutture sanitarie e i centri clinici facenti parte del network di Istituti di Ricerca e Cura a carattere Scientifico, Ospedali e Medici Specialisti, convenzionati con la Struttura Organizzativa che provvedono alla formulazione del secondo parere medico a seguito della trasmissione dei quesiti e della documentazione medica.

Contraente

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

Day Hospital

La degenza diurna in istituto di cura regolarmente autorizzato a fornire assistenza sanitaria ospedaliera.

Franchigia per invalidità permanente

La misura, espressa in percentuale, di invalidità permanente non indennizzabile.

Indennizzo, indennità o rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, o alle altre cause espressamente previste all'Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Invalidità permanente

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

Istituti di cura

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

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

Malattia improvvisa

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente stato morboso diagnosticato all'Assicurato.

Parti

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.

Prestazioni

Nell'ambito della garanzia Assistenza, le assistenze prestate dalla Struttura Organizzativa all'Assicurato.

Ricovero

La degenza comportante pernottamento in istituto di cura regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera.

Rischio

La possibilità del verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

Sinistro

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

Relativamente alla garanzia Rimborsò spese mediche, per sinistro si intende il ricovero, il Day Hospital, l'intervento chirurgico ambulatoriale, ovvero il ricorso ad accertamenti diagnostici o ad altre prestazioni mediche, terapeutiche od infermieristiche eventualmente previste, verificatosi durante il periodo di validità della polizza in conseguenza di uno degli eventi rientranti nella copertura assicurativa.

Più ricoveri o più degenze in Day Hospital, o più interventi, purché verificatisi nell'ambito dell'operatività e della durata della polizza, si considerano un solo sinistro se ricollegabili allo stesso infortunio.

Relativamente alla garanzia Assistenza, il singolo fatto od avvenimento che si può verificare nel corso di validità della polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.

Società

HDI Assicurazioni S.p.A.

Struttura Organizzativa

È la struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno o entro i diversi limiti previsti dal contratto, che in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società provvede, per conto di quest'ultima, al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di assistenza previste in polizza, con costi a carico della Società stessa.

Vendita a distanza

Il contratto di assicurazione stipulato tra la Società e un Contraente nell'ambito di un sistema di vendita a distanza che, per tale contratto, impiega esclusivamente tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso.

PAGINA LASCIATA

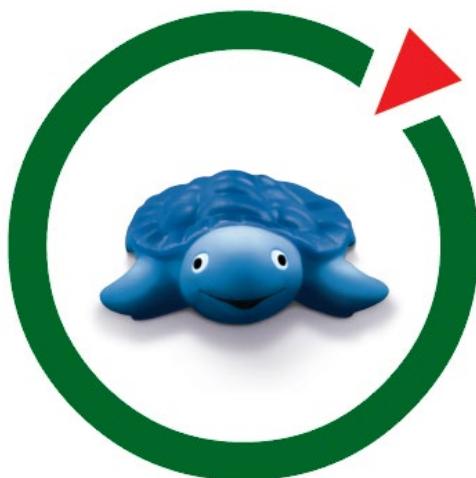
INTENZIONALMENTE

IN

BIANCO



Condizioni di Assicurazione



Le Condizioni di Assicurazioni ed ogni documento allegato sono redatti in lingua italiana.

INDICE

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	2
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI.....	4
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA.....	11
CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI	18
A- FRANCHIGIA RELATIVA AL 5% E TABELLA MODULARE SULLA INVALIDITA' PERMANENTE	18
B -FRANCHIGIA RELATIVA AL 7% E TABELLA MODULARE SULLA INVALIDITA' PERMANENTE	18
TABELLE	20
ALLEGATO 1 TABELLA DELLE ATTIVITA'	20
ALLEGATO 2 TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITA' PERMANENTE	25
ALLEGATO 3 TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA	27
Modulo di denuncia di sinistro	28

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 1.2 – Altre assicurazioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di comunicare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Art. 1.3 – Pagamento del premio e decorrenza dell'assicurazione

I premi devono essere pagati mediante:

a) ordini di bonifico o disposizione di addebito su conto corrente acceso presso l'Istituto Bancario del Gruppo Sella in favore dell'Impresa, oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità, riportando nelle causali nome e cognome del soggetto che effettua il pagamento

b) transazione di acquisto in favore dell'Impresa, oppure dell'Intermediario, espressamente in tale qualità, con carta di credito emessa dal Gruppo Sella, senza oneri a carico del Contraente.

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

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

Decorsi 6 mesi dal mancato pagamento del premio o della rata, il contratto sarà risolto di diritto.

Art. 1.4 – Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 1.5 – Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. *Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.*

Art. 1.6 – 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, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile, e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.7 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; 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 rischio non corso.

L'eventuale pagamento dei premi venuti a scadenza dopo il sinistro non potrà essere interpretato come rinuncia delle Parti ad avvalersi della facoltà di recesso.

Art. 1.8 – Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente

Art. 1.9 – Oneri fiscali

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

Art. 1.10 – Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. La presente assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Art. 1.11 – Diritto di ripensamento (norma valida solo in caso di contratto stipulato a distanza)

Il Contraente, entro 14 giorni dalla conclusione del contratto (ovvero dal momento in cui ha ricevuto la polizza ed il set informativo contenente il DIP, il DIP Aggiuntivo e le Condizioni di Assicurazione con relativo Glossario), a condizione che in questo periodo non sia avvenuto alcun sinistro, può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione alla Società mediante lettera raccomandata.

La Società, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa il premio pagato, al netto degli oneri fiscali che per legge restano a carico del Contraente.

Art. 1.12 – Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

Nonostante quanto previsto dalle altre disposizioni della presente Assicurazione, la copertura assicurativa è concessa solo ed esclusivamente nella misura e fintanto che non sia in contrasto con sanzioni economiche, commerciali o finanziarie o embarghi adottati dall'Unione Europea o dalla Repubblica Italiana. Conseguentemente, la Società non presta alcuna copertura assicurativa, non riconosce alcun pagamento e non fornisce alcuna prestazione e/o beneficio correlati alla presente Assicurazione a favore di qualsiasi Assicurato o di terzi, qualora tale copertura assicurativa, pagamento, prestazione, beneficio e/o qualsiasi affare o attività dell'Assicurato, violi una qualsiasi legge, regolamento o norma applicabile vigente in materia di sanzioni economiche e commerciali.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE INFORTUNI

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

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

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

Sono compresi in garanzia anche:

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

Art. 2.2 - Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) *dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;*
- 2) *dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;*
- 3) *dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio), salvo quanto disposto al successivo Art. 2.5 – Rischio volo;*
- 4) *dalla pratica, anche puramente ricreativa, di pugilato, atletica pesante, lotta nella sue varie forme, arti marziali, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idroscì, sci acrobatico, canoa fluviale oltre il 3° grado, rafting, hydrospeed, salto con l'elastico, bob, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo o sport aerei in genere;*
- 5) *dalla partecipazione a competizioni e relative prove e allenamenti - ippiche, calcistiche, ciclistiche, sciistiche, di pallacanestro e di pallavolo, salvo che esse abbiano carattere ricreativo o riguardino gare aziendali e interaziendali;*
- 6) *da abuso di alcolici e psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o allucinogeni;*
- 7) *da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;*
- 8) *da atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;*
- 9) *da guerra (salvo quanto disposto dall'Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero), insurrezioni, tumulti popolari, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni, nonché aggressioni od atti violenti a cui l'Assicurato abbia partecipato attivamente;*
- 10) *dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non siano utilizzate per fini pacifici;*
- 11) *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, ecc.);*
- 12) *dalla fabbricazione e/o lavorazione di esplosivi, tossici, corrosivi, e dall'uso di attrezzature per l'effettuazione di lavori subacquei;*
- 13) *danni derivanti dall'esercizio della caccia;*
- 14) *dalla partecipazione, in qualità di appartenente alle Forze Armate od a Corpi di Polizia, ad azioni di repressione, con o senza conflitti a fuoco: della criminalità; di tumulti popolari; di atti di guerriglia o di violenza urbana; di atti di terrorismo; di manifestazioni di piazza; sono inoltre esclusi gli infortuni causati dalla partecipazione ad esercitazioni tattiche e militari, con o senza utilizzo di armi da fuoco.*

L'assicurazione non è inoltre operante per:

- a) *le conseguenze dirette o indirette di infortuni, nonché di malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza, sottaciuti alla Società dal Contraente e/o dall'Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione stessa;*
- b) *le cure o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla data di stipulazione della polizza.*

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

Art. 2.3 – Persone non assicurabili

Premesso che la Società considera non assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS, sieropositività HIV, la Società stessa presta l'assicurazione su dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da tali affezioni o malattie.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'Art. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio.

Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più di tali affezioni o malattie nel corso del contratto costituisce un aggravamento del rischio per il quale la Società non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo; si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo del Codice Civile.

Art. 2.4 – Limiti territoriali

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 2.5 – Rischio volo

Ferme le Norme che regolano l'assicurazione in generale, e a parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.2 – Esclusioni, punto 3), l'assicurazione è estesa agli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento o di trasporto pubblico di passeggeri effettuati su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, *esclusi quelli effettuati:*

- *su aeromobili di società/aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri;*
- *su aeromobili di aeroclub;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo (quali, a titolo esemplificativo ma non limitativo: deltaplani, ultraleggeri, parapendio).*

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

La garanzia di cui al presente articolo non è valida nel caso di polizza con durata inferiore ad un anno.

Art. 2.6 – Servizio militare

L'assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale, fermo il diritto del Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto del Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione spetta al Contraente il rimborso della parte di premio relativa al periodo di assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione il Contraente ha diritto di ottenere il protrarsi dell'assicurazione per un periodo uguale a quello della sospensione.

Art. 2.7 – Rischio di guerra all'estero

L'assicurazione, a parziale deroga dell'Art. 2.2 – Esclusioni, punto 9), vale per gli infortuni derivanti da stato di guerra (dichiarata o non dichiarata), o da insurrezione popolare, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si

trova all'estero (*esclusi lo Stato della Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino*) in un paese sino ad allora in pace, *con esclusione, comunque, di ogni partecipazione attiva a tali eventi*.

Art. 2.8 – Attività diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli Artt. 1.1 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, 1.4 – Modifiche dell'assicurazione, 1.5 – Aggravamento del rischio, 1.6 – Diminuzione del rischio e 2.2 – Esclusioni, *se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, senza che l'Assicurato o il Contraente ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:*

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- *l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura, indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio:*

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

A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata in polizza rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività" di cui all'Allegato 1, ove sono indicate anche le corrispondenti classi di rischio.

Per la classificazione di attività non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad una attività elencata.

Qualora l'attività svolta al momento del sinistro non possa essere classificata neppure utilizzando tali criteri, la stessa deve considerarsi non assicurabile, e pertanto l'indennizzo non sarà corrisposto ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

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

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

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

Art. 2.9 – Morte e morte presunta

Se l'infortunio ha come conseguenza la morte, e la stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza – *entro due anni dal giorno dell'infortunio*, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali.

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, *ma entro due anni dal giorno dell'infortunio e in conseguenza di questo*, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in difetto di

designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso in caso contrario.

Qualora, a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Società liquiderà ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali, il capitale previsto per il caso di morte. La liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (artt. 60, comma 3, e 62 del Codice Civile). In caso di affondamento o naufragio o di caduta di aeromobile, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dal sinistro, qualora sia stata accertata dalla competente autorità la presenza a bordo dell'Assicurato, e quest'ultimo sia stato dato per disperso a seguito del sinistro stesso (artt. 211 e 838 del Codice della Navigazione). Resta inteso che, se dopo il pagamento dell'indennizzo risulterà che l'Assicurato è vivo, la Società avrà diritto alla restituzione della somma pagata.

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

Art. 2.10 – Commorienza dei genitori

Nel caso in cui, a seguito di infortunio determinato da uno stesso evento, consegua la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, di cui almeno uno assicurato con la presente polizza, che lascino figli minori, la Società liquida a questi ultimi una indennità maggiorata del 50% della somma a loro spettante per la morte dei genitori.

In ogni caso, e indipendentemente dai capitali assicurati, il maggior esborso a carico della Società non potrà superare € 150.000,00 per ciascun genitore assicurato.

Art. 2.11 – Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica – anche successivamente alla scadenza della polizza **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata.

Qualora l'infortunio abbia come conseguenza una invalidità permanente definitiva parziale, la Società corrisponde l'indennizzo calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale, in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento alle tabelle delle percentuali di invalidità permanente di cui agli Allegati 2 e 3.

In caso di constatato mancino, le percentuali di invalidità stabilite per l'arto superiore destro varranno per l'arto superiore sinistro, e viceversa.

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

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nel caso in cui l'infortunio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle tabelle di cui sopra, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Se l'Assicurato muore, per cause diverse dall'infortunio denunciato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato con l'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato oppure, in mancanza,
- l'importo oggettivamente determinabile secondo le risultanze degli accertamenti medico-legali svolti.

Se invece l'Assicurato muore per cause diverse dall'infortunio denunciato, prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali, la Società liquida agli eredi l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli eredi, idonea ad accettare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 2.12 - Franchigia relativa e Tabella modulare sulla invalidità permanente

L'indennizzo definitivo, sulla base di quanto sopra esposto, sarà liquidato come segue:

- *in caso di invalidità permanente accertata di grado fino al 3% non sarà liquidato alcun indennizzo;*
- in caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 3% e fino al 59% l'indennizzo sarà liquidato sulla base della seguente tabella:

Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
4	1	18	18	32	44	46	72
5	2	19	19	33	46	47	74
6	4	20	20	34	48	48	76
7	5	21	22	35	50	49	78
8	6	22	24	36	52	50	80
9	8	23	26	37	54	51	82
10	9	24	28	38	56	52	84
11	10	25	30	39	58	53	86
12	11	26	32	40	60	54	88
13	12	27	34	41	62	55	90
14	14	28	36	42	64	56	92
15	15	29	38	43	66	57	94
16	16	30	40	44	68	58	96
17	17	31	42	45	70	59	98

- in caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% l'indennizzo sarà liquidato nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 2.13 – Indennità giornaliera per ricovero o gessatura e per convalescenza

Nel caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, la Società corrisponderà l'indennità giornaliera indicata in polizza:

- in caso di ricovero in istituto di cura, per ogni giorno di ricovero e *per la durata massima di 365 giorni per evento. Il giorno di dimissione non è indennizzabile*, la Società corrisponderà inoltre, a titolo di diaria di convalescenza, l'indennità indicata in polizza per un ulteriore numero di giorni pari al triplo di quelli del ricovero, *con il massimo di 60 giorni per evento e per anno*.
- in caso di gessatura (o immobilizzazione con tutori applicabili e rimovibili solo da parte di personale medico o paramedico specializzato), applicata in istituto di cura o ambulatorio, per ogni giorno di gessatura (o immobilizzazione) e *per la durata massima di 40 giorni per evento. Il giorno di applicazione e quello di rimozione dell'ingessatura o del tute non sono indennizzabili*,
- in caso di frattura ossea, comprovata da referto radiologico, che non comporti gessatura (o immobilizzazione con tutori applicabili e rimovibili solo da parte di personale medico o paramedico specializzato), per ogni giorno di prognosi prescritta dal medico a partire dal primo giorno successivo a quello del referto stesso e *per la durata massima di 30 giorni per evento*.

Le indennità suddette non sono cumulabili fra loro.

Art. 2.14 – Rimborso spese mediche da infortunio

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

- A) il trasporto dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, al posto di Pronto Soccorso o all'ambulatorio con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo;
- B) in caso di sinistro che comporti un ricovero, anche in regime di Day Hospital, e/o un intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o gessatura o immobilizzazione con tutori applicabili e rimovibili solo da parte di personale medico o paramedico specializzato:
 - 1) le rette di degenza;
 - 2) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
 - 3) i diritti di sala operatoria e il materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi;
 - 4) il materiale di cura e i medicinali prescritti dai sanitari;
 - 5) gli accertamenti radiografici e radioscopici, gli esami e le analisi in genere e i relativi ticket;
 - 6) le notule per cure mediche in genere e per visite specialistiche;
 - 7) gli apparecchi gessati e i tutori;
 - 8) il trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura, dal posto di Pronto Soccorso o dall'ambulatorio ad altro Istituto di cura o al domicilio dell'Assicurato, reso necessario dalle sue condizioni di salute, ***entro il limite del 20% della somma indicata in polizza.***
 - 9) le terapie fisiche e le cure termali prescritte dai sanitari (***escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera.***)
- C) in caso di sinistro che non comporti ricovero né intervento chirurgico, né gessatura o immobilizzazione con tutori, le spese di cui alle precedenti lettere A) e B), numeri da 4 a 6, ***entro il limite del 30% della somma indicata in polizza;***
- D) in caso di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva, le spese di cui alla precedente lettera B), numeri da 1 a 6.

Il rimborso è effettuato a cura ultimata all'Assicurato, o ai suoi beneficiari in caso di morte, ***previa presentazione delle ricevute originali di quanto pagato per i titoli sindacati.***

Sono rimborsabili le spese sostenute entro un anno dalla data dell'infortunio.

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

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

Art. 2.15 – Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o gli aventi diritto devono darne avviso scritto alla Società (HDI Assicurazioni S.p.A. – Area Sinistri – Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma - FAX verde 800. 60 61 61), entro dieci giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

Inoltre, in caso di esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio, il Contraente deve darne avviso a tutti gli assicuatori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

La denuncia dell'infortunio deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'evento e deve essere corredata da certificazione di Pronto Soccorso medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

In caso di ricovero, dopo la dimissione dall'Istituto di cura dovrà essere prodotta copia della cartella clinica completa.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari, devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Art. 2.16 – Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio documentate da certificazione di Pronto Soccorso medico. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e

sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui agli Allegati 2 e 3 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 2.17 – Controversie

In caso di:

- divergenze sul grado di invalidità permanente, nonché sull'applicazione dei Criteri di indennizzabilità previsti dal precedente Art. 2.16;
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro;

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

Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente a 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 si rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.

Art. 2.18 – Rinuncia al diritto di surrogazione

Limitatamente alle garanzie Morte e morte presunta, Invalidità permanente e Indennità giornaliera per ricovero o gessatura e convalescenza, di cui ai precedenti Artt. 2.9, 2.11 e 2.13, la Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione- che le compete ai sensi dell'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 2.19 – Assicurazione per conto altrui

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

Qualora l'infortunio sia riconducibile a responsabilità civile del Contraente o di persona della quale questi debba rispondere ai sensi di legge, l'indennizzo corrisposto dalla Società sarà dedotto dal risarcimento spettante ai sensi di legge all'Assicurato medesimo o ai suoi aventi diritto.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE ASSISTENZA

PREMESSA

L'assicurazione è valida in conseguenza diretta ed esclusiva di un infortunio o di una malattia improvvisa per le seguenti prestazioni, previa attivazione della Struttura Organizzativa con le modalità previste all'Art. 3.22 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi.

GARANZIE BASE (sempre operanti)

Art. 3.1 – Consulenza medica telefonica

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

Art. 3.2 – Invio di un medico generico a domicilio in Italia

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 o nei giorni festivi, e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui questi si trova, purché sempre in Italia, a spese della Società uno dei medici convenzionati.

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

Art. 3.3 – Invio di un infermiere a domicilio

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

Art. 3.4 – Invio di un fisioterapista a domicilio

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

Art. 3.5 – Consegna medicinali ed articoli sanitari urgenti a domicilio

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

Art. 3.6 – Consegna spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato, in seguito a ricovero in istituto di cura superiore a 5 giorni per infortunio o malattia improvvisa, sia impossibilitato ad acquistare generi alimentari di prima necessità, la Struttura Organizzativa, nei primi 15 giorni di convalescenza post-ricovero, provvederà all'invio di un proprio incaricato, *compatibilmente con*

le disponibilità locali, tenendo la Società a proprio carico il compenso di due ore ad intervento e per un massimo di tre invii per ogni periodo post-ricovero.

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

Art. 3.7 – Collaboratrice familiare

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

Art. 3.8 – Trasporto in autoambulanza in Italia

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

Art. 3.9 – Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

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

- a) a individuare e a prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- b) ad organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario;
 - aereo di linea in classe economica, eventualmente barellato;
 - treno in prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso.

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

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

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

Art. 3.10 – Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. 3.9 che precede, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

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

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

La Società terrà a proprio carico le relative spese.

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

Le prestazioni di cui agli articoli da 3.11 a 3.18 che seguono sono fornite esclusivamente a seguito di sinistri verificatisi ad oltre 50 km. dal comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 3.11 – Rientro sanitario

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

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

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

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

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

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

Art. 3.12 – Rientro con un familiare

Qualora si provveda al rientro sanitario dell'Assicurato, in base alle condizioni della prestazione "Rientro sanitario" di cui all'Art. 3.11 che precede, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizzerà anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo.

Art. 3.13 – Anticipo spese mediche

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

La prestazione non è operante:

- *nei Paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della Struttura Organizzativa;*
- *se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia, vigenti in Italia o nel Paese in cui si trova l'Assicurato;*
- *se l'Assicurato non è in grado di fornire alla Struttura Organizzativa garanzie di restituzione da quest'ultima ritenute adeguate.*

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

Art. 3.14 – Viaggio di un familiare

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

Art. 3.15 – Accompagnamento di minori

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

Art. 3.16 – Autista a disposizione

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

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

Art. 3.17 – Prolungamento del soggiorno

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

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

Art. 3.18 – Rientro salma

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

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

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

GARANZIE OPZIONALI

(operanti solo se espressamente richiamata la garanzia Assistenza TOP)

Le seguenti prestazioni sono riservate agli Assicurati a seguito di ricovero con o senza intervento chirurgico.

Art. 3.19 – Assistenza domiciliare integrata

1. Ospedalizzazione domiciliare

In caso di ricovero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa, della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, la Struttura Organizzativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni.

Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato.
I costi sono a carico della Società.

2. Servizi Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami o della consegna di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

3. Servizi non Sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, fino ad un massimo di 30 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.

Art. 3.20 – Medical Advice Program

(In funzione dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, per i quali sia già stata formulata una diagnosi o un approccio terapeutico, desideri richiedere un approfondimento o una seconda valutazione clinico-diagnostica, verrà, attraverso gli operatori della Struttura Organizzativa, messo in contatto con la Centrale di Telemedicina che, previo contatto telefonico con l'Assicurato, gli offrirà la possibilità di ottenere le consulenze mediche specialistiche di cui necessita nonché l'erogazione di un secondo parere medico, avvalendosi dell'esperienza di Centri di eccellenza facenti parte del Network Salute. L'Assicurato dovrà telefonare alla Struttura Organizzativa che lo metterà in contatto con la Centrale di Telemedicina, a cui spiegherà il caso clinico per il quale richiede il secondo parere da parte degli specialisti dei Centri di eccellenza del Network Salute.

1. Consulenza medica di secondo livello

I Medici della Centrale di Telemedicina, valutata la richiesta dell'Assicurato, effettuano con questo l'inquadramento del caso, eventualmente colloquiando anche con i medici curanti. In questa fase saranno attivate consulenze mediche di tipo generico o specialistico e potrà essere definita, dove richiesta, una consulenza di orientamento ad accertamenti specifici (Check-up).

2. Attivazione della rete nazionale di Centri di eccellenza

A seguito del contatto telefonico e previa valutazione positiva dei medici della Struttura Organizzativa si procederà alla raccolta, direttamente al domicilio dell'Assicurato, della documentazione clinica e diagnostica necessaria, alla digitalizzazione di tutto il materiale diagnostico, ed all'elaborazione dei quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti dei Centri di eccellenza. Tutti i dati clinici, saranno trasmessi attraverso avanzate apparecchiature di telemedicina o tramite corrieri ai Centri medici di riferimento.

Il Centro medico di riferimento eseguirà le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche ed ottenuti i pareri da parte dei medici specialisti, potrà richiedere di visitare il paziente stesso.

I costi della visita specialistica saranno a carico della Società così come le spese di trasferimento e alloggio del paziente fino ad un massimo di € 200 per sinistro.

I medici specialisti dei Centri di eccellenza formuleranno rapidamente la propria risposta scritta, che verrà inviata alla Centrale di Telemedicina che, a sua volta, la trasmetterà all'Assicurato, aiutandolo ove occorra, ad interpretarla. La Società terrà a proprio carico tutti i costi.

3. Attivazione del secondo parere internazionale

Qualora, su indicazione dei medici della Struttura Organizzativa o di quelli dei Centri di eccellenza nazionale, si ritenesse opportuno avvalersi di strutture internazionali di comprovato livello, queste verranno contattate dai medici della Struttura Organizzativa al fine di erogare il servizio di secondo parere internazionale.

Tale servizio prevede la raccolta della documentazione dell'Assicurato, la digitalizzazione della stessa se ancora non eseguita, il trasferimento del caso clinico al Centro internazionale individuato e la predisposizione di un secondo parere scritto da parte del Centro internazionale.

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE

Art. 3.21 – Esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

- 1) Tutte le prestazioni sono fornite ad ogni Assicurato per un massimo di tre volte per tipo, se non altrimenti disposto specificamente, per ogni anno di validità della polizza.*
- 2) La durata massima della copertura per ciascun periodo di permanenza continuativa all'estero, nel corso di ciascun anno di validità della polizza, è di 60 giorni.*
- 3) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:*
 - a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;*
 - b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;*
 - c) dolo dell'Assicurato, ivi compreso il suicidio o tentato suicidio;*
 - d) infortuni derivanti da atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale.*

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

- 4) L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto di questa polizza, i medici che lo hanno visitato o curato dopo e anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei Magistrati eventualmente investiti dell'esame del sinistro stesso.*
- 5) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.*
- 6) La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da circostanze fortuite o imprevedibili.*
- 7) Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di un anno dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto dall'art. 2952 del Codice Civile.*
- 8) Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.*

Art. 3.22 – Denuncia del sinistro e obblighi relativi

Per la denuncia del sinistro e per poter usufruire delle prestazioni, sarà necessario contattare la **Struttura Organizzativa**, in funzione 24 ore su 24, o entro i diversi limiti previsti dal contratto, come qui di seguito indicato:

per telefono al numero verde	800.010.634
per telefono al numero	02.58.28.62.06
per telegramma indirizzato	Europ Assistance Italia S.p.A. Via del Mulino, 4 20057 Assago (MI)

In ogni caso dovranno essere fornite le seguenti informazioni:

- il tipo di assistenza di cui si necessita;
- cognome e nome del richiedente;
- numero di polizza preceduto dalla sigla:
 - **HINS**, se operanti le garanzie di Assistenza Base;
 - **HING**, se operanti le garanzie di Assistenza Top;

- indirizzo del luogo in cui si trova;
- numero telefonico dove reperirlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese.

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

CONDIZIONI PARTICOLARI INFORTUNI
(valide soltanto se espressamente richiamate)

A – Franchigia relativa 5% e Tabella modulare sulla invalidità permanente

L'indennizzo definitivo, sulla base di quanto sopra esposto, sarà liquidato come segue:

- *in caso di invalidità permanente accertata di grado fino al 5% non sarà liquidato alcun indennizzo;*
- in caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 5% e fino al 59% l'indennizzo sarà liquidato sulla base della seguente tabella:

Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
6	1	20	20	34	48	48	76
7	2	21	22	35	50	49	78
8	4	22	24	36	52	50	80
9	5	23	26	37	54	51	82
10	7	24	28	38	56	52	84
11	8	25	30	39	58	53	86
12	10	26	32	40	60	54	88
13	11	27	34	41	62	55	90
14	13	28	36	42	64	56	92
15	14	29	38	43	66	57	94
16	16	30	40	44	68	58	96
17	17	31	42	45	70	59	98
18	18	32	44	46	72		
19	19	33	46	47	74		

- in caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% l'indennizzo sarà liquidato nella misura del 100% della somma assicurata.

B – Franchigia relativa 7% e Tabella modulare sulla invalidità permanente

In deroga all'Art. 2.12 – Franchigia relativa e Tabella modulare sulla invalidità permanente, l'indennizzo definitivo sarà liquidato come segue:

- *in caso di invalidità permanente accertata di grado fino al 7% non sarà liquidato alcun indennizzo;*
- in caso di invalidità permanente accertata di grado superiore al 7% e fino al 59% l'indennizzo sarà liquidato sulla base della seguente tabella:

Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
8	1	21	22	34	48	47	74
9	3	22	24	35	50	48	76
10	4	23	26	36	52	49	78
11	6	24	28	37	54	50	80
12	7	25	30	38	56	51	82
13	9	26	32	39	58	52	84
14	10	27	34	40	60	53	86
15	13	28	36	41	62	54	88
16	14	29	38	42	64	55	90
17	16	30	40	43	66	56	92
18	18	31	42	44	68	57	94

Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Percentuale di Invalidità	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
19	19	32	44	45	70	58	96
20	20	33	46	46	72	59	98

- in caso di invalidità permanente accertata di grado pari o superiore al 60% l'indennizzo sarà liquidato nella misura del 100% della somma assicurata.

* * *

HDI Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e completezza dei dati e delle notizie contenuti nelle presenti Condizioni di Assicurazione.

TABELLE
ALLEGATO 1 – TABELLA DELLE ATTIVITÀ

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
002	A	AFFITTACAMERE
003	B	AGENTE CINEMATOGRAFICO/TEATRALE
004	B	AGENTE DI ASSICURAZIONE
005	B	AGENTE DI BORSA/CAMBIO
006	B	AGENTE DI COMMERCIO
007	B	AGENTE DI CUSTODIA
008	B	AGENTE DI VIAGGI
009	B	AGENTE IMMOBILIARE
010	C	AGRICOLTORE (con uso macchine agricole)
011	B	AGRICOLTORE (senza uso macchine agricole)
012	A	AGRONOMO
013	A	ALBERGATORE
014	B	ALLENATORE SPORTIVO
015	C	ALLEVATORE BESTIAME (bovini, equini, suini)
016	B	ALLEVATORE BESTIAME (escl. bovini, equini, suini)
017	A	ALLEVATORE BESTIAME (titolare, senza lavori manuali)
018	A	AMMINISTRATORE (beni propri o altrui)
019	A	ANALISTA
020	A	ANESTESISTA
021	C	ANTENNISTA
022	A	ANTIQUARIO
023	C	APPALTATORE EDILE
024	A	APPALTATORE EDILE (titolare, senza lavori manuali)
026	C	APPARTENENTE A FF. AA. o CORPI DI POLIZIA
027	C	APPRENDISTA o TIROCINANTE (con lavori manuali)
028	A	APPRENDISTA o TIROCINANTE (senza lavori manuali)
029	B	ARBITRO SPORTIVO
030	B	ARCHITETTO (con accesso cantieri e ponteggi)
031	A	ARCHITETTO (senza accesso cantieri e ponteggi)
032	A	ARCHIVISTA
034	A	ARMATORE (non navigante)
035	A	ARREDATORE
036	C	ARTIERE
038	C	ARTIGIANO
039	B	ARTIGIANO TESSILE
040	A	ARTISTA GRAFICO o DISEGNATORE
041	B	ASSICURATORE (addetto alla produzione)
042	A	ASSISTENTE SOCIALE
043	A	ASSISTENTE UNIVERSITARIO

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
044	A	ASTRONOMO
046	B	ATTORE (senza scene pericolose)
047	C	ATTRIZZISTA
048	A	ATTUARIO
049	A	AUTISTA AUTOVETTURE PRIVATE
050	B	AUTISTA DI PIAZZA
051	B	AUTONOLEGGIATORE
052	C	AUTORIPARATORE
053	C	AUTOTRASPORTATORE (senza carico e scarico)
054	A	AUTOTRASPORTATORE (titolare, senza guida autocarri né lavori manuali)
055	A	AVVOCATO
056	B	BAGNINO
057	B	BALLERINO
058	A	BANCARIO
059	A	BANCHIERE
060	A	BARBIERE
061	A	BARISTA/BARMAN
062	A	BENESTANTE (senza occupazioni di lavoro)
063	B	BENZINAIO
064	A	BIBLIOTECARIO
065	B	BIDELLO
066	A	BIOLOGO
068	A	BOTANICO
069	C	BRACCIANTE (con uso macchine agricole)
070	B	BRACCIANTE (senza uso macchine agricole)
072	B	CALZOLAIO
073	A	CAMERAMAN
074	B	CAMERIERE
075	A	CAMICIAIA
077	C	CAMIONISTA (senza carico e scarico)
078	A	CANTANTE
079	B	CANTONIERE
080	C	CAPO CANTIERE (con lavori manuali)
081	B	CAPO CANTIERE (senza lavori manuali)
082	C	CAPO FABBRICA (con lavori manuali)
083	B	CAPO FABBRICA (senza lavori manuali)
084	C	CAPO OFFICINA (con lavori manuali)
085	B	CAPO OFFICINA (senza lavori manuali)
086	C	CAPO OPERAIO
087	C	CAPOMASTRO (con lavori manuali)
088	B	CAPOMASTRO (senza lavori manuali)
089	A	CAPOSTAZIONE
090	B	CAPOTRENO
091	C	CARBURATORISTA

Allegato 1
HDI Assicurazioni S.p.A.

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
092	C	CARPENTIERE
093	C	CARROZZIERE
094	A	CARTOLAIO
095	B	CASALINGA
096	B	CASARO
097	B	CASELLANTE
098	A	CASSIERE
100	C	CAVATORE (in cave a giorno senza uso di mine)
101	A	CENTRALINISTA
103	B	CHIMICO (senza contatto materiali esplosivi)
105	B	COLLABORATORE FAMILIARE
107	A	COMMERCIALISTA
108	A	COMMERCIANTE ABBIGLIAMENTO (o addetto)
109	B	COMMERCIANTE ACCESSORI AUTO (o addetto)
110	C	COMMERCIANTE ARTICOLI EDILIZIA (o addetto)
111	B	COMMERCIANTE ARTICOLI IDRAULICI (o addetto)
112	A	COMMERCIANTE ARTICOLI SPORTIVI (o addetto)
113	A	COMMERCIANTE AUTOVEICOLI (o addetto)
114	C	COMMERCIANTE BESTIAME (o addetto)
115	A	COMMERCIANTE CACCIA E PESCA (o addetto)
116	A	COMMERCIANTE CALZATURE (o addetto)
117	A	COMMERCIANTE CARTOLERIA (o addetto)
118	A	COMMERCIANTE CASALINGHI (o addetto)
119	A	COMMERCIANTE CHINCAGLIERIA (o addetto)
120	C	COMMERCIANTE COMBUSTIBILI (o addetto)
121	A	COMMERCIANTE CONCIMI (o addetto)
122	A	COMMERCIANTE DOLCIUMI (o addetto)
123	B	COMMERCIANTE ELETTRODOM. (o addetto, escl. installaz. antenne)
124	A	COMMERCIANTE FIORI (o addetto)
125	B	COMMERCIANTE FRUTTA E VERDURA (o addetto)
126	A	COMMERCIANTE GIOCATTOLI (o addetto)
127	A	COMMERCIANTE LATTICINI (o addetto)
128	C	COMMERCIANTE LEGNAME (o addetto)
129	A	COMMERCIANTE LIBRI (o addetto)

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
130	B	COMMERCIANTE LUBRIFICANTI (o addetto)
131	B	COMMERCIANTE MACCHINARI (o addetto)
132	A	COMMERCIANTE MANGIMI (o addetto)
133	C	COMMERCIANTE MATERIE FERROSE (o addetto)
134	A	COMMERCIANTE MATERIE PLASTICHE (o addetto)
135	A	COMMERCIANTE MEDICINALI (o addetto)
136	A	COMMERCIANTE MERCERIE (o addetto)
137	B	COMMERCIANTE MOBILI (o addetto)
138	A	COMMERCIANTE PELLAMI (o addetto)
139	A	COMMERCIANTE PELLICCE (o addetto)
140	A	COMMERCIANTE PESCI (o addetto)
141	B	COMMERCIANTE PREZIOSI (o addetto)
142	A	COMMERCIANTE PROFUMI (o addetto)
143	A	COMMERCIANTE STRUMENTI MUSICALI (o addetto)
144	A	COMMERCIANTE TAPPETI (o addetto)
145	A	COMMERCIANTE TESSUTI (o addetto)
146	A	COMMERCIANTE UOVA E POLLAMI (o addetto)
147	A	COMMERCIANTE VALIGIE (o addetto)
148	A	COMMERCIANTE VERNICI E COLORI (o addetto)
149	C	COMMERCIANTE VETRI (o addetto)
150	A	COMMERCIANTE VINI E LIQUORI (o addetto)
151	B	COMMESSO VIAGGIATORE
152	C	COMMISSARIO P.S.
153	A	CONCERTISTA
154	B	CONDUCENTE MEZZI PUBBLICI
155	C	CONDUTTORE MACCHINE AGRICOLE
156	A	CONSULENTE DEL LAVORO
157	B	CONTROLLORE F.S.
158	B	COREOGRAFO
159	B	CORNICIAIO
160	C	CORRIERE
161	C	COSTRUTTORE EDILE
162	A	COSTRUTTORE EDILE (senza lavori manuali)
163	A	CRITICO D'ARTE
164	B	CROMATORE
165	B	CRONISTA
166	B	CUOCO
167	A	CUSTODE
168	B	DECORATORE
169	B	DIRIGENTE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)

Allegato 1
HDI Assicurazioni S.p.A.

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
170	A	DIRIGENTE (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
171	B	DOGANIERE
172	B	DOMESTICO
173	B	DROGHIERE
174	C	EBANISTA
175	A	ECONOMO
176	A	EDITORE
177	C	ELETTRAUTO
178	C	ELETTRICISTA
179	C	ELETTROMECCANICO
180	C	ELETTROTECNICO (anche esterno e alta tensione)
181	B	ELETTROTECNICO (solo interno senza alta tensione)
182	A	ENOLOGO
183	C	ESCAVATORE
184	A	ESPORTATORE
185	A	ESTETISTA
186	C	FABBRO
188	C	FALEGNAME
190	A	FARMACISTA
191	C	FATTORE AGRICOLO (con uso macchine agricole)
192	B	FATTORE AGRICOLO (senza uso macchine agricole)
193	B	FATTORINO
194	B	FERROVIERE (personale viaggiante)
195	A	FISICO
196	A	FISIOTERAPISTA
197	B	FLORICOLTORE
198	B	FORNAIO
199	A	FOTOGRAFO (all'interno studi di posa)
200	B	FOTOGRAFO (in esterni) o FOTOREPORTER
201	B	FRUTTICOLTORE
202	A	FUNZIONARIO AMM.VO
203	B	GARAGISTA
204	A	GARAGISTA (senza lavori manuali)
205	B	GEOLOGO
206	B	GEOMETRA (con accesso cantieri e ponteggi)
207	A	GEOMETRA (senza accesso cantieri e ponteggi)
208	A	GERENTE/GESTORE (senza lavori manuali)
209	B	GIARDINIERE o VIVAISTA
210	A	GINECOLOGO
211	B	GIOIELLIERE
212	A	GIORNALAO
213	B	GIORNALISTA o PUBBLICISTA
214	A	GIUDICE
215	B	GOMMISTA
216	A	GOVERNANTE
217	B	GRAFICO
218	C	GUARDACCIA

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
219	C	GUARDAPESCA
220	A	GUARDAROBIERA
221	B	GUARDIA ACQUE DEMANIALI
222	C	GUARDIA CAMPESTRE
224	C	GUARDIA FORESTALE
226	B	GUARDIA MUNICIPALE
228	B	GUIDA TURISTICA
229	C	IDRAULICO
230	A	IGIENISTA DENTALE
231	B	IMPIEGATO (con accesso cantieri, officine, ponteggi)
232	A	IMPIEGATO (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
233	A	IMPORTATORE
234	C	IMPRENDITORE EDILE (con accesso cantieri e lavori manuali)
235	B	IMPRENDITORE EDILE (con accesso cantieri ma senza lavori manuali)
236	B	IMPRENDITORE POMPE FUNEBRI
237	A	IMPRESARIO
238	B	INCISORE
239	B	INDOSSATORE/INDOSSATRICE
240	C	INDUSTRIALE (con accesso cantieri, officine, e lavori manuali)
241	B	INDUSTRIALE (con accesso cantieri, officine, ma senza lavori manuali)
242	A	INDUSTRIALE (senza lavori manuali né accesso cantieri, officine)
243	A	INFANTE
244	B	INFERMIERE (escl. reparti psichiatrici)
245	C	INFERMIERE (in reparti psichiatrici)
246	B	INGEGNERE (con accesso cantieri, officine, ponteggi)
247	A	INGEGNERE (senza accesso cantieri, officine, ponteggi)
248	B	INSEGNANTE (materie profess., tecniche, educaz. fisica)
249	A	INSEGNANTE (escl. materie professionali, tecniche, educaz. fisica)
250	C	INSERVIENTE
251	A	INTERPRETE
252	B	INTONACATORE (solo interni)
253	C	INTONACATORE (anche esterni)
254	B	ISTRUTTORE DI NUOTO
255	B	ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA
256	C	LAMINATORE
257	A	LATTIAIO
258	C	LATTONIERE
259	B	LAVANDAIA
260	A	LIBRAIO
261	B	LINOTIPISTA
262	B	LITOGRIFO
263	B	LUCIDATORE MARMI
264	B	LUCIDATORE METALLI
265	B	LUCIDATORE MOBILI
266	B	LUCIDATORE PAVIMENTI
267	B	LUCIDATORE PELLI

Allegato 1
HDI Assicurazioni S.p.A.

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
268	B	MACCHINISTA
269	C	MACELLAIO (al banco, senza macellazione)
271	B	MAESTRO DI SCHERMA
272	B	MAESTRO DI SCI
273	B	MAESTRO DI TENNIS
274	B	MAGAZZINIERE
275	A	MAGGIORDOMO
276	A	MAGISTRATO
277	A	MAÎTRE D'HOTEL
279	A	MANICURE
281	C	MANOVALE
282	B	MANOVRAТОRE
284	C	MARMISTA
285	A	MASSAGGIATORE
286	B	MATERASSAIO
287	C	MECCANICO
288	B	MECCANICO CICLISTA
289	A	MECCANICO DENTISTA
290	B	MECCANICO DI PRECISIONE
291	A	MEDICO
292	A	METEOROLOGO
294	C	MEZZADRO (con uso macchine agricole)
295	B	MEZZADRO (senza uso macchine agricole)
297	A	MINISTRO DI CULTO
298	C	MOBILIÈRE
299	A	MODISTA
300	C	MOTORISTA
301	C	MUGNAIO
302	C	MURATORE
303	A	MUSICISTA
304	B	NOLEGGIATORE BARCHE
305	A	NOTAIO
306	A	ODONTOTECNICO
307	B	OMBRELLAIO
308	C	OPERAIO
309	A	OPERATORE CENTRI ELABORAZIONE DATI
310	B	OPERATORE CINEMATOGRAFICO
311	B	OPERATORE ECOLOGICO
312	A	ORAFO
313	A	ORCHESTRALE
314	B	OREFICE
315	A	OROLOGIAIO
316	C	ORTICOLTORE (con uso macchine agricole)
317	B	ORTICOLTORE (senza uso macchine agricole)
318	A	ORTOPEDICO
319	B	OSTE
320	A	OSTETRICA
321	A	OTTICO
322	C	PALAFRENIERE
324	A	PANETTIERE
325	B	PANIFICATORE

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
326	A	PANTALONAIA
328	B	PARAMEDICO (escl. reparti psichiatrici)
329	C	PARAMEDICO (in reparti psichiatrici)
330	A	PARRUCCHIERE
331	B	PASTAIO
332	A	PASTICCIERE
333	B	PASTORE
334	B	PAVIMENTATORE
335	B	PELLETTIERE
336	A	PELLICCIAIO
337	A	PENSIONATO
338	A	PERFORATRICE
339	B	PERITO EDILE (con accesso cantieri, ponteggi, impalcature)
340	A	PERITO EDILE (senza accesso cantieri, ponteggi, impalcature)
341	C	PERITO ELETROTECNICO
342	B	PERITO INDUSTRIALE
343	B	PERITO TECNICO
346	C	PESCATORE
347	B	PIASTRELLISTA
348	B	PIAZZISTA
349	C	PILOTA DI PORTO
352	A	PITTORE ARTISTA
353	C	PITTORE EDILE
354	A	PODOLOGO
355	B	PORTALETTERE
356	A	PORTIERE
358	A	POSSIDENTE (senza occupazioni di lavoro)
359	A	PRELATO
360	A	PRESIDE
361	B	PRESTIGIATORE
362	B	PROCACCIATORE D'AFFARI
363	B	PROCURATORE DI BORSA
364	B	PROCURATORE SPORTIVO
365	A	PRODUTTORE CINE- TEatrale
366	A	PROGETTISTA (senza lavori manuali)
367	A	PROGRAMMATORE ELETTRONICO
368	B	PROPAGANDISTA
369	A	PROPRIETARIO TERRIERO (senza lavori manuali)
370	A	PSICOLOGO o PSICANALISTA
371	A	PUBBLICITARIO
372	A	PUERICULTRICE
374	C	PULITORE VETRI
375	B	QUESTORE
376	B	RADIOTECNICO
377	A	RAGIONIERE
378	B	RAPPRESENTANTE DI COMMERCIO
379	B	REGISTA (senza partecipaz. a scene pericolose)
380	B	RESTAURATORE MOBILI
381	B	RESTAURATORE OPERE D'ARTE
382	A	RETTORE
383	A	RICERCATORE SCIENTIFICO

Allegato 1**HDI Assicurazioni S.p.A.**

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
384	B	RIGATTIERE
385	A	RILEGATORE DI LIBRI
386	B	RIPARATORE RADIO TV
387	B	ROSTICCIERE
388	A	SACERDOTE
389	A	SACRESTANO
391	C	SALDATORE
392	B	SALUMIERE
393	A	SARTO
394	C	SCALPELLINO
395	B	SCENOGRAFO (senza partecipaz. a scene pericolose)
396	A	SCOLARO
397	A	SCRITTORE
398	C	SCULTORE
399	B	SINDACALISTA
400	A	SOCIOLOGO
402	B	SOUBRETTE
403	A	SOVRINTENDENTE ALLE ARTI
404	C	SPEDIZIONIERE
405	A	SPEDIZIONIERE (titolare, senza lavori manuali)
408	A	STENOGRAFO
409	C	STRADINO
410	A	STUDENTE (istruz. primaria e secondaria)
411	A	STUDENTE (universitario e master)

COD.	CLASSE	ATTIVITÀ
412	A	SUORA
413	B	TAPPEZZIERE
414	A	TELEFONISTA
415	B	TESSITORE
416	B	TINTORE
417	B	TIPOGRAFO
418	A	TITOLARE AZIENDA (senza lavori manuali)
419	C	TORNITORE
420	A	TRADUTTORE
421	B	TRANVIERE
422	C	TRATTORISTA
423	C	TREBBIATORE
424	A	TRUCCATORE
425	A	UFFICIALE GIUDIZIARIO
427	A	UROLOGO
428	A	USCIERE
429	B	VERNICIATORE
430	A	VESCOVO
431	B	VETERINARIO
432	C	VETRAIO
433	A	VETRINISTA
434	C	VETTURINO
435	C	VICEQUESTORE
437	B	VIGILE URBANO (ogni ruolo e grado)
438	B	VULCANIZZATORE

ALLEGATO 2
TABELLA DI VALUTAZIONE DEL GRADO PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15	
Sordità completa bilaterale	60	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40	
Altre menomazioni della facoltà visiva	(vedasi relativa tabella)	
Stenosi nasale assoluta unilaterale	8	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15	
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5	
Anchilosì completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosì completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio	12	
Perdita totale dell'anulare	8	
Perdita totale del mignolo	12	
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6

Allegato 2**HDI Assicurazioni S.p.A.**

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Perdita delle due ultime falangi del mignolo	8	
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di Pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del collo	2	

ALLEGATO 3 - TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

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

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

Modulo di denuncia di sinistro

Polizza Persona n. _____

Mittente

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

C.A.P. Località _____

Tel _____

Spett.le

HDI Assicurazioni S.p.A.

Piazza Guglielmo Marconi, 25

00144 Roma

Da trasmettere via mail all'indirizzo sinistri@hdia.it, via pec all'indirizzo hdi.assicurazioni@pec.hdia.it o via fax al n. 800.60.61.61 oppure per RACCOMANDATA A.R.

Per informazioni sui sinistri ci si può rivolgere al numero: 800 23 31 20 oppure al proprio intermediario.

Oggetto: denuncia di sinistro

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ di professione _____
con domicilio _____ Tel _____
assicurato/a _____ con polizza n. _____ denuncia l'infortunio verificatosi alle ore _____
del _____ nella località di _____ Via/Piazza _____
in occasione di _____, secondo le seguenti dettagliate modalità e cause:

DOCUMENTI DA ALLEGARE: per l'istruzione della pratica di indennizzo:

- copia della polizza
- documentazione medica (certificato di Pronto Soccorso, cartella clinica, certificati medici, referti diagnostici, ecc.);
- spese mediche sostenute in originale (qualora previste in garanzia);
- certificati di applicazione e di rimozione degli apparecchi gessati o di immobilizzazione (qualora previsti in garanzia);
- eventuali dati RC Auto;
- indicazione delle coordinate bancarie: _____

Per l'attivazione delle garanzie di ASSISTENZA l'Assicurato dovrà contattare Europ Assistance Italia S.p.A. che risponde al numero verde dedicato 800 010 634.

Luogo e data _____

Firma _____



ASSICURAZIONI

HDI Assicurazioni S.p.A. – Sede Legale e Direzione Generale: piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma (Italia) – Telefono +39.06.4210.31 – fax +39.06.4210.3500 – Sito Internet: www.hdiassicurazioni.it – indirizzo di posta elettronica: hdi.assicurazioni@pec.hdia.it.

Codice Fiscale, Partita IVA e Numero d'iscrizione: 04349061004 del Registro Imprese di Roma, N. REA: RM-757172.

Impresa autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con D.M.I.C.A. n. 19570 dell'08.06.1993 (G.U. 14.06.1993) e iscritta alla Sezione I dell'Albo delle Imprese Assicurative al n. 1.00022. Capogruppo del Gruppo Assicurativo "HDI Assicurazioni" iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 015.