

Gennaio
2026



[Infortuni Azienda HDI]

Contratto di Assicurazione Infortuni e Assistenza

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

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

talánx.

INFORTUNI AZIENDA HDI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

1. DEFINIZIONI	2
2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio	5
2.2 – Durata e proroga dell'Assicurazione	5
2.3 – Regolazione del Premio	5
2.4 – Recesso in caso di Sinistro	5
2.5 – Modifiche dell'Assicurazione	5
2.6 – Altre Assicurazioni	5
2.7 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati	5
2.8 – Aggravamento del Rischio	6
2.9 – Diminuzione del Rischio	6
2.10 – Oneri fiscali	6
2.11 – Rinvio alle norme di legge	6
2.12 – Foro competente	6
2.13 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione	6
2.14 – Assicurazione per conto altrui	6
2.15 – Recesso da contratti conclusi a distanza	6
2.16 – Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)	6
3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ	7
3.1 – Estensione territoriale	7
3.2 – Multipli Retribuzioni – Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni	7
4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI	8
4.1 – Oggetto dell'Assicurazione	8
4.2 – Franchigie opzionali Invalidità Permanente	8
4.3 – Garanzie facoltative	14
4.4 – Estensioni di garanzia sempre operanti	16
4.5 – Condizioni di operatività	19
4.6 – Esclusioni	19
4.7 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie	20
5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA	23
5.1 – Servizio Assistenza Sanitaria	23
5.2 – Estensione territoriale	27
5.3 – Modalità di erogazione	27
5.4 – Segreto professionale	27
5.5 – Esclusioni e delimitazioni	27
5.6 – Limiti di Indennizzo, scoperti e Franchigie	28
6. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	30
6.1 – Norme valide per tutte le sezioni assicurate	30
6.2 – Norme valide per la Sezione Infortuni	30
6.3 – Norme valide per la Sezione Assistenza	31
ALLEGATI	33
ALLEGATO 1 – CATALOGO ATTIVITA' PROFESSIONALI	33
ALLEGATO 2 – TABELLA INAIL	43

1. DEFINIZIONI

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

Assicurato

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

Assicurazione

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

Attività Professionale

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

Beneficiario

Il soggetto che ha diritto alla prestazione assicurativa per il caso di morte dell'Assicurato. Si considerano Beneficiari in parti uguali gli eredi legittimi dell'Assicurato o, se esistenti, gli eredi testamentari.

Cartella Clinica

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

Coniugi

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

Contraente

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

Convalescenza

Il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da un Infortunio o da una malattia indennizzabile a termini di Polizza.

Day Hospital / Day Surgery

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

Ernia

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

Franchigia / Scoperto

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

Frattura

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

Inabilità Temporanea

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

Indennizzo, Indennità o Rimborso

La somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, od alle altre cause espressamente previste all'art. "4.1 – Oggetto dell'Assicurazione", che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Ingessatura

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

Intermediario

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

Intervento Chirurgico

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

Agli effetti assicurativi si intendono equiparati ad un Intervento Chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, comportante il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di Fratture e lussazioni.

Invalità Permanente

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

Invalità Permanente specifica

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

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.

IVASS

Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Lesione Muscolare

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

Lesione Capsulo-Legamentosa

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

Malformazione – Difetto Fisico

Ogni alterazione congenita od acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o clinicamente diagnosticabile, la cui evidenza antecedentemente alla stipulazione della Polizza possa essere diagnosticata clinicamente, mediante visita medica o mediante accertamenti diagnostici di tipo strumentale.

Massimale

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

Parti

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

Polizza

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

Post-Ricovero:

Il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero.

Premio

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

Remunerazione Diretta

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

Remunerazione Indiretta

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

Ricovero

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

Rischio

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

Rischio In Itinere

Infortunio avvenuto durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di

mezzi di locomozione.

Rottura Sottocutanea

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

Sforzo

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

Sinistro

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

Società

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

Somma Assicurata:

Somma indicata nella Scheda di Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo in caso di Sinistro.

Sportivi Professionisti / Semiprofessionisti

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

Tipologia copertura: Cumulativa

Tipologia di Assicurazione che prevede la copertura della categoria identificata in Scheda di Polizza.

Tipologia copertura: Multipli Retribuzioni

Tipologia di Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni, che prevede la copertura della/e categoria/e identificata/e in Scheda di Polizza.

Tipologia copertura: Premium

Tipologia di Assicurazione che prevede la copertura degli assicurati identificati in Scheda di Polizza.

Definizioni specifiche per la Sezione Assistenza

Prestazione

Sono le assistenze prestate dalla Struttura organizzativa all'Assicurato.

Struttura Organizzativa

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

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

2.1 – Decorrenza dell'Assicurazione e pagamento del Premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza **se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

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

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

Le coperture assicurative riprendono vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento della rata di Premio e fino alle successive scadenze.

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

2.2 – Durata e proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione può avere una durata annuale o poliennale di durata tra 3 e 5 anni. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio con le seguenti modalità: durata pari o superiore a 3 anni e inferiore a 5 anni – sconto poliennialità 3%, durata pari o superiore a 5 anni – sconto poliennialità 5%.

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

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

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

2.3 – Regolazione del Premio

Per le formule Cumulativa e Multipli Retribuzioni, il Premio è convenuto, in tutto o in parte, in base ad elementi di rischio variabili e viene anticipato in via provvisoria all'atto della sottoscrizione, nell'importo indicato in Polizza – che deve intendersi come premio minimo annuo – e viene regolato alla fine di ciascun periodo assicurativo annuo o della minor durata del contratto, a seconda delle variazioni intervenute in tali elementi durante lo stesso periodo.

A tale scopo, **entro 60 giorni dalla fine di ogni periodo annuo di Assicurazione o della minore durata del contratto, l'Assicurato o il Contraente deve fornire per iscritto alla Società a seconda dei casi:**

- **l'ammontare delle retribuzioni lorde ai fini contributivi corrisposte ai dipendenti iscritti nei libri obbligatori nonché i compensi corrisposti ai lavoratori parasubordinati;**
- **altri elementi variabili previsti in Polizza.**

Le differenze, attive e passive, risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 15 giorni dalla comunicazione effettuata dalla Società. Resta fermo il Premio minimo stabilito in Polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato o il Contraente, nei termini prescritti, non abbia effettuato:

- la comunicazione dei dati ovvero;
- il pagamento della differenza attiva dovuta;

la Società può fissargli un ulteriore termine non inferiore a 15 giorni per i relativi adempimenti ferma la facoltà di recesso dal contratto ai sensi dell'art 1453 del Codice Civile.

In tale eventualità l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato o il Contraente abbia adempiuto ai suoi obblighi, salvo il diritto per la Società di agire giudizialmente o di dichiarare la risoluzione del contratto con lettera raccomandata.

Per i contratti cessati per qualsiasi motivo, nel caso in cui l'Assicurato o il Contraente non adempia gli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società non sarà obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la mancata regolazione.

Resta fermo per la Società stessa il diritto di agire giudizialmente.

Se all'atto della regolazione annuale, il consuntivo degli elementi variabili di rischio supera il doppio di quanto preso come base per la determinazione del Premio dovuto in via anticipata, quest'ultimo viene rettificato, a partire dalla prima scadenza annua successiva alla comunicazione, sulla base di una rivalutazione del preventivo degli elementi variabili, comunque non inferiore al 75% dell'ultimo consuntivo.

La Società ha il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato o il Contraente è tenuto a fornire i chiarimenti e la documentazione necessari (quali ad esempio: il libro paga prescritto dall'art. 20 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124, il registro delle fatture o quello dei corrispettivi).

2.4 – Recesso in caso di Sinistro

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

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

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

2.5 – Modifiche dell'Assicurazione

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

2.6 – Altre Assicurazioni

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

2.7 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati

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

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano sulla

valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2.8 – Aggravamento del Rischio

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

2.9 – Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di Recesso.

2.10 – Oneri fiscali

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

2.11 – Rinvio alle norme di legge

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

2.12 – Foro competente

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

2.13 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione

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

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

- L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice corrispondente a quello del mese di giugno dell'anno precedente a quello di stipulazione, con quello del mese di giugno successivo.
- Gli aumenti sono applicati a decorrere dalla prima scadenza annuale successiva al 31 dicembre dell'anno in cui si è verificata la variazione.
- Ai successivi adeguamenti si procede analogamente prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni di Massimali e di Premio.
- Qualora la variazione sia inferiore al 2%, la variazione stessa viene arrotondata al 2%.
- Qualora la variazione fosse negativa non si procederà ad alcun adeguamento.

Qualora in conseguenza delle variazioni dell'indice i capitali ed il Premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, è facoltà del Contraente rinunciare all'adeguamento della Polizza ed i capitali ed il Premio rimangono quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

Nell'ipotesi in cui il Contraente si sia avvalso della suddetta facoltà, la Società può recedere dal contratto con preavviso di 30 giorni e con rimborso del rateo di Premio pagato e non goduto.

Non sono soggetti ad adeguamento: i Limiti di Indennizzo, le Franchigie, gli Scoperti ed i valori espressi in percentuale, nonché la sezione "5. Norme che regolano la Sezione Assistenza".

2.14 – Assicurazione per conto altrui

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

2.15 – Recesso da contratti conclusi a distanza

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

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

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

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

2.16 - Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)

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.

3. CONDIZIONI DI OPERATIVITÀ

3.1 – Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per Sinistri verificatisi nel mondo intero, fatta eccezione per quanto di seguito specificato:

Relativamente alla Sezione Infortuni: la garanzia "Inabilità Temporanea", al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di Ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Relativamente alla Sezione Assistenza, valgono le disposizioni previste all'interno dei rispettivi articoli.

3.2 – Multipli Retribuzioni – Assicurazione in base all'ammontare delle retribuzioni

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare in via preventiva le generalità delle persone assicurate. Per identificare tali persone, per determinare le Somme Assicurate e per calcolare il Premio **si dovrà fare necessario riferimento ai dati contenuti nei libri di amministrazione del Contraente, libri che costui si obbliga ad esibire in qualunque momento, assieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta da parte della Società qualora questa ritenga di fare accertamenti e controlli.**

A fini assicurativi per retribuzione si intende l'imponibile comunicato all'INPS per il calcolo dei contributi del dipendente.

A fini liquidativi si intende retribuzione annua dell'Assicurato colpito da Infortunio quella corrisposta nei 12 mesi precedenti il mese in cui si è verificato l'Infortunio stesso. Qualora il rapporto di lavoro dell'Assicurato sia inferiore a 12 mesi, la retribuzione maturata durante il periodo di lavoro effettivo viene rapportata all'anno. In caso di rapporti di lavoro a tempo determinato di durata inferiore a 12 mesi, il capitale assicurato verrà rapportato alla effettiva retribuzione pattuita in relazione alla durata del contratto di lavoro.

4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

4.1 – Oggetto dell'Assicurazione

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

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

Sono considerati Infortuni e compresi nell'Assicurazione anche:

- a) l'asfissia non di origine morbosa o per involontaria aspirazione di gas o vapori;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze, cibi e/o bevande;
- c) le affezioni conseguenti a ustioni provocate da vegetali, a morsi di animali od a punture di insetti od aracnidi, escluse le affezioni di cui gli insetti siano portatori necessari ed escluse le malattie tropicali e la malaria; per malattie tropicali si intendono esclusivamente le seguenti: Amebiasi, Dengue, Chikungunya, Colera, Encefalite giapponese, Febbre gialla, Filariosi, Leishmaniosi, Schistosomiasi, Tripanosomiasi;
- d) le infezioni, comprese quelle tetaniche, conseguenti ad Infortuni garantiti dalle presenti Condizioni di Assicurazione;
- e) l'annegamento e l'affogamento;
- f) l'assideramento o il congelamento;
- g) i colpi di sole o di calore;
- h) le lesioni determinate da sforzi con esclusione degli infarti e delle ernie, salvo quanto disposto dall'art. "4.4.10. Ernie traumatiche";
- i) le conseguenze fisiche di interventi chirurgici e/o di altre cure rese necessarie da Infortunio;
- j) gli stati sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- k) la folgorazione, l'azione del fulmine, le scariche elettriche e l'improvviso contatto con sostanze corrosive.

4.1.1. Morte

(valida ed operante se richiamata nella Scheda di Polizza)

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

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

4.1.2. Invalidità Permanente

(valida ed operante se richiamata nella Scheda di Polizza)

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

L'Indennizzo per Invalidità Permanente parziale è calcolato sulla Somma Assicurata per Invalidità Permanente totale, in proporzione al grado d'invalidità accertato secondo l'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità", in base ai valori percentuali previsti dalla Tabella INAIL (vedi allegato 1 in calce), e successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della presente Polizza.

4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'Indennizzo **per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.**

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo, di un senso o di un arto già minorato, le percentuali di Invalidità Permanente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

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

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

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

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

In caso di constatato mancinismo, le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro o la mano destra, si intendono applicate all'arto superiore Sinistro e alla mano sinistra e viceversa.

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

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella INAIL di cui sopra, l'Indennizzo è stabilito, con riferimento alle percentuali dei casi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione delle persone assicurate.

4.2 – Franchigie Opzionali Invalidità Permanente

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

4.2.1. F1 – Franchigia per scaglioni di capitale assicurato

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

- a) 3% sulla Somma Assicurata fino a Euro 150.000,00;

- b) 5% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 150.000,01 e fino a Euro 250.000,00;
- c) 10% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 250.000,01 e fino a Euro 500.000,00;
- d) 15% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 500.000,01.

Qualora l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% ed inferiore al 70% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'Indennizzo è pari alla valutazione dello stesso secondo i criteri di cui all'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità".

Per invalidità permanenti pari o superiori al 70%, verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.

Pertanto, l'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata			
	da 0 ad Euro 150.000,00	oltre Euro 150.000,01 fino ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	0	0	0
5	2	0	0	0
6	3	1	0	0
7	4	2	0	0
8	5	3	0	0
9	6	4	0	0
10	7	5	0	0
11	8	6	1	0
12	9	7	2	0
13	10	8	3	0
14	11	9	4	0
15	12	10	5	0
16	13	11	6	1
17	14	12	7	2
18	15	13	8	3
19	16	14	9	4
20	17	15	10	5
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

Esempi di applicazione della tabella:

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

4.2.2. F2 – Franchigia 5%

Si conviene che sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 5%. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.

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

- a) 5% sulla Somma Assicurata fino a Euro 250.000,00;
- b) 10% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 250.000,01 e fino a Euro 500.000,00;
- c) 15% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 500.000,01.

Qualora l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% ed inferiore al 70% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'Indennizzo è pari alla valutazione dello stesso secondo i criteri di cui all'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità".

Per invalidità permanenti pari o superiori al 70%, verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.

L'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata		
	da 0 ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
1	0	0	0
2	0	0	0
3	0	0	0
4	0	0	0
5	0	0	0

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata		
	da 0 ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
6	1	0	0
7	2	0	0
8	3	0	0
9	4	0	0
10	5	0	0
11	6	1	0
12	7	2	0
13	8	3	0
14	9	4	0
15	10	5	0
16	11	6	1
17	12	7	2
18	13	8	3
19	14	9	4
20	15	10	5
dal 21 al 69	la percentuale accertata		
pari o superiore al 70	100		

4.2.3. F3 – Franchigia 10%

Si conviene che sul capitale assicurato non si darà luogo ad alcun Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 10%. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, l'Indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente

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

- A) 10% sulla Somma Assicurata fino a Euro 500.000,00;
- B) 15% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 500.000,01.

Qualora l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% ed inferiore al 70% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'Indennizzo è pari alla valutazione dello stesso secondo i criteri di cui all'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità".

Per invalidità permanenti pari o superiori al 70%, verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.

L'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata	
	da 0 ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	0	0
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	1	0
12	2	0
13	3	0
14	4	0
15	5	0
16	6	1
17	7	2
18	8	3
19	9	4
20	10	5
dal 21 al 69	la percentuale accertata	
pari o superiore al 70	100	

4.2.4. F4 – Franchigia 3% assorbibile al 10%

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

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

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata
1	0
2	0
3	0
4	1
5	2
6	3
7	4
8	5
9	6
10	7
11	9
12	11
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	22
22	24
23	26
24	28
25	30

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata
26	32
27	34
28	36
29	38
30	40
31	42
32	44
33	46
34	48
35	50
36	63
37	66
38	69
39	72
40	75
41	78
42	81
43	84
44	86
45	90
46	93
47	96
48	99
49 e oltre	100
-----	-----

4.2.5. F5 – Franchigia 5% assorbibile al 15%

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

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

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	12
17	14
18	16
19	18
20	20
21	22
22	24
23	26
24	28
25	30

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata
26	32
27	34
28	36
29	38
30	40
31	42
32	44
33	46
34	48
35	50
36	63
37	66
38	69
39	72
40	75
41	78
42	81
43	84
44	86
45	90
46	93
47	96
48	99
49 e oltre	100
-----	-----

4.2.6. F6 – Franchigia 50%

Si conviene che non si darà luogo ad Indennizzo per Invalidità Permanente quando questa sia di grado non superiore al 50%. Se essa risulterà superiore a detta percentuale, la Società riconoscerà il 100% della Somma Assicurata.

Pertanto, l'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata
Fino a 50	0
51 e oltre	100

4.2.7. F7 – Abolizione Franchigia per il caso di Invalidità Permanente sulla Somma Assicurata fino a Euro 150.000,00

Si conviene che la Somma Assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- Nessuna Franchigia sulla Somma Assicurata fino a Euro 150.000,00;
- 5% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 150.000,01 e fino a Euro 250.000,00;
- 10% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 250.000,01 e fino a Euro 500.000,00;
- 15% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 500.000,01.

Qualora l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% ed inferiore al 70% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'Indennizzo è pari alla valutazione dello stesso secondo i criteri di cui all'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità".

Per invalidità permanenti pari o superiori al 70%, verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.

Pertanto, l'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata			
	da 0 ad Euro 150.000,00	oltre Euro 150.000,01 fino ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
1	1	0	0	0
2	2	0	0	0
3	3	0	0	0
4	4	0	0	0
5	5	0	0	0
6	6	1	0	0
7	7	2	0	0
8	8	3	0	0
9	9	4	0	0
10	10	5	0	0
11	11	6	1	0
12	12	7	2	0
13	13	8	3	0
14	14	9	4	0
15	15	10	5	0
16	16	11	6	1
17	17	12	7	2
18	18	13	8	3
19	19	14	9	4
20	20	15	10	5
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

4.2.8. F8 – Supervalutazione dell'Invalidità Permanente superiore al 50%

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

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata			
	da 0 ad Euro 150.000,00	oltre Euro 150.000,01 fino ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	1	0	0	0
5	2	0	0	0
6	3	1	0	0
7	4	2	0	0
8	5	3	0	0
9	6	4	0	0
10	7	5	0	0

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata			
	da 0 ad Euro 150.000,00	oltre Euro 150.000,01 fino ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
11	8	6	1	0
12	9	7	2	0
13	10	8	3	0
14	11	9	4	0
15	12	10	5	0
16	13	11	6	1
17	14	12	7	2
18	15	13	8	3
19	16	14	9	4
20	17	15	10	5
dal 21 al 50	la percentuale accertata			
51	51,5			
52	53			
53	54,5			
54	56			
55	57,5			
56	59			
57	60,5			
58	62			
59	63,5			
60	65			
61	66,5			
62	68			
63	69,5			
64	71			
65	72,5			
66	74			
67	75,5			
68	77			
69	78,5			
70	80			
dal 71 al 100	120			

4.2.9. F9 – Applicazione di un Indennizzo ridotto della Invalidità Permanente fino al 20% sulla Somma Assicurata fino a Euro 150.000,00

Si conviene che la Somma Assicurata per Invalidità Permanente è soggetta alle seguenti franchigie assolute:

- A) Franchigie ridotte, come indicato nella tabella che segue, sulla Somma Assicurata fino a Euro 150.000,00;
- B) 5% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 150.000,01 e fino a Euro 250.000,00;
- C) 10% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 250.000,01 e fino a Euro 500.000,00;
- D) 15% sulla Somma Assicurata eccedente Euro 500.000,01.

Qualora l'Invalidità Permanente sia di grado superiore al 20% ed inferiore al 70% della totale non si applicano le modalità suddette e la liquidazione dell'Indennizzo è pari alla valutazione dello stesso secondo i criteri di cui all'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità".

Per invalidità permanenti pari o superiori al 70%, verrà corrisposto l'intero capitale assicurato.

Pertanto, l'Indennizzo verrà calcolato sulla base della seguente tabella:

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata			
	da 0 ad Euro 150.000,00	oltre Euro 150.000,01 fino ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
1	0,3	0	0	0
2	0,5	0	0	0
3	1	0	0	0
4	2	0	0	0
5	3	0	0	0
6	4	1	0	0
7	5	2	0	0
8	6	3	0	0
9	7	4	0	0
10	8	5	0	0
11	9	6	1	0
12	10	7	2	0
13	11	8	3	0
14	12	9	4	0

Grado (%) di Invalidità Permanente accertata	Percentuale di Indennizzo da liquidare sulla Somma Assicurata			
	da 0 ad Euro 150.000,00	oltre Euro 150.000,01 fino ad Euro 250.000,00	oltre Euro 250.000,01 fino ad Euro 500.000,00	oltre Euro 500.000,01
15	13	10	5	0
16	14	11	6	1
17	15	12	7	2
18	16	13	8	3
19	17	14	9	4
20	18	15	10	5
dal 21 al 69	la percentuale accertata			
pari o superiore al 70	100			

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

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

4.3 – Garanzie facoltative

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

4.3.1. Inabilità Temporanea

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

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

L'Indennizzo per Inabilità Temporanea viene corrisposto per un periodo massimo di 365 giorni.

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

La presente garanzia si intende non operante per gli Infortuni dovuti all'esercizio di attività sportive.

L'Indennizzo per Inabilità Temporanea verrà corrisposto a partire:

- dal sesto giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza, per Somma Assicurata pari o inferiore a **Euro 30,00**;
- dal nono giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza, per Somma Assicurata superiore a **Euro 30,01**;
- dall'undicesimo giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza, per Somma Assicurata superiore a **Euro 50,01**.

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

- dal quarto giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza, per Somma Assicurata pari o inferiore a **Euro 30,00**;
- dal settimo giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza, per Somma Assicurata superiore a **Euro 30,01**;
- dal nono giorno successivo a quello computabile a termini di Polizza, per Somma Assicurata superiore a **Euro 50,01**.

Le franchigie di cui sopra non verranno applicate nel caso in cui l'Inabilità Temporanea accertata sia relativa ad un periodo pari o superiore a 30 giorni, oppure qualora, a seguito di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, venga accertato un grado di Invalidità Permanente superiore al 15%.

4.3.2. Rimborso spese mediche

La Società, in caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione, rimborsa all'Assicurato, fino alla concorrenza della Somma Assicurata a questo titolo, le spese sostenute per:

- onorari dei medici e dei chirurghi, degli assistenti e degli anestesisti;
- diritti di sala operatoria, materiali di intervento, accertamenti diagnostici (radioscopie, radiografie, esami di laboratorio);
- terapie fisiche, fisioterapiche, rieducative e medicinali **entro il limite del 30% della Somma Assicurata**;
- rette di degenza in Istituto di Cura a seguito di Ricovero prescritto dal medico curante;
- trasporto dal luogo dell'incidente all'Istituto di Cura con autoambulanza.

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

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

L'Indennizzo verrà corrisposto previa **detrazione di uno Scoperto del 10% con un minimo di Euro 100,00**; laddove venga accertato un grado di Invalidità Permanente **superiore al 15%** l'Indennizzo verrà corrisposto senza applicazione dello Scoperto.

Se l'Infortunio ha come conseguenza una Invalidità Permanente di un figlio di età inferiore ad anni 2 non assicurato, la Società riconosce ai genitori il Rimborso delle spese sostenute entro due anni dall'Infortunio **e fino ad un massimo pari alla Somma Assicurata più alta tra quelle dei due genitori con un limite di Euro 10.000,00**, e purché entrambi i genitori siano assicurati in Polizza.

4.3.3. Indennità da Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione e **con il massimo di 365 giorni per ogni singolo caso di Ricovero e per anno assicurativo**, la Società corrisponde all'Assicurato l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di degenza contabilizzato dall'Istituto di Cura.

L'Assicurazione vale anche in caso di:

- Ricovero dell'Assicurato per trapianto di organi a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza;
- "Day Hospital" purché non inferiore a 5 giorni consecutivi (fatta eccezione per le festività).

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

Il giorno di Ricovero e quello di dimissione vengono considerati come giorno unico agli effetti della liquidazione.
La presente Indennità da Ricovero è cumulabile con l'Indennità per Inabilità Temporanea.
La Società effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata.

4.3.4. Indennità da Post-Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione, la Società si impegna a corrispondere all'Assicurato una Indennità giornaliera di Post-Ricovero pari all'Indennità da Ricovero assicurata.

Detta Indennità viene corrisposta a partire dal giorno successivo alla dimissione dell'Assicurato dall'Istituto di Cura e per un numero di giorni pari a quello del Ricovero, con il massimo di 60 giorni, fermo restando che la somma dei giorni per le due garanzie non può superare 365 giorni per ogni singolo caso di Ricovero e per anno assicurativo.

Il Post-Ricovero dovrà essere comprovato da idonea certificazione dell'Istituto di Cura che l'Assicurato dovrà trasmettere alla Società al momento della dimissione.

4.3.5. Sovrarischio di locomozione

A parziale deroga dell'art. "4.6 – Esclusioni", delle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, la garanzia vale anche per gli Infortuni causati dalla guida di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della Polizza, una patente di categoria superiore alla "B", nonché dalla guida di macchine agricole.

4.3.6. Infezioni del virus H.I.V. ed Epatite B e C

A parziale deroga dell'art. "4.6 – Esclusioni", l'Assicurazione vale per i rischi derivanti da evento fortuito e accidentale che abbia causato contagio da virus H.I.V. ed Epatite B o C avvenuto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa descritta in Polizza.

Si sottolinea che:

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

Modalità di accertamento del contagio – pagamento dell'Indennizzo:

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

Se detto test dà risultato negativo, entro 180 giorni dall'evento l'Assicurato deve sottoporsi ad un secondo test: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'Assicurato ha diritto alla prestazione garantita; la Società corrisponde, pertanto, la somma assicurata prevista nel frontespizio di Polizza che è da intendersi unica per contagio da H.I.V., Epatite B o C.

4.3.7. Indennità per Ingessatura

In caso di Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione che determini Ingessatura, la Società corrisponde all'Assicurato un'Indennità giornaliera pari al capitale Assicurato per Indennità da Ricovero, anche se l'Infortunio non ha comportato pernottamento. Tale Indennità non è cumulabile con quella per Indennità da Ricovero laddove vi sia stato Ricovero. L'Indennità sarà corrisposta a partire dal giorno di applicazione e fino al giorno di rimozione del gesso, **applicazione e rimozione che devono essere certificate da un medico.**

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

Sono ricompresi in garanzia anche i seguenti apparecchi immobilizzanti:

- apparecchi immobilizzanti in fibre di vetro (scotch-cast, dyna-cast), in materiale acrilico;
- bendaggi amicati;
- docce/valve gessate;
- bendaggio Desault;
- minerve (in cuoio);
- apparecchio di trazione cranica (tipo Halo);
- trazione/immobilizzazione dita (tipo Iselin).

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

- bendaggi, apparecchi, busti, corsetti c.d. "semirigidi";
- apparecchi toracico-brachiali non gessati e amovibili;
- bendaggi elastici adesivi;
- protesi in genere (app. di posizione – es. plantari);
- collari Shantz, Camp, simili;
- ginocchiere DonJoy;
- presidi di contenimento delle fratture nasali;
- stecche di Zimmer.

In caso di Frattura ossea o Lesione Capsulo-Legamentosa, clinicamente diagnosticata ma che non renda necessaria alcuna Ingessatura, come da definizione di Polizza, la Società provvede ad indennizzare una somma **pari al 50% di quella prevista** per Indennità da Ricovero indicata in Polizza, per il periodo di immobilizzazione prescritto e certificato, ma con un limite **massimo di 30 giorni** per Sinistro e per anno assicurativo.

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

4.3.8. Supervalutazione arti superiori

A parziale deroga dell'Allegato 2 – Tabella INAIL, la Somma Assicurata per Invalidità Permanente è interamente dovuta anche se l'Infortunio cagiona la perdita anatomica o funzionale di un solo arto superiore o avambraccio o di una sola mano, tutti prima integri e sani, convenendosi che in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali indennizzabili saranno diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Inoltre, le percentuali indicate nel predetto articolo relativamente alla perdita anatomica o funzionale delle dita delle mani e relative falangi, tutti prima integri e sani, si intendono così elevate:

DESCRIZIONE	PERCENTUALI (%)	
	DESTRO	SINISTRO
PERDITA TOTALE		
Del pollice	55	40
Della falange ungueale del pollice	25	20
Dell'indice	55	40
Della falange ungueale dell'indice	25	15
Del medio	25	15
Della falange ungueale del medio	10	8
Dell'anulare e del mignolo	20	15

La Supervalutazione di cui sopra risulta **operante entro un limite massimo di Euro 250.000,00** quale sottolimito della garanzia Invalidità Permanente nel caso questa risulti più elevata. Sull'eventuale parte di capitale superiore viene ripristinato il criterio di calcolo previsto dall'art. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità".

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

4.3.9. Malattie professionali per dirigenti di aziende industriali

Per i casi di Morte e di Invalidità Permanente, ovvero per quel solo caso dei due che sia incluso nell'Assicurazione, la garanzia viene estesa anche alle malattie professionali, che siano insorte nel corso della validità del contratto, intendendosi come tali quelle attualmente previste per l'industria esercitata dal Contraente nella "Tabella all. n. 4" al DPR 30 giugno 1965, n. 1124 e con la Franchigia relativa del 20% ivi prevista.

È fatta eccezione per la silicosi, per l'asbestosi, per l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) ed ogni sua variazione o mutazione futura, per le Malattie epidemiche o pandemiche e per le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche che si intendono escluse dalla garanzia.

Questa Assicurazione ha termine contemporaneamente alla cessazione della garanzia relativa al rischio Infortuni e viene prestata per le Somme Assicurate per la garanzia base Infortuni, con il massimo di Euro 110.000,00 per il caso di Morte e di Euro 110.000,00 per il caso di Invalidità Permanente.

4.3.10. Invalidità Permanente specifica per dirigenti di aziende industriali

In deroga a quanto stabilito dalle Norme che regolano l'Assicurazione Infortuni, si conviene che in caso di Invalidità Permanente conseguente ad Infortunio professionale che riduca a meno del 50% la capacità lavorativa del Dirigente Assicurato, valutata in base alla Tabella di cui all'allegato 1 del DPR 30 Giugno 1965, n. 1124 – **e sempreché non sia obiettivamente possibile la prosecuzione del rapporto di impiego né la costituzione di altro rapporto con altre aziende confacenti alla qualifica ed alle attitudini del Dirigente** – l'Indennizzo sarà liquidato sul 100% della somma di Invalidità Permanente assicurata in Polizza.

4.4 – Estensioni di garanzia sempre operanti

4.4.1. Rischio Volo

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

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

La somma che la Società sarà tenuta a pagare per effetto di questa garanzia, sia ai sensi della presente Polizza che; di eventuali altre assicurazioni da chiunque stipulate in favore degli stessi Assicurati per il rischio volo, non potrà superare il limite di:

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

In detta limitazione per aeromobile, rientrano anche le Somme Assicurate che si riferiscono ad eventuali altre persone coperte per lo stesso rischio con altre polizze Infortuni, individuali e/o cumulative, stipulate con la sottoscritta Società.

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

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

4.4.2. Commorienza genitori

(Operante solo in concomitanza con il caso Morte)

La Società liquida ai figli minori dell'Assicurato o comunque portatori di handicap (intendendosi per tali le persone riconosciute con Invalidità Permanente non inferiore al 66%), purché con lo stesso conviventi, che risultino beneficiari dell'Assicurazione, l'Indennizzo previsto in Polizza per il caso di Morte aumentato del 100%, **e fino ad un massimo d'aumento complessivo di Euro 200.000,00**, qualora il medesimo Infortunio indennizzabile a termini della presente Sezione provochi la morte dell'Assicurato e del Coniuge o del Convivente, entrambi assicurati con Polizza Infortuni con la

sottoscritta Società, fermi i limiti previsti agli artt. "4.4.1. Rischio Volo" e "4.4.6. Limitazione della garanzia per sinistri catastrofali".

4.4.3. Spese di rimpatrio

(Operante solo in concomitanza con il caso Invalidità Permanente)

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

4.4.4. Rischio di guerra all'estero

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

La presente estensione non è comunque operante per gli Infortuni aeronautici.

4.4.5. Morte presunta

(Operante solo in concomitanza con il caso Morte)

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

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

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

4.4.6. Limitazione della garanzia per sinistri catastrofali

Nel caso di Infortunio che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la presente Polizza in conseguenza di un unico avvenimento catastrofale, l'esborso complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di Euro 5.000.000,00.

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

Il limite sopra indicato deve intendersi ridotto ad Euro 1.000.000,00 per polizze di durata inferiore ad un anno.

4.4.7. Bricolage

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

4.4.8. Danno estetico

(Operante solo in concomitanza con il caso Invalidità Permanente)

In caso di Infortunio che comporti, oltre che un Indennizzo a titolo di Invalidità Permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Società rimborserà un ulteriore importo massimo di Euro 5.000,00 per le spese documentate e sostenute dall'Assicurato, per interventi di chirurgia plastica ed estetica, allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

4.4.9. Indennità per perdita dell'anno scolastico

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

4.4.10. Ernie traumatiche

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. "4.1 – Oggetto dell'Assicurazione", si intendono comprese le ernie traumatiche e le ernie addominali da Sforzo con l'intesa, per queste ultime, che:

- **la copertura assicurativa decorra dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia;**
- **qualora l'Ernia risulti operabile, verrà corrisposto solamente l'Indennizzo per il caso di Inabilità Temporanea, ove prevista, fino ad un massimo di 30 giorni;**
- **qualora l'Ernia risulti operabile ma non sia prevista in Polizza la garanzia Inabilità Temporanea, verrà corrisposta una somma forfettaria pari ad Euro 1.500,00;**
- **qualora l'Ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposto solamente un Indennizzo non superiore al 10% della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;**
- **qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'Ernia, la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'art. "6.2.1. - Procedura per la determinazione dell'Indennizzo in caso di controversie". In tali casi la Società riconosce l'Indennizzo senza l'applicazione delle franchigie eventualmente previste.**

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

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

4.4.11. Rotture tendinee sottocutanee

(Operante solo in concomitanza con il caso Invalidità Permanente)

A parziale deroga di quanto disposto dall'art. "4.6 – Esclusioni", si intendono comprese le rotture tendinee sottocutanee relative a:

- **tendine di Achille (trattate chirurgicamente o non);**

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

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

4.4.12. Aumento Somma Assicurata Morte in caso di rapina, tentata rapina, estorsione e tentato sequestro

(Operante solo in concomitanza con il caso Morte)

Qualora a seguito di rapina, tentata rapina, estorsione e tentato sequestro ai danni dell'Assicurato si verifichi la Morte dell'Assicurato stesso, la Società corrisponde ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi in parti uguali, la Somma Assicurata per il caso Morte aumentata del **30%**.

4.4.13. Malattie tropicali/ Malaria

(Operante solo in concomitanza con il caso Invalidità Permanente)

A parziale deroga di quanto indicato all'art. "4.1 – Oggetto dell'Assicurazione" la garanzia si intende estesa anche al caso di Invalidità Permanente derivante dal contagio di malattie tropicali e/o da malaria che le persone assicurate possano contrarre durante la loro permanenza all'estero, e che siano state diagnosticate dai medici curanti. Per tale garanzia la Società corrisponderà un Indennizzo **fino al limite massimo di Euro 100.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo**.

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

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

L'Indennizzo è subordinato alla condizione obbligatoria che l'Assicurato fosse in perfette condizioni di salute nel momento in cui si sia recato all'estero. Occorre inoltre che l'Assicurato si sia sottoposto a tutta la profilassi prevista dalle Autorità sanitarie dei paesi ospitanti.

In caso di divergenza sulla diagnosi della Malattia la decisione verrà presa dal Collegio medico sulla base della procedura prevista dall'art. "6.2.1. Procedura per la determinazione dell'Indennizzo in caso di controversie".

4.4.14. Contemporaneo Ricovero di entrambi i Coniugi

(Operante solo in concomitanza con il caso Indennità da Ricovero)

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, ambedue i Coniugi (o convivente more uxorio), di cui almeno uno Assicurato, siano ricoverati in struttura sanitaria, la Società riconosce all'Assicurato, per ciascun giorno di contemporaneo Ricovero, l'Indennità da Ricovero prevista sulla scheda di Polizza con una maggiorazione pari al 50%. **Tale maggiorazione non verrà riconosciuta per l'eventuale Convalescenza successiva al Ricovero.**

4.4.15. Infortuni causati da calamità naturali

A parziale deroga di quanto indicato all'art. "4.6 – Esclusioni", l'Assicurazione si intende estesa agli Infortuni derivanti da movimento tellurico, terremoto, inondazione od eruzione vulcanica, maremoto o alluvione.

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

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

La presente garanzia non è valida nel caso di polizze di durata inferiore ad un anno, e non è soggetta all'adeguamento previsto dalla clausola all'art. "2.13 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione", qualora questa clausola venga richiamata in Polizza.

4.4.16. Recovery Hope

(Operante solo in concomitanza con il caso Morte)

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

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

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

1. se l'Assicurato sarà rimasto in coma per un periodo continuativo e ininterrotto di 180 giorni;
2. se sarà stata data comunicazione alla Compagnia, per iscritto e secondo le stesse modalità per la denuncia, sia dell'inizio dello stato di coma, sia dell'avvenuto superamento del periodo di 180 giorni continuativi e ininterrotti; in entrambi i casi tale comunicazione dovrà essere fatta alla Compagnia, a pena di decadenza, entro dieci giorni, rispettivamente dalla data di inizio del coma e dalla data di superamento di 180 giorni di coma;
3. se sarà stata fornita alla Compagnia la documentazione richiesta da questa, ai sensi dell'art. "6.2.6. Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi", su tale stato.

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

4.4.17. Infortuni derivanti da colpa grave e da tumulti popolari

In deroga agli artt. 1900 e 1912 del Codice Civile, si considerano in garanzia gli Infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato, nonché quelli derivanti da aggressioni, atti di terrorismo, scioperi, sommosse o tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**. Sono considerati in garanzia anche gli Infortuni derivanti da atti di temerarietà, se compiuti per dovere di solidarietà o per legittima difesa.

4.5 – Condizioni di operatività

(specifiche solo per la Sezione Infortuni)

4.5.1. Cambiamento dell'Attività Professionale assicurata

(Operante solo nel caso sia assicurata l'Attività Professionale)

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

Se nel corso del contratto si verificasse un cambiamento dell'Attività Professionale dichiarata, senza che l'Assicurato o il Contraente ne abbia dato comunicazione alla Società, in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'Indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il Rischio;
- l'Indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, secondo la tabella che segue, se la diversa attività aggrava il Rischio.

Attività svolta al momento del Sinistro	Attività dichiarata				
	Classe	A	B	C	D
A		100	100	100	100
B		80	100	100	100
C		60	70	100	100
D		40	50	70	100

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

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

4.5.2. Persone non assicurabili

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

4.5.3. Limitazione dell'Assicurazione agli Infortuni extraprofessionali

(valida ed operante se richiamata nella Scheda di Polizza)

A parziale deroga dell'art. "4.1 – Oggetto dell'Assicurazione", la copertura **vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale**. In caso di cessazione o sospensione dell'attività di lavoro dichiarata, la garanzia rimarrà operante sino al 60° giorno per le stesse somme indicate in Polizza.

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

4.5.4. Limitazione dell'Assicurazione agli Infortuni professionali

(valida ed operante se richiamata nella Scheda di Polizza)

A parziale deroga dell'art. "4.1 – Oggetto dell'Assicurazione", la copertura **vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nell'esercizio dell'Attività Professionale dichiarata**, compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di locomozione, **eccetto per la formula Multipli Retribuzioni**.

4.6 – Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- dalla guida:
 - di veicoli per i quali è prescritta, alla data di stipula della Polizza, una patente di categoria superiore alla B, salvo quanto previsto dalla garanzia "4.3.5. Sovrarischio di locomozione" se prestata;
 - di macchine agricole ed operatrici;
 - di natanti a motore per uso non privato;
 - di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo della prescritta abilitazione;

I rischi di cui alla presente lettera sono compresi in garanzia se l'Infortunio deriva dall'esercizio dell'Attività Professionale dichiarata.
- dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili (compresi deltaplani ed ultraleggeri), salvo quanto disposto dall'art. "4.4.1. Rischio Volo";
- dalla guida ed uso di mezzi subacquei;
- dalla pratica di pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, scalata di roccia o ghiaccio, speleologia, salto dal trampolino con sci od idroski, sci acrobatico, snowboard, sci estremo, kite surf, bob, bobsleigh (guidoslitta), discesa con skeleton bob o slittino da gara, rugby, football americano, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sports aerei in genere, freeclimbing, discesa di rapide, hockey;
- dalla partecipazione a competizioni - o relative prove - ippiche, calcistiche, ciclistiche, salvo che esse abbiano carattere ricreativo;
- dalla pratica di ogni disciplina sportiva svolta a carattere professionale o semiprofessionale (comprese gare, prove ed allenamenti), o che

- comunque preveda una Remunerazione Diretta o Indiretta
- h) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
 - i) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
 - j) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - k) da guerra o da operazioni militari in genere, insurrezione, movimento tellurico, inondazione od eruzione vulcanica, maremoto o alluvione;
 - l) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazione di particelle atomiche (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
 - m) da contaminazione di sostanze chimiche e/o biologiche (inquinamento, o non utilizzo o utilizzo limitato di beni a causa della presenza di sostanze chimiche o biologiche) anche se a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere;
 - n) da Pandemie: intendendosi patologie riconducibili ad epidemie aventi caratteristica di pandemia, dichiarate dall'OMS, di gravità e virulenza tale da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. Sono considerate tali a titolo esemplificativo: MERS, SARS, febbre gialla, chikungunya, febbre Zika, febbre del Nilo Occidentale, colera, shighellosi, febbre tifoide, meningite epidemica, peste, leptospirosi, hantavirus, febbre di Lassa, rickettsiosi, Ebola, virus di Marburgo, febbre emorragica del Congo, febbre della Rift Valley, vaiolo, virus Nipah, virus Hendra;
 - o) in occasione di esplosione o di emanazione di calore o di radiazioni provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure in occasione di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche nonché la produzione, detenzione ed uso di sostanze radioattive, salvo che il Sinistro non sia in alcun rapporto con tali eventi;
 - p) da energia nucleare ed ogni altro tipo di danno, perdita, costo o spesa – di qualsiasi natura – causati direttamente o indirettamente, risultanti da, derivanti da o connessi a reazioni nucleari, radiazioni nucleari o contaminazione radioattiva, indipendentemente da qualsiasi altra causa, concomitante o meno, che possa aver contribuito a provocare il Sinistro.

Non sono comprese nell'Assicurazione le rotture tendinee sottocutanee, salvo quanto disposto dall'art. "4.4.11. Rotture tendinee sottocutanee".

Si prende atto tra le Parti che per le seguenti attività:

- Agente di custodia
- Agente di pubblica sicurezza – poliziotto
- Carabiniere
- Forze armate in genere
- Guardia di Finanza
- Guardia giurata con trasporto di valori
- Guardia Giurata notturna
- Investigatore
- Polizia locale (Vigile urbano) – motociclista
- Polizia locale (Vigile urbano) – non motociclista
- Portavalori
- Sentinella
- Vigilantes con trasporto di valori, dalle garanzie prestate sono esclusi gli Infortuni conseguenza di conflitti a fuoco ed aggressioni subite dall'Assicurato, a motivo della Attività Professionale dichiarata in 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.

4.7 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie

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

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Invalità Permanente	===	<ul style="list-style-type: none"> • Franchigia indicata in Scheda di Polizza
Inabilità temporanea	<ul style="list-style-type: none"> • 50% dell'Indennizzo per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo parzialmente alle sue occupazioni • Massimo di 365 giorni 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 giorni per capitale assicurato pari o inferiore a Euro 30,00; • 8 giorni per capitale assicurato superiore a Euro 30,01; • 10 giorni per capitale assicurato superiore a Euro 50,01. <p>A meno che non venga prodotta documentazione del P.S.: nel tal caso le franchigie si intendono espresse nel modo seguente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 giorni per capitale assicurato pari o inferiore a Euro 30,00; • 6 giorni per capitale assicurato superiore a Euro 30,01; • 8 giorni per capitale assicurato superiore a Euro 50,01.

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Rimborso spese mediche	<ul style="list-style-type: none"> 30% della Somma Assicurata per le spese sostenute per terapie fisiche, fisioterapiche, rieducative e medicinali Massimo di Euro 10.000,00 per il figlio di età inferiore a due anni non assicurato, purché entrambi i genitori siano assicurati in Polizza 	<ul style="list-style-type: none"> Scoperto del 10% con un minimo di Euro 100,00 per Invalidità Permanente pari o inferiore al 15% Nessuno Scoperto per Invalidità Permanente superiore al 15%
Indennità da Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> Massimo di 365 giorni per singolo Ricovero e per anno assicurativo 50% della somma giornaliera assicurata in caso di: <ul style="list-style-type: none"> Ricovero per trapianto di organi "Day Hospital" (non inferiore a 5 giorni consecutivi, festività escluse) 	===
Indennità da post- Ricovero	<ul style="list-style-type: none"> Somma assicurata indicata in Scheda di Polizza per Indennità da Ricovero Giorni pari a quelli del Ricovero, con un massimo 60 giorni Massimo 365 giorni per la somma dei giorni di Ricovero + Post Ricovero Massimo 5 giorni in caso di parto 	===
Infezioni del virus H.I.V. ed epatite B e C (valida solo per medici e paramedici)	===	===
Indennità per Ingessatura	<ul style="list-style-type: none"> Somma assicurata indicata in Scheda di Polizza per Indennità da Ricovero Non cumulabile con Indennità da Ricovero Massimo di 45 giorni per gli arti superiori e di 90 giorni per gli arti inferiori, vertebre e bacino In caso di Frattura ossea o Lesione Capsulo-Legamentosa senza Ingessatura: Indennizzo del 50% della somma prevista per Indennità da Ricovero con un limite massimo di 30 giorni per Sinistro e per anno assicurativo 	===
Supervalutazione arti superiori	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 250.000,00 	===
Malattie professionali per dirigenti di Aziende industriali	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 110.000,00 per i casi Morte e IP 	Franchigia del 20% IP
Invalidità Permanente specifica per dirigenti di aziende industriali	===	Franchigia del 50% IP
Rischio volo	<ul style="list-style-type: none"> La somma delle garanzie ed eventuali altre assicurazioni, in abbinamento a polizze Infortuni individuali e/o cumulative con la Società, non può superare: <ul style="list-style-type: none"> per persona: <ul style="list-style-type: none"> Euro 1.100.000,00 per il caso di Morte; Euro 1.100.000,00 per il caso di Invalidità Permanente; Euro 260,00 al giorno in caso di Inabilità Temporanea Complessivamente per aeromobile: <ul style="list-style-type: none"> Euro 5.500.000,00 per il caso di Morte; Euro 5.500.000,00 per il caso di Invalidità Permanente; Euro 5.500,00 al giorno in caso di Inabilità Temporanea Se i capitali complessivamente assicurati eccedono tali importi, gli indennizzi spettanti sono calcolati con riduzione ed imputazione proporzionale sulle singole assicurazioni 	===
Commorienza genitori	<ul style="list-style-type: none"> Indennizzo Morte aumentato del 100%, fino a un massimo complessivo di Euro 200.000,00 	===

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Spese di rimpatrio	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 1.100,00 	5% Invalidità Permanente
Limitazione della garanzia per sinistri catastrofali	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 5.000.000,00 Fino a Euro 1.000.000,00 per polizze di durata inferiore a un anno 	===
Danno Estetico	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 5.000,00 per interventi di chirurgia plastica ed estetica 	===
Indennità per perdita dell'anno scolastico	<ul style="list-style-type: none"> Indennizzo pari a Euro 2.000,00 	===
Ernie traumatiche	<ul style="list-style-type: none"> In caso di Ernia operabile, viene corrisposto solo Indennizzo per Inabilità temporanea fino a un massimo di 30 giorni; se tale garanzia non è prevista in Polizza, somma forfettaria di Euro 1500,00 In caso di Ernia non operabile, Indennizzo non superiore al 10% della Somma Assicurata 	la copertura assicurativa decorre dal 181° giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia
Rotture tendinee sottocutanee	<ul style="list-style-type: none"> Indennizzo pari al 5% della Somma Assicurata per IP, fino a Euro 10.000,00 	Abolizione delle franchigie eventualmente previste
Rapina, tentata rapina, estorsione e tentato sequestro	<ul style="list-style-type: none"> In caso di Morte, viene riconosciuta la Somma Assicurata per il caso Morte aumentata del 30% 	===
Malattie tropicali / Malaria	<ul style="list-style-type: none"> Fino al limite massimo di Euro 100.000,00 per Sinistro e per anno assicurativo Se IP superiore al 15%, l'Indennizzo riconosciuto è: <ul style="list-style-type: none"> 10% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 16% ed il 27%; 25% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 28% ed il 37%; 40% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 38% ed il 47%; 55% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 48% ed il 60%; 70% del capitale assicurato per Invalidità comprese fra il 61% ed il 69%; 100% del capitale assicurato per Invalidità pari o superiori al 70% 	Nessun Indennizzo per IP pari o inferiore al 15%
Contemporaneo Ricovero di entrambi i Coniugi	<ul style="list-style-type: none"> Indennità da Ricovero con maggiorazione del 50% (non riconosciuta per eventuale Convalescenza Post-Ricovero) 	===
Infortuni causati da calamità naturali	<ul style="list-style-type: none"> Fino a Euro 4.000.000,00 	===
Recovery Hope	<ul style="list-style-type: none"> Indennità assicurata per il caso di Morte 	===

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

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

Premessa

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestate dalla Società tramite la Struttura Organizzativa 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 e che, in virtù di specifica convenzione, provvede per conto della Società al contatto con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni di assistenza previste in Polizza, con costi a carico della medesima Società.

Prestazioni

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

5.1 – Servizio Assistenza Sanitaria

1) Consulenza Sanitaria

- Informazione ed orientamento medico telefonico

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

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

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

- Consulenza sanitaria di Alta specializzazione

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

2) Consulenza telefonica medico specialistica

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

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

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

3) Organizzazione di visite specialistiche ed accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Validità territoriale: Italia

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

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

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

4) Invio di un medico al domicilio

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

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

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

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

5) Second Opinion: consulenza sanitaria di altissima specializzazione

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

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

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

costi.

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

6) Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

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

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

e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

7) Traduzione della Cartella Clinica

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

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

8) Collegamento continuo con il centro ospedaliero

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

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

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

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

9) Familiare accanto

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

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

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

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

10) Rientro sanitario

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

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

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

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

11) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

12) Rientro/ rimpatrio figli minori

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

13) Trasferimento/ rimpatrio della salma

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

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

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

14) Interprete a disposizione

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

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

15) Invio medicinali all'estero

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

Quando i medicinali, regolarmente prescritti all'Assicurato e commercializzati in Italia, non sono reperibili in loco ed a giudizio dei medici della Struttura Organizzativa non vi sono specialità medicinali equivalenti nel Paese straniero in cui si trova l'Assicurato; la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invia i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. **A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.**

16) Anticipo denaro per spese mediche all'estero

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

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

17) Prestazioni per Temporary Inability Care

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

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

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

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

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

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

17.1) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

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

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

17.2) Invio di un infermiere a domicilio

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

17.3) Invio di un fisioterapista a domicilio

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

17.4) Badante a domicilio

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

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

17.5) Consegna della spesa a domicilio

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

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

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

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

17.6) Esami del sangue a domicilio

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

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

17.7) Consegna esiti a domicilio

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

17.8) Consegna medicinali a domicilio

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

17.9) Ascolto e supporto psicologico

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

17.10) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

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

17.11) Disbrigo faccende domestiche

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

17.12) Ricovero auto

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

18) Ricovero presso una residenza sanitaria assistita

In alternativa a tutte le garanzie della copertura "TEMPORARY INABILITY CARE" precedentemente riportate al punto 17) la Struttura Organizzativa provvederà in caso di Infortunio, su richiesta dell'Assicurato, al reperimento ed al suo Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio, dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico la relativa spesa per la retta di degenza fino ad un massimo giornaliero pari a Euro 150,00 per un periodo massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data di Ricovero.

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

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

18.1) Disbrigo pagamento utenze domiciliari

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

18.2) Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, la

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

18.3) Ricovero Auto

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

5.2 – Estensione territoriale

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

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

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

5.3 – Modalità di erogazione

Tutte le forme di Assistenza vengono erogate esclusivamente a seguito di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza.

5.4 – Segreto professionale

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

5.5 – Esclusioni e delimitazioni

Sono esclusi dall'Assicurazione ogni Indennizzo, Prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

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

Le Prestazioni di assistenza non sono previste per:

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

Inoltre:

- la Struttura Organizzativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di Prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;

- la Struttura Organizzativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- nei casi in cui l'Assicurato benefici di Prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le Prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la Prestazione.
- In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- la Struttura Organizzativa tiene a proprio carico il costo delle Prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al Massimale restano a carico dell'Assicurato;
- il diritto alle Prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro;
- ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Struttura Organizzativa derivante dal presente Contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso.

La Struttura Organizzativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

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

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

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

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

5.6 – Limiti di Indennizzo, scoperti e Franchigie

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

PRESTAZIONI	LIMITI ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
Familiare Accanto	<ul style="list-style-type: none"> • Solo se Ricovero superiore a 4 giorni: un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R) • Se Ricovero superiore a 7 giorni: soggiorno (pernottamento + prima colazione) in albergo in loco per un familiare, fino a Euro 500,00 per evento
Interprete a disposizione	Fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento
Anticipo denaro per spese mediche all'estero	Anticipo fino a un massimo di Euro 1.000,00
Prestazioni per temporary inability care: a) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche: b) Invio di un infermiere a domicilio c) Invio di un fisioterapista a domicilio d) Badante a domicilio e) Consegna della spesa a domicilio f) Esami del sangue a domicilio g) Consegna esiti a domicilio h) Consegna medicinali a domicilio i) Ascolto e supporto psicologico j) Disbrigo pagamento utenze domiciliari k) Disbrigo faccende domestiche l) Ricovero Auto	<ul style="list-style-type: none"> • Solo se prognosi di inabilità temporanea superiore a 7 giorni • Solo per un periodo massimo di 30 giorni continuativi e non frazionabili dalla data di dimissione • Solo una volta per patologia/ evento e anno assicurativo • Massimali raddoppiati se Assicurato è in condizioni di non autosufficienza
a) Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche	Fino a Euro 350,00 di rimborso per evento in caso di indisponibilità attrezzature
b) Invio di un infermiere a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a Euro 500,00 di spesa ogni 7 giorni di prognosi • Fino a concorrenza limite capitale assicurato di rimborso solo se per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile fornire l'assistenza
c) Invio di un fisioterapista a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> • Per le 2 settimane successive alle dimissioni dal Ricovero per Infortunio • Costi fino a Euro 500,00
d) Badante a domicilio	Fino a Euro 500,00 per evento
e) Consegna della spesa a domicilio	Massimo importo totale della spesa per consegna: Euro 200,00
f) Disbrigo faccende domestiche	<ul style="list-style-type: none"> • Fino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi • Fino a concorrenza limite capitale assicurato di rimborso solo se per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile fornire l'assistenza
Ricovero presso una residenza sanitaria assistita Comprende anche: i. Disbrigo pagamento e utenze domiciliari ii. Disbrigo faccende domestiche iii. Ricovero Auto	<ul style="list-style-type: none"> • Fino a Euro 150,00 per la retta giornaliera • Fino ad un massimo di Euro 160,00 di rimborso solo se per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile fornire il Ricovero presso una residenza sanitaria assistita

PRESTAZIONI	LIMITI ALLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
ii. Disbrigo faccende domestiche	<ul style="list-style-type: none">• Fino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi• Fino ad un massimo di Euro 170,00 di rimborso solo se per cause indipendenti dalla volontà della Struttura Organizzativa, risultasse impossibile fornire l'assistenza

6. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

6.1 - Norme valide per tutte le sezioni assicurate

6.1.1. Obblighi in caso di Sinistro

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

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

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

A mezzo telefono al numero verde (dall'Italia):	800 93.63.63
A mezzo telefono (dall'estero):	+39.06.4210.3030
A mezzo fax al numero verde:	800.60.61.61
A mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. – Direzione Sinistri Piazza Guglielmo Marconi, 25 – 00144 Roma
A mezzo posta elettronica indirizzata a:	sinistri@hdia.it
A mezzo posta elettronica certificata , solo per i titolari di Posta Elettronica Certificata (PEC) indirizzata a:	sinistri@pec.hdia.it oppure hdi.assicurazioni@pec.hdia.it
Rivolgendosi al proprio Intermediario	
Per le richieste di intervento relative alla Sezione Assistenza direttamente alla Struttura Organizzativa di Europ Assistance Italia S.p.A. al numero verde 800 93.63.63 , oppure nei modi previsti dall'articolo "6.3.1. Obblighi specifici" delle Norme valide per la Sezione Assistenza.	
Per informazioni sui Sinistri rivolgersi al numero verde: 800 93.63.63 oppure al proprio Intermediario	

6.1.2. Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

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

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

Esclusivamente per le polizze cumulative, il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni che i singoli Assicurati avessero in corso o stipulassero in proprio con altre Società. In caso di Infortunio, resta comunque espressamente confermato il disposto dell'art. "4.1.1. Morte".

6.2 - Norme valide per la Sezione Infortuni

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

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

- divergenze sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o sulla durata dell'Inabilità Temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dagli artt. "4.1.2.1. Criteri di indennizzabilità";
- 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 remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Al termine dell'Arbitrato l'Assicurato, qualora vincitore, si vedrà rifondere le spese inizialmente sostenute.

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

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

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

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

In caso di sopraggiunta morte dell'Assicurato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente in favore dell'Assicurato (salvo che la morte sia causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza includa la garanzia per il caso morte di cui all'art. "4.1.1. Morte", nel qual caso l'Indennizzo per l'Evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente), la Società, liquida agli eredi dell'Assicurato:

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

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

Se invece l'Assicurato muore prima che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali (salvo che la morte sia causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza includa la garanzia per il caso morte di cui all'art. "4.1.1. Morte" nel qual caso l'Indennizzo per l'evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente), la Società liquida agli eredi dell'Assicurato, l'importo oggettivamente determinabile sulla base di documentazione sanitaria (ad esempio, certificazione INAIL, certificazione INPS, certificazione ospedaliera, relazione medica di parte), prodotta dagli aventi diritto, idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

6.2.3. Rinuncia al diritto di surroga

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

6.2.4. Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

La Società, ricevuta la documentazione richiesta, riconosciuta l'indennizzabilità del Sinistro e determinato l'Indennizzo dovuto, ne comunica l'importo agli interessati. Ricevuta notizia della loro accettazione, la Società provvede al relativo pagamento entro 30 giorni dalla data di quest'ultima. In caso di contenzioso civile, l'Indennizzo o risarcimento verrà erogato negli stessi termini temporali, in ossequio a quanto disposto dal giudice in sentenza e nel rispetto dei termini previsti dal Codice di Procedura Civile.

6.2.5. Documenti richiesti in caso di morte dell'Assicurato

Nei casi in cui il Beneficiario dell'Indennizzo sia un soggetto diverso dall'Assicurato, per il caso di morte di quest'ultimo e in tutti i casi in cui il diritto all'Indennizzo sia trasmesso agli eredi dell'Assicurato per successione ereditaria (come nel caso di cui all'art. "6.2.2. Indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte dell'Assicurato"), i Beneficiari, gli eredi dell'Assicurato o il Contraente, dovranno consegnare alla Società i seguenti documenti:

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

6.2.6. Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi

Fermo quanto previsto dall'art. "6.1.1. Obblighi in caso di Sinistro", la denuncia dell'Infortunio **deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e causa dell'Infortunio e deve essere corredata da certificato medico attestante entità e sede delle lesioni.**

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici. Nel caso di Inabilità Temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

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

- fornire copia della Cartella Clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- **inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi alla Società.**
- consentire alla Società le indagini, i controlli medici e gli accertamenti necessari, insieme ad ogni altra informazione richiesta, a tal fine esonerando dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

6.3 - Norme valide per le Sezioni Assistenza

Premessa

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

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

6.3.1. Obblighi specifici

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

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

- per telefonate dall'Italia: **800 93.63.63**
- per telefonate dall'estero: **+39.06.4210.3030**

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

Si dovranno comunicare subito all'operatore le seguenti informazioni:

- tipo di intervento richiesto;
- nome e cognome;

- indirizzo del luogo in cui ci si trova;
- numero di Polizza
- recapito telefonico.

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

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI)

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

Inoltre, l'Assicurato dovrà:

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

ALLEGATI

ALLEGATO 1 CATALOGO ATTIVITA' PROFESSIONALI

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
506	Abbattitore di piante (boscaiolo)	D
171	Accalappiacani	B
2	Accompagnatore turistico	A
1	Accompagnatore/accompagnatrice	A
172	Accordatore di strumenti musicali	B
385	Acqueforti (riproduttore di)	C
386	Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie anche con manutenzione e riparazione	C
173	Addetto a funivie, seggiovie, ovovie, cabinovie senza manutenzione	B
510	Addetto di giardini zoologici	D
175	Addobbatore	B
176	Agente di Assicurazione	B
3	Agente di borsa e di cambio	A
4	Agente di commercio che non provvede alla consegna di prodotti	A
177	Agente di commercio che provvede anche alla consegna di prodotti	B
180	Agente di pubblicità	B
181	Agente di viaggio	B
178	Agente immobiliare	B
179	Agente marittimo	B
182	Agente: teatrale, collocamento, cinematografico	B
511	Agricoltore, con uso di macchine agricole	D
183	Agricoltore, senza uso di macchine agricole	B
184	Agrimensore/Agronomo	B
185	Albergatore con mansioni promiscue/manuali	B
186	Albergatore senza lavoro manuale	B
187	Allenatore sportivo dilettantistico	B
188	Allestitore	B
513	Allevatore di animali equini, bovini, suini	D
191	Ambasciatore	B
	Ambulante (vedi Venditore ambulante)	B
5	Amministratore in genere	A
6	Analista finanziario	A
192	Animatore di villaggi turistici	B
7	Annunciatrice	A
514	Antennista: con accesso a tetti	D
193	Antennista: senza accesso ai tetti	B
194	Antiquario con attività di restauro	B
8	Antiquario senza attività di restauro, solo vendita	A
9	Antropologo	A
388	Apicoltore	C
195	Archeologo	B
196	Architetto con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
10	Architetto senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
198	Argentiere: con lavorazione	B
197	Argentiere: solo vendita	B
199	Arredatore	B
390	Arrotino	C
200	Artista di strada, esclusi spettacoli acrobatici	B
391	Ascensorista: addetto a riparazione e/o manutenzione	C
515	Ascensorista: con installazione impianti	D
392	Asfaltatore	C
201	Assistente alla poltrona (studio dentistico)	B
11	Assistente geriatrico	A
202	Assistente sociale	B

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
203	Attacchino	B
204	Attore/Direttore Artistico	B
393	Ausiliario del traffico	C
12	Ausiliario socio-sanitario	A
517	Autista di autoambulanza	D
516	Autista di autocarri e motocarri con operazioni di carico e scarico	D
395	Autista di autocarri e motocarri senza operazioni di carico e scarico	C
394	Autista di pullman ed autobus	C
205	Autista, esclusi autocarri, motocarri, pullman ed autobus	B
206	Autolavaggio	B
396	Autorimessa: con attività di manutenzione, lavaggio, riparazione	C
207	Autorimessa: senza lavoro manuale/solo lavoro amministrativo	B
208	Autoscuola: istruttore di pratica/guida	B
13	Autoscuola: istruttore di teoria	A
518	Autotrasportatore: con guida e con operazioni di carico e scarico	D
209	Autotrasportatore: senza guida e senza operazioni di carico e scarico	B
210	Avorio/pietre dure: lavorazione	B
14	Avvocato/Procuratore legale	A
15	Baby sitters	A
16	Badante	A
211	Bagnino	B
397	Ballerina/o	C
17	Bambino in età prescolare	A
212	Bar ed esercizi simili	B
213	Barbiere	B
215	Barelliere	B
216	Barista	B
18	Battitore d'asta	A
19	Benestante senza particolari occupazioni	B
217	Benzinaio, senza riparazione	B
20	Bibliotecario	A
218	Biciclette: riparazione	B
219	Biciclette: solo vendita	B
220	Bidello	B
221	Bigiotteria: lavorazione oggetti	B
21	Bigliettaio	A
22	Biologo	A
399	Borse - lavorazione	C
	Boscaiolo (vedi Abbattitore di piante)	D
23	Botanico	A
24	Broker assicurativo	B
400	Bronzo - lavorazione	C
222	Brunitore	B
25	Burattinaio	A
26	Call center addetto	A
223	Callista	B
224	Calzolaio	B
225	Cameraman	B
226	Cameriere	B
227	Camiciaia/bustaia	B
27	Cancelliere	A
401	Candele - lavorazione	C
228	Cantante	B
229	Cantiniere	B
230	Cantoniere	B
28	Capostazione	A
231	Cappellaio	B
232	Cardatore	B

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
520	Carpentiere navale	D
519	Carpentiere: con accesso a impalcature, tetti, ponti e pozzi	D
403	Carpentiere: solo a terra (lavorazioni in legno o ferro)	C
404	Carrozziere	C
405	Cartaio	C
29	Cartolaio	A
233	Casalinga	B
406	Casaro: con allevamento di bestiame	C
234	Casaro: senza allevamento di bestiame	B
30	Casellante (autostradale, ferroviario)	A
235	Cassiere di banca o supermercato	B
31	Cassiere di cinema o teatro	A
407	Cavaiolo: con lavoro manuale senza uso di mine	C
236	Cavaiolo: senza lavoro manuale	B
32	Centralinista	A
237	Ceramiche: lavorazione, con modellatura e cottura	B
	Ceramiche: sola vendita (vedi Negozi di Vendita)	B
33	Certificatore di bilancio	A
34	Certificatore di qualità	A
238	Cesellatore	B
239	Cestaio	B
240	Chimico di laboratorio senza trattamento di materiali esplosivi o esplosivi	B
35	Chimico senza attività di analisi e sperimentazione in laboratori	A
241	Cineoperatore	B
	Clero (vedi Ministro del culto)	A
242	Clown	B
243	Cocchiere	B
	Collaboratore familiare (vedi Domestica/o)	B
408	Collaudatore di veicoli a motore (esclusi modelli da competizione)	C
36	Commercialista	A
244	Commerciante all'ingrosso: che viaggia spesso o con sovrintendenza a lavori manuali.	B
409	Commerciante all'ingrosso: con lavorazione manuale (carico e scarico-guida di auto)	C
37	Commerciante all'ingrosso: prevalentemente in ufficio	B
245	Commesso in servizio prevalentemente esterno, addetto a trasporto e consegna	B
38	Commesso in servizio prevalentemente interno (no trasporto e consegna)	A
410	Commesso viaggiatore: con trasporto e consegna merce	C
246	Commesso viaggiatore: senza trasporto e senza consegna merce	B
411	Concessionario auto e moto: con riparazione - manutenzione	C
39	Concessionario auto e moto: solo vendita	A
412	Conciatore	C
248	Coniatore	B
249	Console	B
40	Consulente del lavoro e simili	A
41	Controllore	A
250	Corallo: lavorazione	B
251	Cordami: lavorazione	B
42	Coreografo	A
43	Corista	A
413	Cornici: fabbricazione	C
252	Cornici: sola vendita	B
44	Corriere con mansioni amministrative	A
414	Corriere con recapito	C
45	Costumista	A
46	Critico d'arte	A
415	Cromatore/Nichelatore	C
47	Cronista	A
48	Croupier	A
253	Cuoco	B

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
416	Cuoio e pellame - lavorazione	C
254	Custode cimiteriale	B
49	Custode: non notturno, non armato	A
417	Custode: notturno o armato o di cantieri, impianti industriali	C
524	Decoratore/imbianchino con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	D
418	Decoratore/imbianchino senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	C
525	Demolitore	D
255	Dentista	B
256	Diplomatico	B
50	Direttore d'orchestra	A
257	Dirigente esterno e/o con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	B
51	Dirigente, escluso accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
258	Disegnatore: che frequenta ambienti di lavoro	B
52	Disegnatore: solo in ufficio	A
259	Disinfestatore: solo a terra, non a bordo di navi	B
53	Disk jockey	A
420	Distributore di carburanti liquidi: con riparazioni/lavaggio e simili	C
261	Dog sitters	B
54	Doganiera	A
262	Domestica/o	B
55	Doppiatore	A
263	Doratore	B
264	Droghiere	B
265	Ebanista	B
56	Editore	A
421	Elettrauto	C
422	Elettricista: in laboratorio, all'interno di fabbricati	C
526	Elettricista: all'esterno di fabbricati su impalcature e/o a contatto con correnti ad alta tensione	D
266	Elettrodomestici, radio e TV: installazione e/o riparazione (escluso antennista)	B
57	Elettrodomestici, radio e TV: solo vendita	A
423	Elettrotecnico	C
267	Enologo/Enotecnico	B
58	Erborista	A
268	Esattore: prevalentemente esterno	B
59	Esattore: prevalentemente in ufficio	A
424	Escavatorista	C
269	Estetista	B
425	Fabbro: solo a terra	C
527	Fabbro: su impalcature, tetti, ponti, pozzi	D
426	Facchino	C
427	Falegname: solo a terra	C
528	Falegname: su impalcature, tetti, ponti, pozzi	D
529	Fantino	D
60	Farmacista	A
	Fattore di campagna (vedi Agricoltore)	B
270	Fattorino anche all'esterno di uffici	B
61	Fattorino solo all'interno di uffici	A
	Ferrista (vedi Assistente alla poltrona)	B
62	Ferroviero addetto alla biglietteria o altra attività senza lavoro manuale	A
428	Ferroviero addetto allo smistamento merci e alla manutenzione, macchinista	C
63	Figurista	A
271	Filatore	B
272	Fiorista	B
64	Fisioterapista	A
273	Floricoltore: senza uso di trattori	B
429	Floricoltore: con uso di trattori	C
430	Fonditori di metalli	C
431	Fornaio	C

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
274	Fotografo: anche esterno - fotoreporter	B
65	Fotografo: solo in studio	A
66	Fotomodella	A
432	Fresatore	C
275	Fruttivendolo	B
	Fuochista (vedi Riscaldamento)	B
67	Gallerista	A
433	Galvanoplastica - lavorazione	C
276	Gelataio (anche ambulante) - confezione e vendita	B
277	Geologo: attività esterna	B
68	Geologo: solo in ufficio	A
434	Geometra all'esterno e/o con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	C
69	Geometra senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature	A
70	Gestore di cinema e teatri	A
531	Giardiniere con potatura di alberi ad alto fusto	D
278	Giardiniere senza potatura di alberi ad alto fusto	B
279	Gioielliere	B
71	Giornalaio/edicola	A
280	Giornalista: cronista	B
72	Giornalista: Direttore/Redattore	A
532	Giostraio	D
281	Gommista: montaggio, riparazione e vendita	B
73	Governante	A
74	Grafico	A
533	Gruista (compreso montaggio)	D
283	Guantaio	B
435	Guardia Caccia	C
284	Guardia campestre	B
534	Guardia del corpo	D
436	Guardia forestale	C
536	Guida Alpina/Portatore	D
75	Guida turistica	A
537	Idraulico: con accesso impalcature, tetti, pozzi	D
439	Idraulico: senza accesso impalcature, tetti, pozzi	C
	Illusionista (vedi Prestigiatore)	B
285	Imbalsamatore di animali	B
	Imbianchino (vedi Decoratore)	A
286	Impagliatore (di sedie, recipienti)	B
287	Impiegato con partecipazione a lavori di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.	B
77	Impiegato: amministrativo in genere	A
288	Imprenditore con lavori di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.	B
440	Imprenditore con lavoro di pesante manualità con uso di macchine operatrici	C
538	Imprenditore edile che prende parte ai lavori	D
78	Imprenditore in genere che non lavora manualmente	A
289	Incisore	B
79	Indossatore	A
290	Infermiere	B
80	Ingegnere senza accesso a cantieri	A
441	Ingegnere: anche esterno e/o con accesso a cantieri o processi lavorativi	B
442	Insegnante di ballo	C
291	Insegnante di educazione fisica	B
443	Insegnante di materie professionali con prove in laboratorio	C
81	Insegnante di materie professionali senza prove in laboratorio	A
292	Insegnante di sostegno	B
293	Insegne - installazione: non più di 4 mt. da terra	B
539	Insegne - installazione: oltre 4 mt. da terra/su tetti	D
444	Installatore di distributori automatici (compresa manutenzione)	C
294	installatore di telefoni, elettrodomestici, radio, TV (escluso antennista)	B

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
445	Installatore di tende, veneziane, serramenti con uso di ponteggi e impalcature	C
295	Installatore di tende, veneziane, serramenti senza uso di ponteggi e impalcature	B
296	Intagliatore	B
297	Intarsiatore	B
82	Interprete	A
298	Ispettore di Assicurazione/bancario	B
299	Lattaio	B
300	Lattoniere solo a terra	B
301	Lavandaio	B
448	Lavoratore forestale	C
449	Levigatore di pavimenti	C
83	Libraio	A
450	Linotipista/Litografo	C
302	Liutaio	B
84	Logopedista	A
85	Logoterapista	A
451	Lucidatore (pelli, mobili, metalli)	C
86	Lustrascarpe	A
452	Macellaio con macellazione	C
303	Macellaio senza macellazione	B
87	Magazziniere: capo con compiti direttivi	A
453	Magazziniere: con impiego di mezzi di sollevamento	C
304	Magazziniere: in esercizio con stivaggio piccoli colli	B
305	Magistrato/Giudice	B
306	Magliaia/o	B
307	Manicure	B
454	Maniscalco	C
456	Marmista: solo a terra ed all'esterno di cave	C
540	Marmista: su impalcature/ponti o in cave	D
308	Massaggiatore	B
457	Materassaio	C
458	Meccanico	D
309	Mediatore di legname o bestiame	B
88	Mediatore, esclusi legname e bestiame	A
89	Medico che non pratica attività chirurgica	A
310	Medico che pratica attività chirurgica	B
311	Merchandiser/Visual merchandiser	B
90	Merciaia	A
91	Messo comunale	A
92	Metereologo	A
541	Minatore	D
93	Ministro del culto - escluse missioni all'estero	A
312	Missionario all'estero	B
313	Mobiliere: addetto alla sola vendita, senza fabbricazione	B
459	Mobiliere: fabbricazione mobili in ferro e/o legno	C
94	Modella	A
314	Modellista	B
315	Modista	B
460	Montatore (meccanico)	C
542	Mosaicista: con accesso a impalcature o ponti	D
461	Mosaicista: solo all'interno di fabbricati	C
	Motocicli (vedi Concessionario)	A
462	Motorista	C
463	Mugnaio	C
543	Muratore	D
316	Musicista: escluso orchestrale sinfonico/lirico	B
95	Musicista: orchestrale sinfonico/lirico	A
317	Necroforo	B

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
464	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli igienico-sanitari con installazione	C
320	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): materiale per l'edilizia	B
318	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli caccia pesca escluso armi	B
319	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): cinghie, prodotti chimici, articoli industriali	B
96	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): abiti, confezioni, filati, tessuti, pizzi ecc.	A
97	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): animali vivi	A
100	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli igienico-sanitari senza installazione	A
98	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli ortopedici	A
99	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): articoli religiosi	A
101	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): borse, pelletterie, calzature, guanti	A
102	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): cartoleria, libreria	A
103	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): casalinghi, ceramiche, cristallerie	A
104	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): colori, vernici, ferramenta, gomma	A
105	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): drogheria, vini, liquori	A
106	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): erboristerie	A
107	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): fotografia, ottica, strumenti musicali, dischi	A
108	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): giocattoli, articoli sportivi	A
109	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): gioielleria, orologeria, bigiotteria	A
110	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): panetteria, gelateria senza produzione	A
111	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): profumerie	A
112	Negozi di Vendita (proprietari e addetti): sali, tabacchi	A
321	Negoziante di supermarket, minimarket, bazar	B
465	Nichelatore/Cromatore	C
113	Notaio	A
322	Odontoiatra/odontotecnico	B
466	Operaio - con uso di macchine ed accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature	C
323	Operaio - senza uso di macchine e senza accesso ad officine, cantieri, ponteggi ed impalcature	C
114	Operatore di medicina alternativa	A
324	Operatore ecologico	B
115	Operatore informatico	A
116	Operatore turistico	A
467	Orafo - lavorazione metalli preziosi	C
468	Orefice - riparazione metalli preziosi	C
117	Orefice - sola vendita	A
	Organista (vedi Liutaio)	B
325	Orologiaio - con riparazione	B
118	Orologiaio - sola vendita	A
326	Orticolto	B
469	Ortopedico (fabbricazione di apparecchi)	C
327	Oste	B
119	Ostetrica	A
328	Ottico: riparazione, montaggio, costruzione di materiali	B
329	Panettiere	B
330	Paramedico	B
120	Parceggiatore	A
	Parroco (vedi Ministro del culto)	A
121	Parrucchiere per signora	A
331	Pastaio/Pasticcere	B
332	Pastore	B
470	Pavimentatore/Piastrellista: all'interno di fabbricati	C
544	Pavimentatore/Piastrellista: su impalcature e tetti	D
334	Pedicure	B
335	Pellettieri	B
336	Pellicciaio	B
122	Pensionato	A
337	Perito	B
	Personal trainer (vedi Preparatore atletico)	C
338	Pescivendolo	B

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
123	Phone center addetto	A
	Piastrellista (vedi Pavimentatore)	B
339	Piazzista	B
124	Pittore: solo in studio	A
473	Pittore: su impalcature	C
340	Pizzaiolo	B
474	Plastica (stampaggio)	C
125	Podologo	A
126	Politico	A
504	Polizia locale (Vigile urbano) - motociclista	C
384	Polizia locale (Vigile urbano) - non motociclista	B
341	Pompe Funebri: fuori ufficio	B
127	Pompe Funebri: solo in ufficio	A
475	Pony express	C
128	Portaborse	A
	Portantino (vedi Barelliere)	B
129	Portiere di stabili	A
477	Portuale (dipendente, esclusi facchini)	C
343	Posatore di parquet	B
344	Postino	B
476	Potatore di alberi	C
130	Pranoterapista	A
478	Preparatore atletico	C
345	Presentatore	B
131	Preside	A
346	Prestigiatore	B
132	Procacciatore di affari	A
133	Professore universitario	A
134	Programmatore	A
135	Promoter	A
136	Promotore finanziario	A
137	Provveditore agli studi	A
138	Psicanalista	A
139	Psichiatra	A
140	Psicologo	A
141	Pubblicista	A
142	Pubblicitario	A
548	Pulizia, riparazione e manutenzione di cisterne e serbatoi in genere	D
479	Pulizia: all'interno di fabbricati	C
547	Pulizia: anche all'esterno di fabbricati	D
347	Quadro con partecipazione a lavoro di leggera manualità e/o che accede a laboratori, magazzini ecc.	B
143	Quadro con sola attività amministrativa	A
144	Questore	A
480	Radiologo	C
549	Radiotecnico: con installazione e/o riparazione di antenne	D
348	Radiotecnico: senza posa o riparazione antenne	B
481	Rame - lavorazione	C
349	Rammendatrice/Ricamatrice	B
482	Rappresentante con consegna di prodotti	C
350	Rappresentante senza consegna di prodotti	B
351	Regista (cinema, teatro, TV)	B
483	Restauratore di opere d'arte: di mobili	C
352	Restauratore di opere d'arte: solo a terra o in laboratorio	B
484	Restauratore di opere d'arte: su ponteggi	C
145	Revisore dei conti	A
146	Ricamatrice	A
147	Ricercatore scientifico	A
354	Riflessuologo	B

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
355	Rigattiere	B
356	Rilegatore	B
357	Riparatore di elettrodomestici, macchine per ufficio e di calcolo, computer	B
485	Riscaldamento: (installazione e/o riparazione di impianti) senza accesso ad impalcature	C
550	Riscaldamento: con accesso ad impalcature	D
358	Ristorante/Pizzeria/Trattoria: con mansioni promiscue	B
148	Ristorante/Pizzeria/Trattoria: senza lavoro manuale	A
359	Rosticciere	B
	Sacerdote (vedi Ministro del culto)	A
149	Sagrestano	A
486	Saldatore (saldatura autogena elettrica)	C
360	Salumiere	B
361	Sarto	C
487	Scalpellino (marmi/pietre) non in cava	C
150	Sceneggiatore	A
362	Scenografo	B
151	Scrittore	A
488	Scultore - anche su impalcature e ponti	C
363	Scultore - solo a terra	B
152	Segretario di pubblica amministrazione	A
364	Sindacalista	B
153	Sindaco	A
365	Smaltatore di oggetti	B
366	Smerigliatore di vetri e cristalli	B
489	Soffiatore di vetro	C
367	Sommelier	B
553	Spazzacamino	D
490	Specchi - fabbricazione e/o lavorazione	C
154	Specchi - sola vendita	A
155	Spedizionario che accede agli ambienti di lavoro senza partecipazione manuale	A
491	Spedizionario che effettua anche carico e scarico	C
554	Speleologo	D
555	Spurgatore di pozzi neri e manutentore di reti fognarie	D
492	Stagnino - anche su impalcature	C
368	Stagnino - solo a terra	B
493	Stalliere	C
494	Stampatore	C
156	Stilista	A
369	Stiratore	B
157	Stiratrice	A
158	Strillone (giornali)	A
159	Studente	B
160	Suora	A
370	Tabaccaio	B
556	Tagliapietre con accesso a cave	D
495	Tagliapietre senza accesso a cave	C
371	Tagliatore di pietre preziose	B
496	Tappezziere	C
372	Tatuatore	B
373	Taxista	B
557	Tecnico di laboratorio	D
374	Tessitore	B
375	Tintore	B
497	Tipografo	C
161	Tirocinante presso le ASL	A
376	Toelettatore di animali	B
377	Topografo: anche all'esterno	B
162	Topografo: solo in studio	A

<i>Codice attività</i>	<i>Descrizione Attività</i>	<i>Classe</i>
498	Tornitore	C
163	Traduttore	A
378	Tranviere	B
558	Trattorista	D
559	Trivellatore	D
164	Truccatore	A
165	Ufficiale giudiziario	A
166	Usciere	A
379	Valigiaio	B
380	Vasaio con fabbricazione	B
499	Venditore ambulante	C
560	Verniciatore, con accesso ad impalcature e tetti e/o all'esterno di navi	D
500	Verniciatore, senza accesso ad impalcature o tetti, escluso navi	C
381	Veterinario in cliniche per animali (aree metropolitane)	B
501	Veterinario, in zone agricole	C
502	Vetraio con accesso a ponteggi ed impalcature	C
382	Vetraio solo a terra	B
383	Vetrinista con preparazione mostre	B
167	Vetrinista, senza preparazione mostre	A
503	Vigilantes senza trasporto di valori	C
	Vivaista (vedi Giardiniere senza potatura di alberi ad alto fusto)	B
505	Vulcanizzatore	C
168	Xilografo	A
169	Zincografo	A
170	Zoologo	A

ALLEGATO 2
TABELLA INAIL

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio		15
Sordità completa bilaterale		60
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio		35
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi		40
Altre menomazioni della facoltà visiva		(vedi relativa tabella)
Stenosi nasale assoluta unilaterale		8
Stenosi nasale assoluta bilaterale		18
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30
Perdita di un rene con integrità del rene superstite		25
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica		15
Per la perdita di un testicolo non si corrisponde Indennità		==
Esiti di Frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50	40
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40	30
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85	75
b) per amputazione al terzo superiore	80	70
Perdita del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75	65
Perdita dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70	60
Perdita di tutte le dita della mano	65	55
Perdita del pollice e del primo metacarpo	35	30
Perdita totale del pollice	28	23
Perdita totale dell'indice	15	13
Perdita totale del medio		12
Perdita totale dell'anulare		8
Perdita totale del mignolo		12
Perdita della falange ungueale del pollice	15	12
Perdita della falange ungueale dell'indice	7	6
Perdita della falange ungueale del medio		5
Perdita della falange ungueale dell'anulare		3
Perdita della falange ungueale del mignolo		5
Perdita delle due ultime falangi dell'indice	11	9
Perdita delle due ultime falangi del medio		8
Perdita delle due ultime falangi dell'anulare		6
Perdita delle due ultime falangi del mignolo		8
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110°-75°:		
a) in semipronazione	30	25
b) in pronazione	35	30
c) in supinazione	45	40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25	20
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55	50
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40	35
b) in pronazione	45	40
c) in supinazione	55	50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35	30
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18	15
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22	18
b) in pronazione	25	22
c) in supinazione	35	30
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole		45
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna Indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del collo	2	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

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



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

Mod. S4311 – Ed. 01/2026

HDI
ASSICURAZIONI