

Aprile
2026



[Protezione Infortuni HDI]

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

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

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

talánx.



INDICAZIONI DI LETTURA DEL CONTRATTO

Abc

Alcune frasi sono scritte in grassetto ed evidenziate in grigio per richiamare l'attenzione sulle clausole che indicano decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie oppure oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato: **Queste parti devono essere lette attentamente dal Contraente/Assicurato.**

Abc

Le parole definite nell'art. 1 (Definizioni) vengono utilizzate nel testo del Contratto con lettera maiuscola.



AREA CLIENTI HDI

Dopo la sottoscrizione del contratto, registrati alla tua area riservata tramite il sito www.hdiassicurazioni.it, sezione "Area Clienti" per **consultare e gestire i tuoi contratti** (per esempio: consultare le coperture assicurative che hai con HDI, lo stato dei pagamenti, le prossime scadenze e molto altro ancora).

Per tenerti aggiornato sulle attività che puoi eseguire nell'Area Clienti, ti suggeriamo di consultarla regolarmente.



App My HDI

Accedi all'Area Clienti anche tramite l'**app gratuita My HDI** scaricabile da Apple App Store e Google Play.



CONTATTI UTILI

HDI ASSICURAZIONI

SERVIZIO SINISTRI

(Lun. - Ven. 8:00 - 18:00)

Telefono (numero verde):

Fax:

Posta elettronica:

Posta elettronica certificata:

HDI Assicurazioni S.p.A. – Direzione Sinistri

Piazza Guglielmo Marconi, 25
00144 Roma

800.23.31.20

800.60.61.61

sinistri@hdia.it

sinistri@pec.hdia.it oppure
hdi.assicurazioni@pec.hdia.it

RECLAMI

posta elettronica:

reclami@hdia.it

PARTNER TUTELA LEGALE

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

I sinistri devono essere comunque denunciati attraverso il servizio Sinistri di HDI Assicurazioni S.p.A. (Vedere sopra).

PARTNER ASSISTENZA

Per le richieste di intervento relative alla sezione Assistenza contattare direttamente la Struttura Organizzativa:

EUROP ASSISTANCE ITALIA S.P.A.

Telefono (numero verde dall'Italia):

Telefono (dall'estero):

Assistenza domiciliare integrata:

Europ Assistance Italia S.p.A.

Via del Mulino, 4
20057 Assago (MI)

800.010.634

+39.02.58.28.62.06

02.58.28.62.06 / 800.010.634

STRUTTURA E CARATTERISTICHE GENERALI DEL PRODOTTO

Protezione Infortuni HDI è una soluzione multigaranzia in grado di proteggere, con un unico contratto, fino a 10 persone contro le conseguenze negative di infortuni o malattie.


Per ogni persona (nominativamente indicata) sarà possibile scegliere garanzie, somme assicurate ed estensioni di garanzia diverse (Garanzie Facoltative).











- Sezioni sempre incluse, non prestabili singolarmente
- - - Sezioni opzionali, prestabili singolarmente
- - - Sezioni opzionali, non prestabili singolarmente, ma abbinare alla Sezione Infortuni o Invalidità Permanente da Malattia

Ulteriore personalizzazione è possibile anche grazie alle garanzie facoltative previste nelle varie sezioni.

- GARANZIA PRINCIPALE** (sempre inclusa - almeno una - se selezionata la relativa sezione)
- GARANZIA ALTERNATIVA** (selezionabile in alternativa ad altra garanzia)
- GARANZIA OPZIONALE** (abbinabile alla garanzia principale con pagamento di un premio aggiuntivo e valide se indicate in polizza)

SEZIONI	ELENCO GARANZIE	GARANZIE PRINCIPALI	GARANZIE OPZIONALI	GARANZIE DA ABBINARE OBBLIGATORIAMENTE
 SEZIONE INFORTUNI	Invalidità Permanente da Infortunio	<input checked="" type="checkbox"/>		Obbligatoria
	Morte		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio		<input type="checkbox"/>	Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio
	Indennità giornaliera per Gessatura		<input type="checkbox"/>	Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio e Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio
	Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Rimborso spese mediche da Infortunio		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Rendita vitalizia annua da Infortunio		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività lavorativa		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Supervalutazione dell'Invalidità Permanente - Dita delle mani		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Estensione HIV		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Sport impegnativi		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Calamità naturali		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio
	Integrazione per Dirigenti		<input type="checkbox"/>	Invalidità Permanente da Infortunio

SEZIONI	ELENCO GARANZIE	GARANZIE PRINCIPALI	GARANZIE OPZIONALI	GARANZIE DA ABBINARE OBBLIGATORIAMENTE
 SEZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	Invalidità Permanente da Malattia			Obbligatoria
 SEZIONE ASSISTENZA	Servizio Assistenza Infortuni			Obbligatoria (sempre prestata)
	Servizio Assistenza Domiciliare e Care Manager			Servizio Assistenza Infortuni
 SEZIONE TUTELA LEGALE	Opzione Light			Obbligatoria
	Opzione Premium			(alternativa a Opzione Light)

PROTEZIONE INFORTUNI HDI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

INDICE

1. DEFINIZIONI	3
2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	7
2.1 – Decorrenza della Polizza e pagamento del Premio	7
2.2 – Durata e proroga della Polizza.....	7
2.3 – Recesso in caso di Sinistro	7
2.4 – Modifiche dell'Assicurazione	8
2.5 – Altre Assicurazioni	8
2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati	8
2.7 – Aggravamento del Rischio	8
2.8 – Diminuzione del Rischio.....	8
2.9 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (Oblio oncologico)	8
2.10 – Oneri fiscali	8
2.11 – Rinvio alle norme di legge	8
2.12 – Foro competente.....	8
2.13 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione	8
2.14 – Assicurazione per conto altrui.....	9
2.15 – Recesso da contratti conclusi a distanza.....	9
2.16 - Misure restrittive (Sanction Limitation and Exclusion Clause)	9
3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI	10
3.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Infortuni	10
3.2 – Oggetto dell'Assicurazione	10
3.3 – Estensioni di garanzia sempre operanti	11
3.4 – Esclusioni.....	12
3.5 – Garanzie facoltative.....	13
3.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie.....	21
3.7 – Estensione territoriale.....	22
4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	23
4.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Invalidità Permanente da Malattia.....	23
4.2 - Oggetto dell'Assicurazione	23
4.3 – Esclusioni	23
4.4 – Garanzie Facoltative	24
4.5 – Estensione territoriale.....	25
5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA	26
5.1 – Servizio Assistenza Infortuni	26
5.2 – Servizio Assistenza Domiciliare e Care Manager.....	28
5.3 – Estensione territoriale.....	29
5.4 – Segreto professionale	29
5.5 – Esclusioni.....	29
6. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE TUTELA LEGALE	30
6.1 – Oggetto dell'Assicurazione	30
6.2 – Assicurati	30
6.3 – Ambito di operatività delle garanzie.....	30
6.4 – Garanzie prestate – Opzione Light.....	30
6.5 – Garanzie prestate – Opzione Premium	30
6.6 – Spese non coperte dalla Polizza.....	30
6.7 – Esclusioni.....	31
6.8 – Limiti di copertura.....	31
6.9 – Massimali.....	31
6.10 – Operatività delle garanzie in presenza di Polizza di responsabilità civile.....	31
6.11 – Estensione territoriale - Dove operano le garanzie	31
6.12 – Validità delle garanzie - Quando sono coperti i Sinistri	31
7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	32
7.1 - Norme valide per tutte le Sezioni.....	32
7.2 - Norme valide per la sezione Infortuni	33

7.3 - Norme valide per la sezione Invalidità Permanente da Malattia.....	34
7.4 - Norme valide per la sezione Assistenza.....	34
7.5 - Norme valide per la sezione Tutela Legale.....	34
ALLEGATI	36
Allegato 1 – Catalogo attività professionali.....	36
Allegato 2 – Tabella INAIL.....	39
Allegato 3 – Tabella CAE.....	41
Allegato 4 – Tabella oblio oncologico.....	43

1. DEFINIZIONI

1. DEFINIZIONI

Per la corretta interpretazione della Polizza e delle garanzie prestate, le Parti attribuiscono ai seguenti termini il significato di seguito precisato:

Area Europea

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

Assicurato

La persona fisica nel cui interesse è stipulata la Polizza e a cui spettano i diritti da essa derivanti.

Assicurazione

Si veda Polizza.

Attività Professionale

L'attività che l'Assicurato svolge a carattere continuativo, abituale e remunerativo o che richiede una conoscenza tecnica particolare.

Beneficiario

La persona fisica o giuridica indicata dal Contraente in Scheda di Polizza che riceve l'Indennizzo in caso di morte dell'Assicurato. Se il Contraente non indica nessun Beneficiario, i Beneficiari sono gli eredi legittimi dell'Assicurato in parti uguali o, se esistenti, gli eredi testamentari.

Cartella Clinica

Il documento ufficiale, con valore di atto pubblico, redatto durante il Day Hospital o il pernottamento in Istituto di Cura. Contiene le principali informazioni sul paziente, tra cui le generalità complete, diagnosi, anamnesi prossima e remota, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami effettuati e diario clinico.

Conclusione del trattamento attivo della patologia (Obligo oncologico)

Ai fini della formazione dell'obbligo oncologico, per conclusione del trattamento attivo della patologia si intende, in mancanza di recidive, la data dell'ultimo trattamento farmacologico antitumorale, radioterapico o chirurgico.

Coniugi

Le persone unite in matrimonio secondo le norme vigenti, comprese le coppie unite civilmente o, comunque, conviventi more uxorio.

Condizioni di Assicurazioni

Indica queste condizioni di assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula la Polizza.

Day Hospital / Day Surgery

Il ricovero, anche non continuativo, con assegnazione di un posto letto ma senza pernottamento, presso un Istituto di Cura. Deve essere documentato da una Cartella Clinica che indica i giorni di effettiva degenza ed è finalizzato a cure mediche, trattamenti terapeutici o riabilitativi, oppure a interventi chirurgici che richiedono assistenza medica o infermieristica continua.

Diritto all'obbligo oncologico

Il diritto, previsto dall'articolo 2 della Legge 7 dicembre 2023, n. 193 in relazione alla stipulazione o al rinnovo di contratti assicurativi, delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni, né subire indagini, ivi incluse visite mediche di controllo e accertamenti sanitari, in merito alla pregressa condizione patologica da cui siano state precedentemente affette ed il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di dieci anni alla data della richiesta. Tale periodo è ridotto a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla tabella di cui all'Allegato I, del Decreto del Ministero della salute del 22 marzo 2024, il diritto all'obbligo oncologico, in deroga ai termini previsti dall'articolo 2, comma 1, della legge 7 dicembre 2023, n. 193, matura nei termini indicati nello stesso Allegato.

Franchigia / Scoperto

Parte del danno che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali per le invalidità, in giorni per le indennità o in importo fisso per i rimborsi spese.

Frattura

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

Gessatura

L'applicazione di gesso o bende gessate o l'immobilizzazione con tutori rigidi applicati e rimossi solo da parte di personale medico o paramedico specializzato in Istituto di Cura o ambulatorio in caso di lesione accertata attraverso esami diagnostici.

Inabilità Temporanea

La temporanea incapacità, totale o parziale, dell'Assicurato di svolgere le Attività Professionali dichiarate nella Scheda di Polizza, per un periodo di tempo limitato.

1. DEFINIZIONI**Indennizzo, Indennità o Rimborso**

La somma che la Società paga in caso di Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, o alle altre cause espressamente previste all'art. "3.2 – Oggetto dell'Assicurazione". L'evento deve produrre lesioni fisiche obiettivamente constatabili con espressa esclusione degli eventi dovuti a cause virulente, infettive e/o parassitarie.

Intermediario

La persona fisica o giuridica, 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 o in ambulatorio, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Si considera Intervento Chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, che comporta il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo e la riduzione incruenta di Fratture e lussazioni.

Invalità Permanente

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

Istituti di Cura

Le strutture sanitarie pubbliche o le case di cura private autorizzate ad erogare prestazioni sanitarie incluse quelle effettuate in regime di Ricovero o Day Hospital/Day Surgery dei malati in base alle norme vigenti.

Non si considerano "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza, le case di riposo e le case di cura che erogano prestazioni di natura estetica, di benessere o dietologiche e le residenze sanitarie assistenziali.

Lesione Muscolare

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

Lesione Capsulo-Legamentosa

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

Malattia

Qualsiasi alterazione dello stato di salute, clinicamente diagnosticabile, che non è causata da un Infortunio.

Malformazione – Difetto Fisico

Ogni alterazione congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che è evidente o può essere clinicamente diagnosticata con visita medica o accertamenti strumentali prima della stipula della Polizza.

Massimale

La somma massima, per persona, che la Società paga per uno o più Sinistri che si sono verificati nel corso di uno stesso Periodo di Assicurazione.

Nucleo Familiare

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

Parti

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

Periodo di Assicurazione

Nel caso in cui la Polizza prevede una durata annuale o poliennale, è il periodo compreso tra la data di decorrenza della Polizza e la prima scadenza annua immediatamente successiva e, per le annualità successive, è il periodo tra due scadenze successive di Polizza. Se la Polizza è stipulata per una durata inferiore all'anno, è il periodo che coincide con la durata stessa della Polizza.

Personale Navigante Aereo

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

Polizza

Il contratto di assicurazione che riporta i dati anagrafici del Contraente, quelli necessari alla gestione del contratto, il Premio, le dichiarazioni del Contraente, i dati identificativi del Rischio assicurato, la firma delle Parti e comprende queste Condizioni di Assicurazione.

Premio

La somma che il Contraente paga alla Società come corrispettivo della prestazione assicurativa.

Questionario Sanitario

Il documento che l'Assicurato compila per descrivere il proprio stato di salute.

1. DEFINIZIONI**Regolarità pura**

È un tipo di gara dove è previsto l'uso di veicoli o natanti a motore, il cui principale obiettivo è rispettare i tempi previsti e non la velocità lungo i diversi settori in cui è diviso il percorso (controlli orari) e i diversi tratti dello stesso (prove di classifica).

Remunerazione Diretta

Compenso monetario, determinato, a carattere continuativo, che i praticanti di uno sport ricevono per le 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 che prevede il pernottamento in Istituto di Cura.

Rischio

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

Rottura Sottocutanea

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

Scene Pericolose

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

Scheda di Polizza

Il documento che disciplina la copertura assicurativa dove sono riportati i dati anagrafici del Contraente e dell'Assicurato, le garanzie prestate, la durata ed i Premi dovuti e che costituisce parte integrante della documentazione contrattuale. Può comprendere uno o più allegati.

Sforzo

L'impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, messe in atto dall'Assicurato anche volontariamente, che superano per intensità le proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro.

Sportivi Professionisti / Semiprofessionisti

I soggetti che praticano uno sport e che percepiscono una Remunerazione Diretta o Indiretta.

Sinistro

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

Società

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

Somma assicurata

Importo indicato nella Scheda di Polizza, in base al quale è calcolato l'Indennizzo secondo le Condizioni di Assicurazione e che rappresenta l'Importo massimo che la Società paga in relazione alle garanzie prestate.

Definizioni specifiche per la Sezione Assistenza**Care Manager**

L'infermiere professionista con capacità di gestione, organizzazione e orientamento in ambito socio-assistenziale.

Malattia Improvvisa

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

Prestazione

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

Struttura Organizzativa

La struttura di Europ Assistance Italia S.p.A. – Via del Mulino, 4 – 20057 Assago (MI), costituita da responsabili, personale (medici, tecnici, operatori), attrezzature e presidi (centralizzati e non) in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, all'organizzazione ed erogazione delle Prestazioni.

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

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

1. DEFINIZIONI**Fase Stragiudiziale**

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

Fatto Illecito

La violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.

Perito

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

Responsabilità Contrattuale

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

Responsabilità Extracontrattuale

La responsabilità civile che ricade sul soggetto che commette un Fatto Illecito, doloso o colposo e provoca ad altri un danno ingiusto.

Sanzione Amministrativa

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

Spese di Giustizia

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

Spese di Soccombenza

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

Vertenza

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

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

2.1 – Decorrenza della Polizza e pagamento del Premio

Per la sezioni Infortuni, Assistenza e Tutela Legale, la Polizza 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.**

Per la sola Sezione Invalidità Permanente da Malattia:

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

La Polizza è valida se viene pagato il Premio, che può essere frazionato secondo quanto indicato dal successivo art. "2.1.1. Decorrenza della Polizza e pagamento del Premio – frazionamento annuale e semestrale" e "2.1.2. Decorrenza della Polizza e pagamento del Premio – frazionamento mensile". Salvo in caso di frazionamento mensile come indicato all'art. "2.1.2. Decorrenza della Polizza e pagamento del Premio – frazionamento mensile", **il Contraente paga il Premio all'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, autorizzato a rilasciare quietanza di pagamento, oppure alla Società.**

2.1.1. Decorrenza della Polizza e pagamento del Premio – frazionamento annuale e semestrale

Nel caso la Polizza preveda il frazionamento annuale o semestrale del Premio, se il Contraente non paga una o più rate di Premio successive alla prima, **la Polizza resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza** e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento e fino alle successive scadenze.

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

Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento la Polizza cessa di diritto.

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

2.1.2. Decorrenza della Polizza e pagamento del Premio – frazionamento mensile

Nel caso la Polizza preveda il frazionamento mensile, **il Premio deve essere pagato esclusivamente con procedura SDD (SEPA Direct Debit)** secondo le seguenti modalità:

- la prima rata di Premio **deve essere corrisposta all'Intermediario all'atto della sottoscrizione della Polizza;**
- l'SDD sarà attivato **a partire dalla 2° rata di Premio.**

Il Contraente, all'atto della sottoscrizione della Polizza, **deve compilare su apposito documento fornito dalla Società il relativo mandato SDD (SEPA Direct Debit) di addebito diretto sul conto corrente.**

In caso di variazione o modifica del conto corrente, **il Contraente dovrà darne tempestivo avviso al proprio Intermediario** e compilare un nuovo "mandato SDD" per garantire la continuità dei versamenti.

In caso di mancato pagamento di una singola rata mensile, l'importo della stessa viene addebitato nuovamente insieme a quella immediatamente successiva e, se il pagamento va a buon fine, la copertura assicurativa non subisce interruzioni.

La copertura assicurativa resta sospesa:

- nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive: a partire dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo alla data di scadenza della seconda rata di Premio non pagata;
- in caso di mancata comunicazione del Contraente di modifica o di chiusura del rapporto di conto corrente: dalle ore 24 del trentesimo giorno in cui sarebbe previsto il pagamento della rata di Premio mensile successiva alla modifica o chiusura del rapporto di conto corrente.

In entrambi i casi di sospensione, la copertura assicurativa riprende vigore dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga, direttamente presso l'Intermediario al quale è assegnata la Polizza, **tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità.**

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

Decorsi 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento la Polizza cessa di diritto.

2.2 – Durata e proroga della Polizza

La Polizza scade alle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di Polizza.

Se non è diversamente indicato nella Scheda di Polizza, la Polizza è stipulata 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, la Polizza di durata non inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

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

2.3 – Recesso in caso di Sinistro

Il Contraente o la Società possono recedere dalla Polizza con un preavviso di 30 giorni dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato in base alle Condizioni di Assicurazione e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o dal rifiuto dell'indennizzo.

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

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

L'eventuale pagamento dei Premi scaduti dopo la denuncia del Sinistro, o qualunque atto della Società, non possono essere interpretati come rinuncia delle Parti ad avvalersi della facoltà di recesso descritto in questo articolo.

L'eventuale recesso non produce effetti sulla Sezione Invalidità permanente da Malattia, se la garanzia risulta attiva in Polizza.

2.4 – Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche della Polizza **devono essere provate per iscritto e firmate dalla Società e dal Contraente.**

2.5 – Altre Assicurazioni

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

2.6 – Dichiarazioni sui Rischi assicurati

La Polizza vale nei termini previsti da queste Condizioni di Assicurazione e sulla base delle dichiarazioni del Contraente o dell'Assicurato, il quale deve dare alla Società tutte le informazioni richieste per la valutazione del Rischio.

Se non lo fa per dolo o colpa grave su fatti che conosce o potrebbe conoscere e che sono rilevanti ai fini della valutazione del Rischio, la Società può annullare la Polizza e l'Assicurato può perdere il diritto all'indennizzo secondo l'art. 1892 del Codice civile.

Se non lo fa, ma senza dolo o colpa grave o su fatti che non conosceva e che non poteva verificare, la Società può recedere dalla Polizza secondo l'art. 1893 e 1894 del Codice civile. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

L'Assicurato non è tenuto a sottoporsi a visite mediche di controllo e accertamenti sanitari finalizzati ad ottenere informazioni in merito a patologie oncologiche da cui lo stesso sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, nei termini indicati dalla legge n. 193 del 2023 e nei relativi decreti attuativi.

2.7 – Aggravamento del Rischio

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

A soli fini della Sezione Invalidità Permanente da Malattia, ed a parziale deroga (a favore dell'Assicurato) dell'art. 1898 del Codice civile sul tema dell'aggravamento del Rischio, quest'ultimo articolo non trova applicazione in relazione all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso della Polizza, **a eccezione di quanto stabilito dall'art. "4.1.2. Persone non assicurabili"**.

2.8 – Diminuzione del Rischio

Se diminuisce il Rischio la Società riduce il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato secondo l'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

2.9 – Diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (Oblio oncologico)

Il Contraente o l'Assicurato che ha avuto una malattia oncologica il cui trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni), non è tenuto a fornire informazioni né a sottoporsi a visite mediche o altri accertamenti sanitari su tale malattia oncologica. Sono previsti termini inferiori per le malattie oncologiche elencate nella Tabella di cui all'Allegato I al Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute e successive modifiche e integrazioni, riportata nell'Allegato 2 presente in calce.

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

Se le informazioni sono state fornite in precedenza, una volta trascorso il termine di 10 anni (o 5 anni se la malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o i termini più brevi per le malattie oncologiche elencate nell'Allegato 2 presente in calce, il Contraente o l'Assicurato invia, mediante raccomandata AR o PEC, la certificazione medica che attesta che la malattia oncologica si è conclusa nei termini indicati sopra. La società procederà alla cancellazione delle informazioni entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione attestante l'avvenuto oblio oncologico.

2.10 – Oneri fiscali

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

2.11 – Rinvio alle norme di legge

La Polizza è regolata dalla legge italiana che disciplina tutto quanto non espressamente previsto da queste Condizioni di Assicurazione.

2.12 – Foro competente

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

2.13 – Adeguamento automatico annuale – Indicizzazione

La Polizza è soggetta all'adeguamento automatico per indicizzazione, salvo diverse indicazioni presenti nella Scheda di Polizza, secondo le seguenti regole.

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

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

2. NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Se la variazione dell'indice supera il doppio dell'importo iniziale stabilito per le Somme assicurate, Massimali e Premi, ciascuna delle Parti può rinunciare all'adeguamento; in questo caso viene mantenuto l'importo dell'ultimo adeguamento effettuato.

Non subiscono l'adeguamento per indicizzazione:

- i Limiti di Indennizzo;
- le Franchigie;
- i minimi e massimi di Scoperto;
- i valori espressi in percentuale;
- la garanzia Rendita vitalizia annua da Infortunio;
- tutte le Prestazioni dell'articolo "5 - Norme che regolano la Sezione Assistenza".

2.14 – Assicurazione per conto altrui

Il Contraente deve rispettare gli obblighi richiesti dalla Polizza anche se questa è stipulata per conto altrui, a eccezione degli obblighi che per loro natura devono essere rispettati dall'Assicurato, come disposto dall'art. 1981 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 può chiedere il Recesso entro i 14 giorni successivi alla data di conclusione del contratto o, se successiva, dalla data di ricevimento della documentazione contrattuale. In questo caso, la Società rimborsa la quota di Premio – al netto dell'imposta – per il Periodo di Assicurazione non goduto.

Come da art. 67 duodecies par. 5, lettera c) del Codice del Consumo, il diritto di recesso non può essere esercitato se è stato denunciato un Sinistro oggetto di copertura.

Per chiedere il recesso, il Contraente 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 deve inoltre restituire alla Società copia dei documenti assicurativi o, in caso di esigenze particolari deve fornire la documentazione in originale.

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. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

la Sezione Infortuni è valida solo se richiamata nella Scheda di Polizza

3.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Infortuni

3.1.1. Cambiamento dell'Attività Professionale assicurata

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente alla Società eventuali cambiamenti dell'Attività Professionale dichiarata ed indicata nella Scheda di Polizza.

Se il Contraente o l'Assicurato non comunica alla Società il cambiamento dell'Attività Professionale, in caso di Infortunio avvenuto nello svolgimento della diversa attività:

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

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

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

Per la classificazione di attività non specificate nel "Catalogo delle Attività Professionali" saranno considerate attività equivalenti o analoghe tra quelle elencate.

In ogni caso la Società non paga l'Indennizzo se la diversa attività svolta al momento del Sinistro rientra tra le seguenti:

- attività che comportano il contatto con materiali radioattivi, corrosivi, velenosi, esplosivi o merci pericolose;
- attività circensi;
- attività dello spettacolo, cinema / teatro e simili in presenza di Scene Pericolose;
- Forze Armate (FF. AA.), Corpi di Polizia o Corpo nazionale dei vigili del fuoco;
- fantini / Driver (trotto);
- guardie del corpo / buttafuori;
- guide alpine;
- istruttori o allenatori di: alpinismo / bob / deltaplano / hydrospeed / paracadutismo / parapendio / rafting / roccia / salto dal trampolino con gli sci / sci-snowboard acrobatico / sci-snowboard alpinismo / slittino / volo;
- istruttori di corsi di sopravvivenza;
- palombari / sommozzatori / sub professionisti;
- speleologi;
- piloti professionisti di auto, motocicli e natanti / collaudatori di veicoli / istruttori di guida sportiva;
- attività aeronautiche: piloti, collaudatori, personale di volo, componenti equipaggio di cabina, personale navigante aereo;
- Sportivi Professionisti / Semiprofessionisti.

3.1.2. Ridefinizione del Premio per età

Ad ogni scadenza annuale, la Società ricalcola il Premio in base all'età raggiunta da ciascun Assicurato, applicando i Coefficienti di Adeguamento per Età, di cui all'"Allegato 3 – Tabella CAE" riportata in allegato a queste Condizioni di Assicurazione.

3.1.3. Persone non assicurabili

La Società non assicura persone affette da:

- Alcolismo;
- Tossicodipendenza;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- Epilessia;
- Sindromi organiche cerebrali;
- Disturbi schizofrenici;
- Disturbi paranoici;
- Forme maniaco-depressive.

Se una o più delle patologie sopraindicate insorgono durante l'efficacia della Polizza, il Contraente o l'Assicurato devono comunicare tempestivamente tale aggravamento del Rischio alla Società che può valutare di recedere dalla Polizza secondo l'art. 1898 del Codice civile, se ci sono i presupposti.

3.2 – Oggetto dell'Assicurazione

La Polizza vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisce – nel periodo di efficacia della Polizza – durante lo svolgimento:

- dell'Attività Professionale indicata nella Scheda di Polizza;

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

- di ogni altra attività se non ha carattere di professionalità.

Sono equiparati ad Infortunio i seguenti casi:

- a) asfissia di origine non morbosa;
- b) avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
- c) avvelenamento del sangue o infezione, **se l'agente infettivo si è introdotto nell'organismo in modo traumatico attraverso una lesione del tessuto epidermico esterno;**
- d) avvelenamento acuto o infezione in conseguenza di morsi di animali o punture di insetti o di vegetali, **escluse le Malattie malariche e tropicali;**
- e) annegamento;
- f) assideramento o congelamento;
- g) colpo di sole o di calore;
- h) folgorazione o elettrocuzione;
- i) lesioni muscolari determinate da sforzi, **con esclusione degli infarti;**
- j) rotture sottocutanee dei tendini, **nei limiti indicati di cui all'art. "3.3.7. Rottura Sottocutanea dei tendini";**
- k) ernie addominali da Sforzo, **nei limiti indicati all'art. "3.3.8. Ernie addominali da Sforzo".**

La Polizza vale anche per gli Infortuni avvenuti:

- l) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- m) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- n) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti con movente politico, sociale o sindacale, **se l'Assicurato non vi ha preso parte attiva;**
- o) In qualità di passeggero durante viaggi aerei per scopi turistici, trasferimento o di trasporto pubblico effettuati su velivoli o elicotteri da chiunque eseguiti **ad eccezione di quanto indicato al successivo art. "3.4 - Esclusioni punto 3).**

3.2.1. Garanzia Base – Invalidità Permanente da Infortunio

La Società paga l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente si verifica – anche successivamente alla scadenza della Polizza – **entro due anni dal giorno dell'Infortunio.**

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente avviene secondo l'art. "3.2.2. – Criteri di indennizzabilità", in base ai valori percentuali indicati dalla Tabella INAIL o, in alternativa, dalla Tabella ANIA a seconda dell'opzione contrattuale scelta ed indicata nella Scheda di Polizza.

La Società paga l'indennizzo in base:

- alla Somma assicurata;
- alla percentuale di Invalidità Permanente accertata secondo la Tabella INAIL o ANIA prescelta;
- al tipo di Franchigia attiva indicata nella Scheda di Polizza.

3.2.2. Criteri di indennizzabilità

La Società paga l'Indennizzo **per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, la Società indennizza le conseguenze che si sarebbero comunque verificate se 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 e uditive si quantifica il grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicare 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.**

Se l'Infortunio determina menomazioni a più di uno dei distretti anatomici o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni e la loro somma **non può superare il valore che corrisponde alla perdita totale dell'arto stesso.**

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

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

3.3 – Estensioni di garanzia sempre operanti

(Le seguenti estensioni di garanzie sono sempre valide per gli Infortuni indennizzabili a termini di questa sezione)

3.3.1. Adattamento domestico

In caso di Infortunio, **se l'Invalidità Permanente accertata è superiore al 60%**, la Società rimborsa le spese che l'Assicurato sostiene per realizzare interventi alla propria abitazione di domicilio o residenza.

La Società rimborsa solo le spese che l'Assicurato documenta e sostiene entro due anni dalla data dell'Infortunio e che riguardano:

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

Il Rimborso avviene nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

3.3.2. Adattamento autoveicolo

In caso di Infortunio, **se l'Invalidità Permanente accertata è superiore al 60%**, la Società rimborsa le spese che l'Assicurato sostiene per adattare il proprio veicolo allo scopo di continuare a guidare.

La Società rimborsa solo le spese che l'Assicurato documenta e sostiene entro due anni dalla data dell'Infortunio.

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

Il Rimborso avviene nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

3.3.3. Spese psicoterapeutiche

In caso di Infortunio, **se l'Invalidità Permanente accertata è superiore al 60%**, la Società rimborsa le spese che l'Assicurato o, in alternativa, un componente del suo Nucleo Familiare, sostiene per colloqui psicoterapici prescritti ed effettuati da uno psicologo regolarmente abilitato.

La Società rimborsa solo le spese sostenute entro due anni dalla data dell'Infortunio.

Il Rimborso avviene nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

3.3.4 Ricovero contemporaneo Coniugi

(Valida solo se attiva in Polizza la garanzia Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio)

Se, **a seguito di Infortunio riconducibile ad uno stesso evento**, avviene il Ricovero contemporaneo di entrambi i Coniugi in Istituto di Cura, ed **almeno uno di essi risulta Assicurato con la presente Polizza**, la Società paga all'Assicurato un'indennità giornaliera.

L'indennità è pagata per ogni giorno di contemporaneo Ricovero e per uno o più Sinistri che dovessero verificarsi nel corso dello stesso Periodo di Assicurazione ed è pari all'Indennità giornaliera da Ricovero indicata nella Scheda di Polizza maggiorata del 50%.

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

3.3.5 Indennità perdita anno scolastico

In caso di Infortunio che colpisce un Assicurato **di età inferiore ai 20 anni**, regolarmente iscritto a scuole di istruzione primaria o secondaria, che comporta l'impossibilità di frequentare le lezioni per un numero di giorni che, a norma delle disposizioni tempo per tempo vigenti in materia, determina la perdita dell'anno scolastico, la Società paga l'Indennità forfetaria **nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".**

La Società riconosce l'Indennità solo se comprovata da specifica documentazione, rilasciata dall'istituto scolastico ed attestante che la perdita dell'anno è stata determinata esclusivamente dal numero di giorni di assenza dovuti all'Infortunio.

3.3.6 Danno estetico

La Società rimborsa, le spese documentate e **non altrimenti contrattualmente rimborsabili** sostenute dall'Assicurato per interventi di chirurgia estetico-ricostruttiva, a fronte di deturpazioni o sfregi di carattere estetico al viso **(escluso l'apparato dentario)** che sono la conseguenza di Infortunio indennizzabile.

La Società rimborsa solo le spese sostenute entro due anni dalla data dell'Infortunio.

Il Rimborso avviene nei limiti indicati all'art. "3.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

3.3.7 Rottura Sottocutanea dei tendini

(Valida solo se attiva per l'Assicurato la Franchigia 3% assorbibile indicata all'art. 3.5.1.)

Per la garanzia Invalidità Permanente, in caso di Infortunio che comporta una o più rotture contemporanee sottocutanee del:

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

la Società, in deroga ai criteri di indennizzabilità previsti per l'Invalidità Permanente, paga esclusivamente l'Indennità forfetaria indicata all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

La Società paga tale indennità solo se:

- l'Assicurato, al momento del Sinistro, ha un'età inferiore ai 65 anni;
- la Franchigia contrattualmente valida è quella indicata all'art. "3.5.1 – Franchigia Invalidità Permanente 3% assorbibile".

In tutti gli altri casi, la Società non paga alcun Indennizzo.

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

3.3.8 Ernie addominali da Sforzo

In caso di Infortunio, la Polizza comprende le ernie addominali da Sforzo.

Se, secondo parere medico, l'ernia:

- risulta operabile, la Società non paga l'Indennizzo;
- anche se bilaterale, non risulta operabile, la Società paga un Indennizzo in base al grado di Invalidità Permanente che eventualmente ne deriva, valutabile in ogni caso in misura **non superiore a quanto indicato all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".**

Per questa estensione di garanzia, la copertura assicurativa **decorre dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza.**

Se la Polizza è stipulata, senza soluzione di continuità, in sostituzione di altra polizza precedentemente sottoscritta con la Società, la copertura decorre:

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

3.4 – Esclusioni

La Società non indennizza gli Infortuni causati:

- 1) dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste ed in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, tranne se si tratta di Regolarità pura;
- 2) dalla guida di veicoli o natanti a motore, **se l'Assicurato:**

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

- non è abilitato a norma delle disposizioni di legge tempo per tempo vigenti;
 - ha la patente scaduta, a meno che non abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- 3) **dalla guida o dall'uso, anche come passeggero, di:**
- aeromobili, in occasione di voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
 - aeromobili di aeroclub;
 - aeromobili, in occasione di volo da diporto o sportivo (per esempio, deltaplani, ultraleggeri, parapendio);
 - mezzi subacquei;
- 4) dalla pratica di sport aerei in genere;
- 5) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporta Remunerazione sia Diretta sia Indiretta;
- 6) dalla pratica di: pugilato, arti marziali, lotta nelle sue varie forme, atletica pesante, motocross, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, sci-snowboard alpinismo, speleologia, immersioni con autorespiratore, paracadutismo;
- 7) dalla pratica di sport estremi per esempio: base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci-snowboard estremo, sci-snowboard acrobatico, arrampicata libera (free climbing), regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf, bobsleigh (motoslitta), parkour;
- 8) da abuso di alcolici (con tasso alcolemico superiore o uguale a 1,5 g/l), da uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci, o comunque da alterazioni psichiche volontariamente procurate a sé stesso;
- 9) da conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- 10) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- 11) da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, maremoti, inondazioni e alluvioni;
- 12) da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- 13) dalle conseguenze dirette e indirette derivanti da sostanze biologiche o chimiche quando non sono utilizzate per fini pacifici;
- 14) dalla fabbricazione o lavorazione di esplosivi, materiali tossici o corrosivi, e dall' utilizzo di attrezzature per lavori subacquei;
- 15) da aggressioni o atti violenti a cui l'Assicurato ha partecipato attivamente;
- 16) da guerra, anche civile, di qualsiasi natura (dichiarata o non dichiarata), insurrezioni, occupazioni militari, invasioni, rivoluzioni. Se l'Assicurato, in qualità di civile, viene sorpreso dallo scoppio di uno di questi eventi mentre si trova al di fuori della Repubblica Italiana, in un Paese sino ad allora in stato di pace, la copertura assicurativa è valida per un massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, solo se l'Assicurato non prende parte attiva a tali eventi;
- 17) dalla partecipazione ad operazioni o interventi militari per obblighi verso lo Stato italiano fuori dai confini nazionali o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- 18) dalla partecipazione, come membro delle Forze Armate o a Corpi di Polizia, a conflitti a fuoco o, anche senza conflitti a fuoco, ad azioni di repressione della criminalità, di tumulti popolari, di atti di guerriglia o di violenza urbana, di atti di terrorismo, di manifestazioni di piazza. Sono inoltre esclusi gli Infortuni causati dalla partecipazione ad esercitazioni tattiche e militari, anche senza utilizzo di armi da fuoco.

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

3.5 – Garanzie facoltative

(Valide solo se richiamate nella Scheda di Polizza)

3.5.1. Franchigia Invalidità Permanente 3% assorbibile

(Franchigia per Invalidità Permanente del 3%, assorbibile con ipervalutazione)

L'Indennizzo per Invalidità Permanente si calcola applicando alle fasce di Somme assicurate sottoindicate la percentuale da liquidare che corrisponde al grado di Invalidità Permanente accertata, secondo i seguenti criteri.

A) Somma assicurata inferiore o uguale a euro 300.000,00

La Società, **se la Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza è inferiore o uguale a euro 300.000,00:**

- paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata **è di grado superiore al 3%;**
- non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata **è di grado pari o inferiore al 3%.**

B) Somma assicurata superiore a euro 300.000,00

La Società, **se la Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza è superiore a euro 300.000,00:**

- 1) sulla parte di Somma assicurata **fino a euro 300.000,00:**
 - paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata **è di grado superiore al 3%;**
 - non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata **è di grado pari o inferiore al 3%.**
- 2) sulla parte di Somma assicurata **superiore a euro 300.000,00:**
 - paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata **è di grado superiore al 5%;**
 - non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata **è di grado pari o inferiore al 5%.**

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	
	fino a € 300.000,00	a partire da € 300.000,01
fino a 3	0	0
4	1	0

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	
	fino a € 300.000,00	a partire da € 300.000,01
43	66	84
44	68	87

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata		Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	
	fino a € 300,000,00	a partire da € 300,000,01		fino a € 300,000,00	a partire da € 300,000,01
5	2	0	45	70	90
6	3	1	46	72	93
7	4	2	47	74	96
8	5	3	48	76	99
9	6	4	49	78	100
10	7	5	50	80	100
11	9	9	51	82	100
12	11	11	52	84	100
13	13	13	53	86	100
14	14	14	54	88	100
15	15	15	55	100	100
16	16	16	56	100	100
17	17	17	57	100	100
18	18	18	58	100	100
19	19	19	59	100	100
20	20	20	60	110	110
21	22	22	61	113	113
22	24	24	62	116	116
23	26	26	63	119	119
24	28	28	64	122	122
25	30	30	65	125	125
26	32	32	66	128	128
27	34	34	67	131	131
28	36	36	68	134	134
29	38	38	69	137	137
30	40	40	70	140	140
31	42	42	71	145	145
32	44	44	72	150	150
33	46	46	73	155	155
34	48	48	74	160	160
35	50	50	75	165	165
36	52	63	76	170	170
37	54	66	77	175	175
38	56	69	78	180	180
39	58	72	79	185	185
40	60	75	80	190	190
41	62	78	81	195	195
42	64	81	82 e oltre	200	200

3.5.2. Franchigia Invalidità Permanente 5% assorbibile

(Franchigia per Invalidità Permanente del 5%, assorbibile con supervalutazione)

L'Indennizzo per Invalidità Permanente si calcola applicando alle fasce di Somme assicurate sottoindicate la percentuale da liquidare che corrisponde al grado di Invalidità Permanente accertata, secondo i seguenti criteri.

A) Somma assicurata inferiore o uguale a euro 300.000,00

La Società, se la Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza è inferiore o uguale a euro 300.000,00:

- paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata è di grado superiore al 5%;
- non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5%.

B) Somma assicurata superiore a euro 300.000,00

La Società, se la Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza è superiore a euro 300.000,00:

- 1) sulla parte di Somma assicurata fino a euro 300.000,00:
 - paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata è di grado superiore al 5%;
 - non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5%.
- 2) sulla parte di Somma assicurata superiore a euro 300.000,00:
 - paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata è di grado superiore al 10%;
 - non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 10%.

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata		Percentuale di Invalidità Permanente accertata	Percentuale da liquidare sulla Somma Assicurata	
	fino a € 300,000,00	a partire da € 300,000,01		fino a € 300,000,00	a partire da € 300,000,01
fino a 5	0	0	33	34	23
6	1	0	34	35	24
7	3	0	35	36	25
8	5	0	36	37	26
9	7	0	37	38	27
10	10	0	38	39	28
11	12	1	39	40	29
12	13	2	40	41	30
13	14	3	41	42	33
14	15	4	42	44	36
15	16	5	43	46	39
16	17	6	44	48	42
17	18	7	45	50	45
18	19	8	46	52	48
19	20	9	47	54	51
20	21	10	48	56	54
21	22	11	49	58	57
22	23	12	50	60	60
23	24	13	51	64	64
24	25	14	52	68	68
25	26	15	53	72	72
26	27	16	54	76	76
27	28	17	55	80	80
28	29	18	56	84	84
29	30	19	57	88	88
30	31	20	58	92	92
31	32	21	59	96	96
32	33	22	60 e oltre	100	100

3.5.3. Franchigia Invalidità Permanente 5% relativa

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

La Società:

- paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado superiore al 5%**;
- non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado pari o inferiore al 5%**.

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

3.5.4. Franchigia Invalidità Permanente 60%=100%

L'Indennizzo per Invalidità Permanente si calcola moltiplicando la Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per la percentuale da liquidare

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

che corrisponde al grado di Invalidità Permanente accertata.

La Società:

- paga l'intera Somma assicurata se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado pari o superiore al 60%**;
- non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado inferiore al 60%**.

3.5.5. Tabella INAIL

(vedi Allegato 2 alla fine di queste Condizioni di Assicurazione)

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in base ai valori contenuti nella tabella riportata all'Allegato 2, che indica le percentuali di Invalidità Permanente previste nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali) e dalle successive modifiche intervenute fino alla data di stipula di questa Polizza, con rinuncia da parte della Società ad applicare la Franchigia relativa prevista dalla legge stessa.

3.5.6. Tabella ANIA

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato in base ai valori contenuti nella seguente tabella:

Tabella ANIA di valutazione

Arti od organi	Corrispondente percentuale di Invalidità Permanente
Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	==
– un arto superiore	70%
– una mano o un avambraccio	60%
– un pollice	18%
– un indice	14%
– un medio	8%
– un anulare	8%
– un mignolo	12%
– la falange ungueale del pollice	9%
– una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito
Anchilosi dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
Paralisi completa del nervo radiale	35%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%
Amputazione di un arto inferiore:	==
– al di sopra della metà della coscia	70%
– al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%
– al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%
– un piede	40%
– ambedue i piedi	100%
– un alluce	5%
– un altro dito del piede	1%
– la falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%
Anchilosi dell'articolazione tibiotarsica ad angolo retto con anchilosi dell'articolazione sottoastragalica	15%
Paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%
Cecità di:	==
– un occhio	25%
– ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	==
– un orecchio	10%
– ambedue gli orecchi	40%
Perdita totale della voce	30%
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
Esiti di Frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di Frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	==
– una vertebra cervicale	12%
– una vertebra dorsale	5%

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

Arti od organi	Corrispondente percentuale di Invalidità Permanente
– 12ª dorsale	10%
– una vertebra lombare	10%
Esiti di Frattura di un metamero sacrale	3%
Esiti di Frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

3.5.7. Morte

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte e la stessa si verifica – anche dopo la scadenza della Polizza – **entro due anni dal giorno dell'Infortunio stesso**, la Società paga la Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza ai Beneficiari.

Se, dopo il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente ed **entro due anni dall'Infortunio**, l'Assicurato muore, la Società paga ai Beneficiari la differenza tra l'Indennizzo pagato e la Somma assicurata per il caso di Morte, **se superiore**. Se l'Indennizzo per il caso di Morte è inferiore a quello già pagato per l'Invalidità Permanente, la Società non chiede la restituzione.

Con questa garanzia sono inoltre, compresi:

a) Morte Presunta

Se, a seguito di Infortunio, il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato e si può presumere che è avvenuto il decesso, la Società paga ai Beneficiari la Somma assicurata prevista per il caso di morte.

La liquidazione avviene dopo sei mesi dalla presentazione dell'istanza della dichiarazione di morte presunta (art. 60, comma 3, e 62 del Codice civile). In caso di affondamento, naufragio o di caduta di aeromobile, la Società paga la liquidazione dopo sei mesi dall'evento, se la competente Autorità ha accertato la presenza a bordo dell'Assicurato e quest'ultimo è stato dato per disperso (art. 211 e 838 del codice della navigazione). Se dopo aver pagato l'Indennità l'Assicurato risulta vivo, la Società ha diritto alla restituzione della somma pagata.

Dopo che l'Assicurato ha restituito la somma pagata, può chiedere l'Indennizzo per l'Invalidità Permanente, se subita.

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

In caso di Infortunio occorso **in occasione di rapina, tentata rapina o tentativo di sequestro che comporta la Morte dell'Assicurato**, la Società paga ai Beneficiari un'ulteriore Indennità pari al 10% della Somma assicurata indicata nella Scheda di Polizza per il caso di Morte.

c) Commorienza genitori in presenza di figli minori o con disabilità

Nel caso di Infortunio, **nell'ambito di uno stesso evento**, che causa la morte anche non contemporanea di entrambi i genitori, **e almeno uno dei due Assicurato con questa Polizza**, la Società, se i Beneficiari sono **figli minori o con disabilità riconosciuta non inferiore al 60% della totale**, paga a questi ultimi un'ulteriore Indennità pari al 50% della somma spettante agli stessi per il caso di morte dei genitori.

In ogni caso, ed indipendentemente dalle Somme assicurate, anche se con più contratti, **il maggior esborso a carico della Società non può superare quanto indicato all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

3.5.8. Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio

In caso di Infortunio e **nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, la Società paga l'Indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza per ogni giorno di:

- Ricovero;
- Day Hospital;
- Day Surgery.

Per il pagamento dell'Indennità la Società considera il giorno di Ricovero e quello di dimissione come giorno unico.

Questa Indennità è cumulabile con quella per l'Inabilità temporanea prevista all'art. "3.5.11 – Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio", **se richiamata nella Scheda di Polizza.**

La Società paga l'Indennità solo dopo che l'Assicurato ha terminato le cure.

3.5.9. Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio

In caso di Infortunio, che ha reso necessario:

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

la Società paga, un'Indennità giornaliera per la convalescenza dell'Assicurato pari a quella per l'Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio **nei limiti indicati all'art. "3.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Questa Indennità è cumulabile con quella per l'Inabilità temporanea prevista all'art. "3.5.11 – Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio", **se richiamata nella Scheda di Polizza.**

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

3.5.10. Indennità giornaliera da Gessatura

In caso di Infortunio che comporta la Gessatura, la Società paga un'Indennità giornaliera pari a quella indicata **all'art. "3.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

La Società paga l'Indennità a partire dal giorno di applicazione e fino al giorno di rimozione del gesso. **L'applicazione e la rimozione del gesso devono essere certificate da un medico.**

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

In caso di Frattura ossea o di lesione capsulo-legamentosa che non comporta Gessatura sin dalla prima diagnosi, la Società paga l'Indennità per tutto il periodo di immobilizzazione, **prescritto e certificato dal medico specialista ortopedico/traumatologo.**

L'Indennità per Gessatura e quella dovuta per immobilizzazione a seguito di frattura ossea o lesione capsulo-legamentosa sono alternative tra loro; inoltre:

- in caso di Ricovero, la Società paga l'Indennità per Gessatura o per immobilizzazione **solo per i giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di Cura;**
- in caso di convalescenza, la Società paga l'Indennità per Gessatura o per immobilizzazione **solo per il numero di giorni successivi a quelli riconosciuti validi ai fini del computo dell'Indennizzo per l'Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio.**

La Società paga l'Indennità solo dopo che l'Assicurato ha terminato le cure.

3.5.11. Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio

In caso di Infortunio, **la Società paga l'Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea indicata nella Scheda di Polizza:**

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di svolgere le Attività Professionali dichiarate nella Scheda di Polizza;
- b) al 50%, per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto svolgere **solo in parte** le Attività Professionali dichiarate nella Scheda di Polizza.

La Società paga l'Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea a partire dal giorno dell'Infortunio, **nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie" e con i giorni di Franchigia indicati nella Scheda di Polizza.**

3.5.12. Supervalutazione dell'Invalidità Permanente – Dita delle mani

A parziale deroga delle Garanzie Facoltative, articoli "3.5.5 - Tabella INAIL" o "3.5.6 - Tabella ANIA", e del regime di Franchigie per l'Invalidità Permanente da Infortunio attive in Polizza, in caso di Infortunio che ha colpito i distretti anatomici di seguito individuati, la Società paga l'Invalidità Permanente secondo le seguenti percentuali:

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

Questa supervalutazione opera sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente **fino ad euro 300.000,00.**

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

In caso di Infortunio che comporta anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non previsti dalla tabella sopra indicata, l'Indennizzo, **solo per questi ultimi**, viene stabilito in base a quanto previsto dagli articoli "3.2.1 Garanzia Base – Invalidità permanente da Infortunio" e "4.2.2 Criteri di Indennizzabilità" delle Condizioni di Assicurazione".

La somma degli Indennizzi non può mai superare la percentuale di Invalidità Permanente da liquidare massima di cui alla Tabella abbinata alla forma di Franchigia valida per l'Assicurato ed indicata nella Scheda di Polizza.

3.5.13. Estensione HIV

Oggetto dell'estensione

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

La garanzia è valida se al momento del Sinistro, l'Assicurato:

- non è già sieropositivo;
- non risulta essere affetto da emofilia o da tossicodipendenza.

Somma assicurata

La Società, se l'Assicurato risulta sieropositivo ai test effettuati, **con le modalità e nei termini indicati a questo art. 3.5.13**, paga una somma forfetaria **nella misura e nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, fermo restando che per un medesimo Sinistro **l'Indennizzo non può complessivamente superare la Somma assicurata per Invalidità Permanente.**

3.5.14. Sport impegnativi

A parziale deroga dell'art. "3.4 – Esclusioni", punto n. 6), per le garanzie:

- art. "3.5.7 - Morte";
- art. "3.2.1 - Invalidità Permanente da Infortunio";
- art. "3.5.8 - Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio";
- art. "3.5.9 - Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio";

la Polizza vale anche per gli Infortuni avvenuti durante la pratica dei seguenti sport e **solo se non sono svolti professionalmente o non comportano**

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

Remunerazione Diretta o Indiretta:

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

Per questa garanzia, in deroga alla Franchigia contrattualmente valida, la Società paga l'Indennizzo come segue:

- Se l'Invalidità Permanente è **superiore al 5%**, la Società paga l'Indennizzo per la parte **che eccede tale percentuale**. Mentre sulla parte di Somma assicurata fino a euro 300.000,00: la Società non paga l'Indennizzo quando l'Invalidità Permanente è **pari o inferiore al 5% dell'Invalidità Permanente totale**.
- Se l'Invalidità Permanente è **superiore al 10%**, la Società paga l'Indennizzo solo per la parte **che eccede tale percentuale**. Mentre sulla parte di Somma assicurata eccedente euro 300.000,00: la Società non paga l'Indennizzo quando l'Invalidità Permanente è **pari o inferiore al 10% dell'Invalidità Permanente totale**.

Se la formula di Franchigia 60%=100% è richiamata in Scheda di Polizza, **vale comunque quest'ultima**.

3.5.15. Calamità naturali

Per le garanzie art. "3.5.7 – Morte" e art. "3.2.1 - Invalidità Permanente da Infortunio", a parziale deroga dell'art. "3.4 – Esclusioni", punto n. 11), la Polizza vale anche per gli Infortuni causati da:

- terremoti;
- maremoti;
- inondazione e alluvioni;
- eruzioni vulcaniche.

Se un Sinistro coinvolge più persone assicurate con la Società, anche da altre polizze — comprese quelle stipulate da altri Contraenti — che prevedono una copertura per il rischio di infortuni, l'importo complessivo che la Società paga **non può superare il limite massimo stabilito dall'articolo "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Se l'importo complessivo degli Indennizzi dovuti supera tale limite, la Società riduce in proporzione l'Indennizzo che spetta a ciascun Assicurato, in base al numero totale degli assicurati e alle Somme assicurate previste nelle rispettive polizze.

3.5.16. Integrazione per Dirigenti

Estensione alle Malattie professionali

Per le garanzie art. "3.5.7 – Morte" e art. "3.2.1 - Invalidità Permanente da infortunio", la Polizza è estesa anche per le Malattie professionali, riconosciute dall'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 (Testo Unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali) e dalle successive modifiche intervenute fino alla stipula della Polizza.

Sono escluse:

- la silicosi;
- l'asbestosi;
- l'infezione da Sars-CoV-2 (Coronavirus disease COVID-19) ed ogni sua variazione o mutazione futura;
- le Malattie epidemiche o pandemiche;
- le conseguenze dirette o indirette della trasmutazione del nucleo dell'atomo o di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche.

Questa estensione è valida **se le Malattie insorgono e si manifestano nel corso della validità della Polizza**.

In deroga alla Franchigia contrattualmente valida, la Società non paga l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente da Malattia professionale è inferiore al 10% della totale. Se invece l'Invalidità Permanente da Malattia professionale è uguale o superiore al 10% della totale, la Società paga l'Indennizzo per la sola parte eccedente.

Se l'Invalidità Permanente da Malattia professionale, **è di grado non inferiore al 50%, ed è tale da rendere obiettivamente impossibile la prosecuzione del rapporto di lavoro e la costituzione di un rapporto similare presso altra azienda, anche svolgendo mansioni differenti ma compatibili col profilo professionale del Dirigente**, l'Indennizzo previsto viene pagato nella misura del 100% della Somma assicurata, ma comunque **entro i limiti indicati all'art. "3.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**.

Se la formula di Franchigia 60%=100% è richiamata in Scheda di Polizza, **vale comunque quest'ultima**.

Estensione alle Malattie tropicali

Per la garanzia art. "3.2.1 - Invalidità Permanente da Infortunio" ed **entro i limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie"**, la Polizza è estesa alle Malattie tropicali che l'Assicurato può contrarre durante la permanenza in tutti i Paesi della fascia tropicale del globo terrestre.

Per Malattie tropicali si intendendo esclusivamente le seguenti:

- Malaria;
- Amebiasi;
- Dengue;

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

- Chikungunya;
- Colera;
- Encefalite giapponese;
- Febbre gialla;
- Filariosi;
- Leishmaniosi;
- Schistosomiasi;
- Tripanosomiasi.

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

Questa estensione è valida **se l'Assicurato si trova in perfette condizioni di salute e che si sia preventivamente sottoposto alle prescritte pratiche di profilassi.**

In deroga alla Franchigia contrattualmente valida, la Società non paga l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente da Malattie Tropicali è di grado inferiore al 15% della totale.

Se, invece, l'Invalidità Permanente da Malattie Tropicali è di grado pari o superiore al 15% della totale, la Società paga l'Indennizzo per la sola parte eccedente.

Se la formula di Franchigia 60%=100% è richiamata in Scheda di Polizza, **vale comunque quest'ultima.**

3.5.17. Rimborso spese mediche da Infortunio

La Società rimborsa le spese mediche sostenute dall'Assicurato in conseguenza diretta, unica ed esclusiva dell'Infortunio indennizzabile per:

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

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

La Società paga quanto dovuto all'Assicurato, o ai suoi Beneficiari in caso di morte, **solo dopo che l'Assicurato termina le cure e presenta le ricevute originali di quanto ha pagato.**

La Società non rimborsa le spese mediche per prestazioni mediche che l'Assicurato ha effettuato dopo un anno dalla data dell'Infortunio.

Il Rimborso avviene fino a concorrenza, per anno assicurativo, del Massimale indicato nella Scheda di Polizza e **nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".**

Se l'Assicurato ha fornito a terzi gli originali di notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società riceve la documentazione che attesta le spese effettivamente sostenute, effettua il rimborso al netto di quanto già rimborsato da terzi.

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

3.5.18. Rendita vitalizia annua da Infortunio

Se l'Infortunio dal quale, secondo le valutazioni previste, residui un'Invalidità Permanente di grado pari o superiore al 60% della totale, la Società paga all'Assicurato in vita, una rendita vitalizia immediata rivalutabile di importo annuo iniziale pari a quello indicato nella Scheda di Polizza.

La rendita viene riconosciuta insieme all'Indennità per Invalidità Permanente da Infortunio e si aggiunge alla somma pagata a titolo definitivo.

La Società garantisce la rendita vitalizia rivalutabile tramite emissione a proprio carico di una polizza vita a favore dell'Assicurato. La polizza vita sarà nella forma a premio unico, senza alcun onere a carico dell'Assicurato stesso e **non è riscattabile.**

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

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

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

Se al momento del Sinistro, invece, l'Assicurato ha un'età pari o superiore a 60 anni compiuti, la Società, unitamente alla rendita ed alla contestuale corresponsione a titolo definitivo dell'Indennità prevista per l'Invalidità Permanente da Infortunio, paga all'Assicurato un capitale aggiuntivo pari a quanto indicato nella Scheda di Polizza.

3.5.19. Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività

Se, a seguito di Infortunio, l'Assicurato non può svolgere totalmente o anche solo parzialmente l'Attività Professionale dichiarata, la Società riconosce all'Assicurato, l'importo giornaliero indicato nella Scheda di Polizza come assegno integrativo, **nei limiti indicati all'art. "3.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".**

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

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

A parziale deroga dell'art. "3.2 – Oggetto dell'Assicurazione", la Polizza vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nell'esercizio delle Attività Professionali dichiarate, compresi quelli avvenuti durante il tempo necessario per compiere il percorso per via ordinaria dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa, anche con l'uso di mezzi di trasporto, **purché non espressamente esclusi da questa Polizza.**

3.5.21. Limitazione ai soli Infortuni extraprofessionali

A parziale deroga dell'art. "3.2 – Oggetto dell'Assicurazione", la Polizza vale esclusivamente per gli Infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento di ogni normale attività che non abbia carattere professionale. Sono esclusi gli Infortuni che l'Assicurato subisce durante attività comunque retribuite alle dipendenze di terzi, o svolte in proprio a titolo professionale, o che comunque comportino Remunerazione sia Diretta che Indiretta.

3.6 – Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie

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

GARANZIA COLPITA DA SINISTRO	LIMITI DI INDENNIZZO	FRANCHIGIA/SCOPERTO
Adattamento domestico	€ 10.000,00 per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	===
Adattamento autoveicolo	€ 5.000,00 per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	===
Spese psicoterapeutiche	n. 10 colloqui per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione e sino ad un massimo di € 80,00 per ogni singolo colloquio.	===
Commorienza genitori in presenza di figli minori o con disabilità	€ 100.000,00 per ciascun genitore Assicurato.	===
Indennità perdita anno scolastico	1% della Somma assicurata per l'Invalidità Permanente, con il massimo di € 2.000,00 per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	===
Danno estetico	10% della Somma assicurata per l'Invalidità Permanente, con il massimo di € 5.000,00 per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	===
Rottura Sottocutanea dei tendini	4% della Somma assicurata per l'Invalidità Permanente, con il massimo di € 5.000,00 per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	===
Ernie addominali da Sforzo	Come da Invalidità Permanente accertata ma comunque non oltre il 10% della relativa Somma assicurata, per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	Come da Franchigia contrattualmente valida
Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio	365 giorni per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	===
Indennità giornaliera post Ricovero da Infortunio	Numero di giorni pari al doppio dei giorni di degenza ospedaliera, con il massimo di 90 giorni per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	===
Indennità giornaliera da Gessatura	<ul style="list-style-type: none"> • Gessatura: 50% dell'Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio, con il massimo di 120 giorni per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione. • Frattura ossea o Lesione Capsulo-Legamentosa: 50% dell'Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio, con il massimo di 30 giorni per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione. 	===
Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio	365 giorni, per Sinistro, per persona e per Periodo di Assicurazione.	Vedi Scheda di Polizza
Estensione HIV	10% della Somma assicurata per Invalidità Permanente, con il massimo di € 20.000,00.	===

3. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INFORTUNI

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

3.7 – Estensione territoriale

La Polizza vale per Sinistri avvenuti nel mondo intero, è prevista una limitazione solo per le seguenti garanzie:

- art. "3.5.19 - Assegno integrativo per incapacità di svolgere l'attività" è valida solo per gli Infortuni avvenuti nell'Area Europea;
- art "3.5.11 - Indennità giornaliera per Inabilità Temporanea da Infortunio", se l'Infortunio avviene al di fuori dell'Area Europea, è valida solo per il periodo di Ricovero che l'Assicurato deve documentare. Questa limitazione cessa dalle ore 24 del giorno in cui l'Assicurato fa rientro nell'Area Europea.

4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**

la Sezione Invalidità Permanente da Malattia è valida solo se richiamata in Scheda di Polizza

4.1 – Condizioni di operatività specifiche solo per la Sezione Invalidità Permanente da Malattia**4.1.1. Ridefinizione del Premio per età**

Ad ogni scadenza annuale, la Società ricalcola il Premio in base all'età raggiunta da ciascun Assicurato, applicando i Coefficienti di Adeguamento per Età, di cui all'"Allegato 3 – Tabella CAE" riportata in allegato a queste Condizioni di Assicurazione.

4.1.2. Persone non assicurabili

La Società non assicura persone affette da:

- Alcolismo;
- Tossicodipendenza;
- Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);

a prescindere dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Se una o più delle patologie sopraindicate insorgono nel corso della Polizza, il Contraente o l'Assicurato deve comunicare tempestivamente tale aggravamento del Rischio alla Società, che può valutare di recedere dalla Polizza secondo l'art. 1898 del Codice civile, se ci sono i presupposti.

4.2 - Oggetto dell'Assicurazione

La Polizza vale in caso di Invalidità Permanente **derivante da Malattia e solo se quest'ultima si manifesta dopo la data di effetto della Polizza ed entro 90 giorni dalla sua cessazione.**

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

4.2.1. Garanzia Base – Invalidità Permanente da Malattia

L'accertamento del grado di Invalidità Permanente può avvenire, su richiesta dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, **dopo che sono trascorsi almeno 6 mesi dalla data della denuncia della Malattia e solo se viene prodotta diagnosi clinica di guarigione e la menomazione conseguente risulta stabilizzata. La produzione della documentazione attestante la guarigione e la stabilizzazione dei postumi invalidanti resta a carico dell'Assicurato o dei suoi aventi causa.**

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

La Società, si impegna a comunicare all'Assicurato o ai suoi aventi causa l'esito dell'accertamento entro i 90 giorni seguenti allo scadere dei 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia.

L'accertamento avviene secondo i contenuti dell'art. "4.2.2. Criteri di indennizzabilità" ed in base all'allegato 1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 (Testo Unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali) e dalle successive modifiche intervenute fino alla data di stipula della Polizza.

Nelle casistiche che non rientrano nella citata tabella, la Società accerta il grado di Invalidità Permanente prendendo a riferimento le fattispecie assimilabili e tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La Società paga l'Indennizzo sulla Somma assicurata per Invalidità Permanente, in base alle tabelle previste dal tipo di Franchigia indicata nella Scheda di Polizza.

4.2.2. Criteri di indennizzabilità

La Società paga l'Indennizzo **per le sole conseguenze dirette ed esclusive causate dalla Malattia denunciata.**

Se la Malattia colpisce un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio che deriva da condizioni menomative coesistenti, intendendosi per tali le Malattie o invalidità che interessano sistemi organo-funzionali diversi da quelli interessati dalla nuova Malattia denunciata.

Se l'Assicurato denuncia più Malattie, contemporaneamente o in momenti successivi, la Società procede all'accertamento dell'Invalidità Permanente separatamente per ciascuna Malattia.

Nel corso della Polizza, **le Invalidità Permanenti da Malattia già accertate non possono essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove Malattie.** C'è concorrenza con nuove Malattie quando le Malattie o invalidità già accertate determinano un peggioramento delle nuove Malattie o invalidità che interessano lo stesso sistema organo-funzionale. Se la Malattia colpisce un soggetto la cui invalidità è già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità viene effettuata in modo autonomo, ossia **senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.**

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

La minorazione o la perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'Invalidità Permanente pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna menomazione, **con il massimo del 100%.**

La Somma assicurata indicata in Scheda di Polizza rappresenta il massimo importo che la Società paga per tutta la durata della Polizza, anche in caso di più Malattie o invalidità indennizzabili secondo questa Sezione.

4.3 – Esclusioni

La Società non paga l'Indennizzo quando l'Invalidità Permanente è:

- 1) preesistente alla data di decorrenza di questa Polizza;

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

- 2) dovuta da Malattie che sono o derivano da situazioni patologiche insorte o che si sono manifestate prima della data di decorrenza della Polizza e sono già note in quel momento all'Assicurato poiché già diagnosticate o curate, ad eccezione delle Malattie oncologiche se il trattamento attivo si è concluso, senza recidive, da più di 10 anni (5 anni se la Malattia è iniziata prima di aver compiuto 21 anni) o nei termini più brevi previsti per le malattie oncologiche elencate dal Decreto 22 marzo 2024 del Ministero della Salute.
Questa esclusione vale anche se queste Malattie sono state comunicate o sono venute a conoscenza della Società in qualsiasi forma al momento della stipula della Polizza o anche successivamente (es: attraverso questionario anamnestico, Cartelle Cliniche, certificazioni mediche o altra documentazione inerente lo stato di salute dell'Assicurato);
- 3) causata da abuso di alcolici, uso non terapeutico di stupefacenti o di psicofarmaci. In caso di uso terapeutico di farmaci, sono escluse le Invalidità Permanenti dovute a modalità di assunzione o dosi diverse da quelle prescritte dal medico curante o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- 4) causata da patologie collegate alla infezione da HIV e alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 5) causata da Malattie mentali e/o da disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e gli esaurimenti nervosi, e le loro conseguenze;
- 6) causata da trattamenti fitoterapici, estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- 7) causata da guerra di qualsiasi natura, dichiarata e non, incluse ad esempio: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche;
- 8) causata direttamente o indirettamente da sostanze biologiche o chimiche quando non sono utilizzate per fini pacifici;
- 9) causata direttamente o indirettamente da reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate;
- 10) causata dall'infezione da Sars-CoV-2 o da patologie collegate alla infezione da SARS-CoV-2 o ad ogni sua variazione o mutazione futura;
- 11) causata dalle terapie e/o dai trattamenti medici effettuati per la cura del Covid-19.

4.4 – Garanzie Facoltative
(valide solo se richiamate nella Scheda di Polizza)
4.4.1. Franchigia Invalidità Permanente da Malattia 25%

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

La Società:

- paga l'Indennizzo in base ai valori riportati nella tabella seguente, se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado pari o superiore al 25% dell'Invalidità Permanente totale;**
- non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado inferiore al 25% dell'Invalidità Permanente totale.**

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

4.4.2. Franchigia Invalidità Permanente da Malattia 65%

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

La Società:

- paga l'intera Somma assicurata se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado superiore al 65% dell'Invalidità Permanente totale;**
- non paga l'Indennizzo, se l'Invalidità Permanente accertata è **di grado pari o inferiore al 65% dell'Invalidità Permanente totale.**

4. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA**4.5 – Estensione territoriale**

La Polizza vale per Sinistri avvenuti nel mondo intero.

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

la sezione di Assistenza è valida solo se richiamata in Scheda di Polizza

Premessa

Le Prestazioni di assistenza, elencate agli artt. "5.1 – Servizio Assistenza Infortuni" e "5.2 – Servizio Assistenza Domiciliare e Care Manager", che Europ Assistance si impegna ad erogare tramite la Struttura Organizzativa, con le modalità indicate all'art. "7.4.1. Obblighi specifici" della sezione "7 Norme che regolano i Sinistri", sono fornite fino a 3 volte per ciascun tipo durante il periodo di durata della Polizza.

Prestazioni

Si precisa che i consulti non hanno valore di diagnosi, poiché si basano esclusivamente sulle informazioni fornite dall'Assicurato.

5.1 – Servizio Assistenza Infortuni

(valida solo se richiamata nella scheda di Polizza)

1) Consulenza medica generica

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

2) Invio di un medico generico a domicilio in Italia

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, ha necessità di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 o nei giorni festivi, e non riesce a reperire il proprio medico di base/famiglia, la Struttura Organizzativa, una volta accertata la necessità della Prestazione, provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato, o nel luogo in cui si trova, **solo se in Italia**, un medico convenzionato. La Società tiene a proprio carico la spesa.

Se il medico convenzionato non può intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato mediante autoambulanza al centro medico idoneo più vicino.

3) Invio di un infermiere a domicilio in Italia

Se l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un Ricovero in Istituto di Cura superiore a 5 giorni a seguito di Infortunio, ha necessità di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procura direttamente all'Assicurato un infermiere. La Società tiene a proprio carico l'onorario dell'infermiere **fino ad un massimo di euro 300,00 per Sinistro**.

4) Invio di un fisioterapista a domicilio in Italia

Se l'Assicurato, a seguito di traumi o Fratture semplici che derivano da Infortunio, ha necessità di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare al domicilio dell'Assicurato un fisioterapista. La Società tiene a proprio carico l'onorario del fisioterapista **fino ad un massimo di euro 300,00 per Sinistro**.

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

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

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

Se l'Assicurato, a seguito di Malattia o Infortunio, ha necessità di reperire articoli sanitari, presidi e protesi, può telefonare alla Struttura Organizzativa che provvede a segnalare il negozio più vicino al suo domicilio.

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

7) Consegna spesa a domicilio in Italia

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

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

8) Collaboratrice familiare in Italia

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, è stato ricoverato in Istituto di Cura per più di 5 giorni ed è temporaneamente inabile (comprovato da certificazione medica) e pertanto impossibilitato allo svolgimento delle principali incombenze domestiche, la Struttura Organizzativa segnala il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova l'Assicurato, **compatibilmente con le disponibilità locali. La Società tiene a proprio carico il relativo costo fino ad un massimo di euro 300,00 per Sinistro.**

9) Trasporto in autoambulanza in Italia

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, ha necessità di essere trasportato dall'Istituto di Cura dove è ricoverato alla propria residenza, la Struttura Organizzativa provvede ad inviare un'autoambulanza. La Società tiene a proprio carico la relativa spesa.

10) Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato in Italia

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, è affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa, **previa analisi del quadro clinico e in accordo con il medico curante**, la Struttura Organizzativa provvede:

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

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

dell'Assicurato;

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

La Società paga le relative spese.

Sono escluse dalla Prestazione:

- **le lesioni che, secondo i medici, possono essere curate presso l'unità ospedaliera della regione di residenza dell'Assicurato;**
- **le terapie riabilitative;**
- **le Malattie infettive se il trasporto comporta la violazione di norme sanitarie nazionali ed internazionali.**

11) Rientro dal centro ospedaliero attrezzato in Italia

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

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

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

La Società paga le relative spese.

Le Prestazioni dal punto 12 al punto 19 valgono solo per Sinistri avvenuti oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

12) Rientro sanitario

Se, dopo un Infortunio, le condizioni dell'Assicurato — **verificate dai medici della Struttura Organizzativa in accordo con il medico curante sul posto** — rendono necessario il trasporto in un Istituto di Cura in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa organizza il viaggio con il mezzo più adatto:

- aereo sanitario;
- aereo di linea in classe economica (anche con barella, se serve);
- treno in prima classe o vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di chilometri.

L'aereo sanitario è previsto solo per trasferimenti nei Paesi europei o nel bacino del Mediterraneo.

La Società tiene a proprio carico tutte le spese del trasporto, inclusa l'assistenza medica o infermieristica se ritenuta necessaria.

La Prestazione non è prevista se, secondo i medici, le cure possono essere effettuate sul posto o se le condizioni permettono all'Assicurato di proseguire il viaggio.

Non è inoltre prevista alcuna Prestazione in caso di dimissioni volontarie dell'Assicurato o dei suoi familiari contro il parere dei medici.

13) Rientro con un familiare

Se l'Assicurato **ha richiesto la Prestazione "Rientro sanitario"**, ed i medici della Struttura Organizzativa non ritengono necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Struttura Organizzativa organizza anche il viaggio di rientro di un familiare presente sul posto, utilizzando lo stesso mezzo previsto per l'Assicurato.

La Società tiene a proprio carico il costo del trasporto.

14) Anticipo spese prima necessità

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, deve sostenere delle spese impreviste, e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la Struttura Organizzativa anticipa, per conto dell'Assicurato, **le fatture fino ad un importo massimo di euro 1.000,00 per Sinistro.**

La Struttura Organizzativa non fornisce la Prestazione:

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

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

Dopo 30 giorni, se l'Assicurato non ha restituito la somma, paga anche gli interessi al tasso legale corrente.

15) Viaggio di un familiare

Se, a seguito di Infortunio, **l'Assicurato ha necessità di un Ricovero in Istituto di Cura per più di 7 giorni**, la Struttura Organizzativa mette a disposizione di un componente della sua famiglia, residente in Italia, un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società paga solo le spese del trasporto, mentre restano escluse **le spese di soggiorno del familiare.**

16) Accompagnamento di minori

Se a seguito di Infortunio l'Assicurato, accompagnato da minori di 15 anni, si trova nell'impossibilità di occuparsi di loro, la Struttura Organizzativa

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno, per permettere ad un familiare, residente in Italia, di raggiungere i minori e riaccompagnarli alla loro residenza in Italia. La Società tiene a proprio carico solo le spese di trasporto, mentre restano escluse **le spese di soggiorno del familiare.**

17) Autista a disposizione in Italia

Se l'Assicurato, dopo un Infortunio, è impossibilitato a guidare il proprio veicolo e, se ci sono passeggeri, e nessuno è in grado di sostituirlo per ragioni obiettive, la Struttura Organizzativa mette a disposizione un autista per riportare il veicolo ed eventualmente i passeggeri fino alla città di residenza dell'Assicurato stesso seguendo il percorso più breve. La Società tiene a proprio carico il compenso dell'autista, **mentre l'Assicurato paga le spese di carburante ed eventuali pedaggi (autostrade, traghetti, etc.).**

Se l'Assicurato rientra senza attendere l'autista, **deve comunicare il luogo dove è in custodia il veicolo da ritirare e lascia sul posto le chiavi, il libretto di circolazione, l'autorizzazione alla guida del veicolo e, se si trova all'estero, la Carta Verde.**

18) Prolungamento del soggiorno

Se l'Assicurato, **a seguito di Infortunio comprovato da certificazione medica scritta**, non è in grado di fare rientro alla propria residenza in Italia alla data stabilita, la Struttura Organizzativa, ricevuta la sua comunicazione, organizza il prolungamento del suo soggiorno in albergo (solo per il pernottamento e la prima colazione). La Società tiene a proprio carico le spese di soggiorno **fino ad un massimo di dieci giorni successivi alla data di rientro e fino ad un massimo di euro 60,00 al giorno.**

Al suo rientro l'Assicurato deve fornire alla Struttura Organizzativa tutta la documentazione necessaria a giustificare il prolungamento del soggiorno.

19) Rientro salma

Se a seguito di Infortunio l'Assicurato è deceduto, la Struttura Organizzativa organizza ed effettua il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. La Società tiene a proprio carico le relative spese di trasporto **fino ad un massimo di euro 3.000,00 per Sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati.**

Se tale Prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la Società invia ai richiedenti un preventivo di massima circa l'importo totale delle spese di trasporto della salma. La Prestazione diventa valida solo nel momento in cui gli aventi diritto hanno precedentemente approvato tale preventivo e hanno versato alla Società l'eccedenza rispetto all'importo di 3.000,00 euro indicato sopra. Se le spese totali relative al rientro della salma eccedono l'importo del preventivo, il maggior importo pagato dalla Società deve essere rimborsato entro 30 giorni dalla presentazione da parte della Società delle fatture attestanti le spese sostenute. Analogamente, la Società rimborsa agli aventi diritto la differenza tra l'importo del preventivo e le somme effettivamente sostenute dalla Società, qualora queste siano inferiori al preventivo, entro 30 giorni dal pagamento delle relative fatture.

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

5.2 – Servizio Assistenza Domiciliare e Care Manager

(valida solo se richiamata nella Scheda di Polizza)

5.2.1. Care Manager

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

Se dopo un Infortunio che ha compromesso l'autosufficienza, l'Assicurato ha necessità di una consulenza socioassistenziale, può contattare la Struttura Organizzativa, per far valutare il proprio caso dal Care Manager.

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

Il Care Manager può organizzare un sopralluogo presso l'abitazione dell'Assicurato per approfondire le valutazioni.

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

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

Il Care Manager può richiedere all'Assicurato eventuale documentazione medica a supporto per eseguire la propria valutazione.

5.2.2. Assistenza domiciliare integrata

Le Prestazioni previste da questo articolo 5.2.2. sono erogate, con costi a carico della Società e **a beneficio dell'Assicurato per un massimo di 15 giorni consecutivi dalle sue dimissioni dall'Istituto di Cura dopo un Ricovero per Infortunio superiore a 5 giorni.**

1) Ospedalizzazione Domiciliare

la Struttura Organizzativa organizza e gestisce il servizio di ospedalizzazione, su richiesta scritta del medico curante, in forma domiciliare con proprio personale medico e paramedico secondo le modalità definite dal servizio medico della Struttura Organizzativa in accordo con i medici curanti dell'Assicurato.

2) Servizi sanitari

Se l'Assicurato ha necessità di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, elettrocardiogrammi non urgenti, e della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il servizio.

3) Servizi non sanitari

5. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE ASSISTENZA

Se l'Assicurato, che si trova in Italia, **non può lasciare il proprio domicilio**, la Struttura Organizzativa garantisce l'invio di personale di servizio per attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori.

4) Servizi socio sanitari

Se l'Assicurato, che si trova in Italia, **non può lasciare il proprio domicilio**, la Struttura Organizzativa individua il personale Socio-Sanitario (Operatore Socio-Sanitario) e/o socio assistenziale (Badante) idoneo per le necessità dell'Assicurato. La Struttura Organizzativa accertata la necessità della Prestazione, provvede ad individuare e segnalare, secondo le disponibilità, il personale idoneo.

5.3 – Estensione territoriale

La Struttura Organizzativa fornisce le Prestazioni in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Le Prestazioni nn. 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, indicate all'art. "5.1 – Servizio Assistenza Infortuni", sono fornite nel mondo intero.

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

Sono escluse le Prestazioni conseguenti a:

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

6. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE TUTELA LEGALE

la sezione di Tutela Legale è valida solo se richiamata in Scheda di Polizza

6.1 – Oggetto dell'Assicurazione

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

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della Vertenza;
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione;
- compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale;**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **entro l'importo massimo di euro 2.000,00 per sinistro;**
- Spese di Soccombenza poste a carico dell'Assicurato;
- spese di esecuzione forzata, **fino a due tentativi per Sinistro;**
- spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione è obbligatoria;**
- spese per l'arbitrato (sono compresi i compensi dell'avvocato difensore e quelli degli arbitri);
- compensi dei Periti;
- Spese di Giustizia;
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale.

6.2 – Assicurati

Le garanzie indicate nella Scheda di Polizza, sono valide per tutti gli Assicurati indicati in Polizza.

6.3 – Ambito di operatività delle garanzie

Le garanzie sono fornite all'Assicurato in caso di lesioni fisiche, psichiche e/o morali che derivano da fatti avvenuti successivamente alla data di effetto della Polizza.

6.4 – Garanzie prestate – Opzione Light

Se richiamata in Scheda di Polizza, questa opzione prevede le seguenti garanzie.

6.4.1. Responsabilità medica

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

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

6.4.2. Istituti previdenziali ed assistenziali

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

6.5 – Garanzie prestate – Opzione Premium

L'Opzione Premium comprende le garanzie previste dall'Opzione Light e include, inoltre, le garanzie di seguito indicate agli artt. "6.5.1. Danni Subiti" e "6.5.2. Ricorso contro la Pubblica Amministrazione".

6.5.1. Danni subiti

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

6.5.2. Ricorsi contro la Pubblica Amministrazione

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

6.6 – Spese non coperte dalla Polizza

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

- compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite;
- compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale;**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **oltre l'importo massimo di euro 2.000,00 per sinistro;**
- spese per l'indennità di trasferta;
- spese di esecuzione forzata **oltre il secondo tentativo per Sinistro;**
- spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione non è obbligatoria;**
- imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle Spese di Giustizia;
- multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere;
- spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'Assicurato nei procedimenti penali;
- spese non concordate con ARAG;
- ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione;
- spese recuperate dalla controparte.

6. NORME CHE REGOLANO LA SEZIONE TUTELA LEGALE**La Società inoltre non copre:**

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

6.7 – Esclusioni**Se non diversamente indicato in Polizza, le garanzie non sono valide per Sinistri relativi a:**

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

6.8 – Limiti di copertura

- 1) Le spese legali sono coperte **per l'intervento di (1) un avvocato per ogni grado di giudizio, salvo il caso di sostituzione dello stesso, senza duplicazione di spese**.
- 2) Nel caso di Vertenze fra Assicurati **le garanzie sono valide unicamente a favore del Contraente**.
- 3) Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, **le garanzie indicate in Polizza operano a secondo rischio**, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.

6.9 – Massimali

La copertura assicurativa è valida, in relazione ad ogni Sinistro, **con il Massimale indicato nella Scheda di Polizza con un limite di euro 40.000,00 per Periodo di Assicurazione e anche nel caso di Sinistri che hanno colpito più Assicurati. In questo caso il Massimale viene equamente ripartito tra tutti gli Assicurati a prescindere dalle somme pagate da ciascuno.**

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

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'Assicurato, **le garanzie previste in Polizza operano a secondo Rischio**.

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

6.11 – Estensione territoriale - Dove operano le garanzie

Le garanzie:

- "6.4.1. Responsabilità medica";
- "6.5.1. Danni subiti";

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

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

Le garanzie:

- "6.4.2. Istituti previdenziali ed assistenziali";
- "6.5.2. Ricorsi contro la Pubblica Amministrazione";

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

6.12 – Validità delle garanzie - Quando sono coperti i Sinistri

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

7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

7.1 - Norme valide per tutte le Sezioni

7.1.1. Obblighi in caso di Sinistro

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

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

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

A mezzo telefono al numero verde:	800.23.31.20
A mezzo fax al numero verde:	800.60.61.61
A mezzo posta indirizzata a:	HDI Assicurazioni S.p.A. – 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 800.010.634 , oppure nei modi indicati all'articolo "7.4.1. Obblighi specifici" delle Norme valide per la sezione Assistenza.	
Per informazioni sui Sinistri rivolgersi al numero verde: 800.23.31.20 oppure al proprio Intermediario.	

7.1.2. Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per gli stessi Rischi coesistono più assicurazioni, il Contraente o l'Assicurato informa ciascun assicuratore in merito agli altri contratti stipulati. In caso di Sinistro, il Contraente o l'Assicurato avvisa tutti gli assicuratori e richiede a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto. Se la somma di tutti gli indennizzi, escluso dal conteggio l'indennizzo dovuto dall'assicuratore eventualmente insolvente, supera l'ammontare del danno, la Società paga soltanto la quota proporzionale in ragione dell'indennizzo calcolato secondo il proprio contratto senza tenere conto di eventuali Scoperti e/o Franchigie il cui ammontare viene dedotto successivamente.

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

Norme valide per le Sezioni Infortuni ed Invalidità Permanente da Malattia

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

Fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, in caso di:

- divergenze sul grado di Invalidità Permanente o sul grado o sulla durata dell'Inabilità Temporanea, e sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità indicati agli artt. "3.2.2. Criteri di indennizzabilità" e "4.2.2. Criteri di indennizzabilità";
- controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro;
- disaccordo sulla natura e sulle conseguenze della Malattia, ovvero sulla operabilità di un'ernia addominale da sforzo;

le Parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere se e in quale misura siano applicabili le Condizioni di Assicurazione 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 o domicilio dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e paga il compenso del medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

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

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

I risultati delle operazioni del Collegio medico sono 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri medici nel verbale definitivo.

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

In caso di sopraggiunta morte dell'Assicurato, dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'Indennizzo per Invalidità Permanente in favore dell'Assicurato (salvo che la morte sia causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza includa la garanzia facoltativa per il caso morte di cui all'art. "3.5.7. Morte", nel qual caso l'Indennizzo per l'evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente).

la Società, liquida agli eredi dell'Assicurato:

- l'importo già concordato con l'Assicurato prima della sua morte oppure, in mancanza,
- l'importo già offerto all'Assicurato prima della sua morte oppure, in mancanza,

7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

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

Se invece l'Assicurato muore prima che la Società ha effettuato gli opportuni accertamenti medico-legali, la Società paga 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.

In entrambi i casi, se la morte è causata dall'Infortunio denunciato e la Polizza include la garanzia facoltativa per il caso morte di cui all'art. "3.5.7. Morte", l'Indennizzo per l'evento morte si sostituisce all'Indennizzo per Invalidità Permanente.

Questo articolo non si applica per la Garanzia Rendita vitalizia annua da Infortunio, se questa ne prevede la sua corresponsione sotto forma di rendita mensile.

7.1.5. Rinuncia al diritto di surroga

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

7.1.6. Liquidazione e pagamento dell'Indennizzo

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

7.1.7. Documenti richiesti in caso di morte dell'Assicurato

Se il Beneficiario dell'Indennizzo è un soggetto diverso dall'Assicurato, in caso di morte di quest'ultimo (in particolare, nei casi previsti dall'art. 3.5.7. Morte), e anche quando il diritto all'Indennizzo è trasmesso agli eredi dell'Assicurato per successione ereditaria (come nel caso di cui all'art. 7.1.4. Indennizzo per Invalidità Permanente in caso di morte dell'Assicurato), i Beneficiari, gli eredi dell'Assicurato o il Contraente, devono consegnare alla Società i seguenti documenti:

- richiesta dell'avente diritto che contiene la denuncia dell'evento e le indicazioni che permettono 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;
- se il Beneficiario non è indicato univocamente: atto di notorietà o la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà che attesta l'esistenza o meno di un testamento – l'ultimo noto non impugnato – con l'indicazione della data di stesura, pubblicazione e l'indicazione di tutti gli eredi legittimi. Del testamento deve essere consegnata copia conforme all'originale.

7.2 - Norme valide per la sezione Infortuni**7.2.1. Denuncia dell'Infortunio e obblighi relativi**

Fermo quanto indicato all'art. "7.1.1. 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 che attesta entità e sede delle lesioni.

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

- fornire copia della Cartella Clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- inviare successivamente, fino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi alla Società. Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità Temporanea, se l'Assicurato non invia i successivi certificati medici, la Società paga l'Indennità considerando come data di guarigione quella che risulta nell'ultimo certificato inviato, tranne se la Società può stabilire una data anteriore;
- consentire alla Società le indagini, i controlli medici e gli accertamenti necessari, insieme ad ogni altra informazione richiesta, 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), tranne se sono espressamente comprese nell'Assicurazione.

7.2.2. Denuncia del Sinistro e obblighi dell'Assicurato per garanzia Estensione HIV

L'Assicurato, per non perdere il diritto all'Indennizzo, deve:

- sottoporsi ad accertamenti clinici presso un centro specializzato per l'individuazione del virus HIV, entro 6 giorni da quando si è verificato l'evento;
- ripetere gli accertamenti clinici presso un centro specializzato per l'individuazione del virus HIV nel periodo compreso tra i 90 e i 180 giorni dall'evento, se non è risultato sieropositivo.

Se l'Assicurato risulta sieropositivo ai primi accertamenti effettuati entro i 6 giorni dall'evento, la Società non paga nessun Indennizzo e tale aggravamento del Rischio deve essere tempestivamente comunicato alla Società, che può valutare di recedere dalla Polizza secondo l'art. 1898 del Codice civile, se ci sono i presupposti.

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

Non sono ammesse certificazioni prive delle generalità complete dell'Assicurato.

Pagamento dell'Indennizzo e cessazione della Polizza

La Società, nel caso in cui l'Assicurato risulta sieropositivo in occasione del secondo accertamento, paga l'Indennizzo dovuto nei limiti indicati all'art. "3.6 - Limiti di Indennizzo, Scoperti e Franchigie".

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

7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI**7.3 - Norme valide per la sezione Invalidità Permanente da Malattia****7.3.1. Denuncia dell'invalidità e obblighi relativi**

Fermo quanto indicato all'art. "7.1.1. – Obblighi in caso di Sinistro", l'Assicurato deve denunciare la Malattia quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la Malattia stessa, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, può comportare un'Invalidità Permanente.

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

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

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

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

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

7.4 - Norme valide per la sezione Assistenza**Premessa**

In caso di Sinistro coperto dalla Sezione Assistenza, l'Assicurato deve prendere immediatamente contatto con la Struttura Organizzativa.

Se l'Assicurato non contatta la Struttura Organizzativa può perdere il diritto alle Prestazioni.

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.

7.4.1. Obblighi specifici

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

Per la denuncia del Sinistro e per poter usufruire delle Prestazioni, l'Assicurato contatta la Struttura Organizzativa, in funzione 24 ore su 24, ai seguenti recapiti:

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

IMPORTANTE: L'Assicurato, prima di prendere qualsiasi iniziativa, deve prima interpellare telefonicamente la Struttura Organizzativa.

L'Assicurato deve comunicare all'operatore le seguenti informazioni:

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

Assistenza domiciliare integrata:

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

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

L'inadempimento di tale obbligo di preavviso può comportare la perdita del diritto alle Prestazioni di assistenza o ritardo nell'erogazione delle stesse.

7.5 - Norme valide per la sezione Tutela Legale**Premessa**

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

7.5.1. Obblighi specifici - Come denunciare un Sinistro

La denuncia del Sinistro deve essere presentata tempestivamente all'Intermediario cui è assegnata la polizza oppure o alla Società nel momento in cui l'Assicurato ne ha conoscenza o, comunque, nel rispetto del termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi dalla data di cessazione della Polizza o di eventuali altre polizze emesse successivamente senza interruzione della copertura assicurativa per lo stesso rischio.

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

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

7. NORME CHE REGOLANO I SINISTRI**7.5.2. Gestione del Sinistro, scelta dell'avvocato e pagamento delle spese**

Dopo aver ricevuto la denuncia del Sinistro, ARAG verifica la copertura assicurativa.

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

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

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

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

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

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di Assicurazione e senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista.

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

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

7.5.3. Restituzione delle spese

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

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

Nel caso di disaccordo tra l'Assicurato e ARAG in merito alla gestione del Sinistro, **la decisione può essere affidata ad un arbitro che decide secondo equità, scelto di comune accordo dalle Parti o, in mancanza di accordo, dal presidente del tribunale competente in base al codice di procedura civile.**

Ciascuna delle Parti contribuisce alla metà delle spese arbitrali indipendentemente dall'esito dell'arbitrato.

In via alternativa è possibile adire l'autorità giudiziaria, **previo esperimento del tentativo di mediazione o di altro sistema alternativo di risoluzione delle controversie previsto dalla normativa.**

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

7.5.5. Quando avviene il Sinistro

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

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

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

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

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

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

ALLEGATI

ALLEGATI

 ALLEGATO 1
 CATALOGO ATTIVITA' PROFESSIONALI

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

ALLEGATI

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

ALLEGATI

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

ALLEGATI

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	

ALLEGATI

DESCRIZIONE	PERCENTUALI	
	Destro	Sinistro
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16	
Perdita totale del solo alluce	7	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna Indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del collo	2	

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.

ALLEGATI

ALLEGATO 3
TABELLA CAE

(Tabella coefficienti adeguamento età)

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

ALLEGATI

Passaggio da anni – a anni	Sezione Infortuni (esclusa Rendita Vitalizia)
55 – 56	1,0000
56 – 57	1,0000
57 – 58	1,0000
58 – 59	1,0102
59 – 60	1,0000
60 – 61	1,0101
61 – 62	1,0000
62 – 63	1,0100
63 – 64	1,0000
64 – 65	1,0000
65 – 66	1,0099
66 – 67	1,0000
67 – 68	1,0000
68 – 69	1,0000
69 – 70	1,0098
70 – 71	1,0000
71 – 72	1,0000
72 – 73	1,0000
73 – 74	1,0097
74 – 75	1,0096

Passaggio da anni – a anni	Garanzia Rendita Vitalizia
55 – 56	0,9633
56 – 57	0,9626
57 – 58	0,9618
58 – 59	0,9621
59 – 60	0,9603
60 – 61	1,3127
61 – 62	0,9693
62 – 63	0,9689
63 – 64	0,9685
64 – 65	0,9693
65 – 66	0,9678
66 – 67	0,9681
67 – 68	0,9666
68 – 69	0,9675
69 – 70	0,9672
70 – 71	0,9669
71 – 72	0,9666
72 – 73	0,9676
73 – 74	0,9664
74 – 75	0,9675

Passaggio da anni – a anni	Sezione Invalidità Permanente da Malattia
55 – 56	1,0578
56 – 57	1,0588
57 – 58	1,0595
58 – 59	1,0599
59 – 60	1,0601
60 – 61	1,0633
61 – 62	1,0596
62 – 63	1,0592
63 – 64	1,0587
64 – 65	1,0607

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

ALLEGATI

**ALLEGATO 4
TABELLA OBLIO ONCOLOGICO**

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

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

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



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

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

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

PAGINA LASCIATA

INTENZIONALMENTE

IN

BIANCO

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

Mod. S4291 – Ed. 04/2026

HDI
ASSICURAZIONI