



INFORTUNI COMPLETA



**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
DEL RISCHIO PROFESSIONALE E
DEL TEMPO LIBERO**

Edizione 195 - 24/09/2022

ALLIANZ VIVA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO
DATA DI REALIZZAZIONE 24/09/2022

Allianz  **Viva**

INTRODUZIONE

Infortuni Completa offre una serie di coperture per le conseguenze di Infortuni, quali: Invalidità Permanente, Morte, Inabilità Temporanea, Indennità da Ricovero, Rimborso Spese di Cura. Offre anche due coperture per le conseguenze nel caso insorgesse una Malattia, quali: Invalidità Permanente da Malattia e Indennità da Ricovero per Malattia. È possibile, inoltre, estendere la copertura alla garanzia Assistenza in caso di bisogno a seguito di Infortunio o Malattia. Queste garanzie possono essere scelte dal cliente in maniera modulare e operano solo se indicate in Polizza.

GUIDA ALLA LETTURA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Questa pagina di sintesi fornisce alcune informazioni utili per la comprensione delle condizioni di Assicurazione. Nella redazione sono state seguite le linee guida di Ania, Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici, sui Contratti Semplici e Chiari.

LEGENDA

Per rendere più chiare le Condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE

CONDIZIONI FACOLTATIVE
(valide solo se espressamente richiamate in Polizza)

LIMITI DI COPERTURA

- box rossi per indicare limiti, franchigie, scoperti ed esclusioni

LIMITI / FRANCHIGIE / SCOPERTI / ESCLUSIONI

- box blu a quadretti per fornire esempi pratici (contrattualmente non vincolanti) per spiegare quanto riportato negli articoli

ESEMPI

- Frasi in **grassetto** per indicare le principali garanzie e condizioni di assicurabilità, obblighi di comportamento a carico del Contraente
- Parti evidenziate in grigio per indicare: delimitazioni all'operatività delle garanzie e clausole onerose soggette ad approvazione specifica
- Lettere maiuscole per dare evidenza alle parole contenute nel glossario

CONTATTI

Assistenza clienti

 **800.88.55.00** Gratuito anche da cellulare

L'Area Clienti le consente di accedere alla sua posizione assicurativa, di pagare i premi successivi al primo, di inviare richiesta di modifica dei propri dati anagrafici, di denunciare un Sinistro. Attivi subito il suo account su www.allianzviva.it.

INDICE

1. NORME COMUNI	4
CONDIZIONI SEMPRE VALIDE	4
CHE COSA SI PUÒ ASSICURARE	4
CHE COSA È ASSICURATO	5
QUANDO E COME PAGARE	6
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	9
COME SI PUÒ DISDIRE	10
OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E DI ALLIANZ VIVA ALL'INIZIO E NEL CORSO DEL CONTRATTO	11
CONDIZIONI FACOLTATIVE	12
2. INFORTUNI	13
CONDIZIONI SEMPRE VALIDE	13
CHE COSA È ASSICURATO	13
GARANZIE INFORTUNI	17
LIMITI DI COPERTURA	30
CONDIZIONI FACOLTATIVE	32
3. MALATTIA	39
CONDIZIONI SEMPRE VALIDE	39
CHE COSA È ASSICURATO	39
LIMITI DI COPERTURA	45
4. ASSISTENZA	48
CONDIZIONI SEMPRE VALIDE	49
LIMITI DI COPERTURA	66
5. NORME IN CASO DI SINISTRO	69
6. TABELLE	76
7. GLOSSARIO	85

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE



CHE COSA SI PUÒ ASSICURARE

Art. 1.1 CRITERI DI ASSICURABILITÀ

Possono essere assicurate **le persone fisiche** che:

- **risiedono in Italia;**
- al momento della sottoscrizione della Polizza e in occasione dei successivi rinnovi annuali, hanno:
 - **non più di 80 anni compiuti** per la Sezione Infortuni e la Garanzia Indennità da Ricovero per Malattia;
 - **non più di 65 anni compiuti** per la Garanzia Invalidità Permanente da Malattia.

Le persone assicurate che raggiungono queste età nel corso dell'Assicurazione rimarranno in copertura esclusivamente fino alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età. A far data dal rinnovo, pertanto, le persone e le garanzie, per le quali la persona assicurata ha raggiunto il limite massimo di età dalle stesse previste, saranno automaticamente escluse dalla copertura.

L'eventuale incasso da parte di Allianz Viva dei premi scaduti successivamente dà diritto al Contraente di chiederne la restituzione in qualsiasi momento.

Sono inoltre previsti requisiti di assicurabilità specifici per le singole Sezioni Infortuni, Malattia e Assistenza, a cui si rimanda per maggiori dettagli.

Art. 1.2 PRECEDENTI ASSICURATIVI

Requisiti essenziali per l'assicurabilità di un Rischio e per l'efficacia dell'Assicurazione sono le seguenti:

- **negli ultimi tre anni non si sono verificati sinistri causati da eventi coperti dalla Polizza;**
- **non esistono altre assicurazioni per gli stessi rischi coperti dalla Polizza e il Contraente non ha avuto polizze annullate per sinistri relativi ai medesimi rischi.**



Art. 1.3 TIPI DI COPERTURA

La copertura vale in tutto il mondo per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività descritte nel Tipo di copertura scelto e indicato in Polizza.

Le opzioni disponibili, alternative l'una all'altra, sono:

- a) **Professionale + Extraprofessionale (h.24)**
- b) **Professionale**
- c) **Extraprofessionale**

La garanzia opera solo per il Tipo di copertura scelto ed espressamente indicato in Polizza per ogni Assicurato.

Art. 1.3.1 Tipo di copertura Professionale + Extraprofessionale (h.24)

La copertura vale in tutto il mondo per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle occupazioni professionali principali e secondarie indicate in Polizza;
- di ogni altra attività che non abbia carattere professionale, comprese le prestazioni relative al governo della casa, gli hobbies e i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura.

Art. 1.3.2 Tipo di copertura Professionale

La copertura vale in tutto il mondo per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle sole occupazioni professionali principali e secondarie indicate in Polizza.

Art. 1.3.3 Tipo di copertura Extraprofessionale

La copertura vale in tutto il mondo per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- di ogni attività che non abbia carattere professionale, comprese le prestazioni relative al governo della casa, gli hobbies e i lavori domestici di ordinaria manutenzione, di giardinaggio e di orticoltura.

Art. 1.4 VARIAZIONE DELLA PROFESSIONE

Per i tipi di copertura:

- a) **Professionale + Extraprofessionale (h.24), e**
- b) **Professionale,**

se nel corso dell'Assicurazione:

- si verifica un cambiamento delle attività professionali indicate in Polizza,
- l'Assicurato non ha comunicato il cambiamento e
- l'Infortunio avviene durante lo svolgimento di una delle diverse attività,

l'Indennizzo è corrisposto:

- integralmente se l'attività non aggrava il Rischio;
- nella misura ridotta indicata nella seguente tabella, se l'attività aggrava il Rischio.

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI INDENNIZZO					
	Attività dichiarata in Polizza				
	Classe	A	B	C	D
Attività svolta al momento del Sinistro	A	100	100	100	100
	B	85	100	100	100
	C	70	85	100	100
	D	55	70	85	100

Per determinare il livello di Rischio dell'attività dichiarata in Polizza, rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si fa riferimento alla "Tabella delle attività professionali" presente nella Sezione 6 Tabelle Art. 6.1 Tabella delle attività professionali.

Per le attività non indicate, sono utilizzati criteri di equivalenza o analogia a una attività in elenco.



QUANDO E COME PAGARE

Art. 1.5 PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio è determinato per periodi di Assicurazione di un anno, salvo il caso di Polizze di durata inferiore, ed è interamente dovuto anche se è stabilito il frazionamento in più rate.

Il Premio annuo può essere frazionato, su richiesta dal Contraente, in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali o semestrali.

I premi devono essere pagati:

- presso l'Intermediario cui è assegnata la Polizza oppure direttamente ad Allianz Viva;
- con procedura SDD secondo la seguente modalità:

- per la prima rata di Premio valgono le modalità sopra indicate;
- dalla seconda rata in poi, il Premio è corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare Allianz Viva ad addebitare i Premi sul proprio conto corrente presso la sua banca, i cui estremi vengono comunicati ad Allianz Viva con la sottoscrizione di apposita delega SDD. Ai fini dell'attestazione dell'avvenuto pagamento del Premio, farà fede la documentazione contabile della banca stessa;
- con addebito ricorrente su carta di credito con le seguenti modalità:
 - per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente;
 - dalla seconda rata in poi, il Contraente deve autorizzare Allianz Viva a richiedere, per le rate successive e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture indicate in Polizza sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.

In caso di frazionamento in rate mensili del Premio, le uniche modalità di pagamento disponibili sono:

- procedura SDD (Sepa Direct Debit);
- addebito ricorrente su carta di credito,

con le modalità sopra descritte.

Se è stato concordato e attivato l'addebito ricorrente dei pagamenti in conto corrente o su carta di credito, il Contraente deve dare immediato avviso ad Allianz Viva in caso di **variazione o cessazione dei rapporti di addebito o di variazione della carta di credito**

Art. 1.5.1 Mancato pagamento del Premio

In caso di frazionamento diverso dal mensile

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive:

- l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno successivo a quello di scadenza del primo Premio o rata di Premio non pagata;
- l'Assicurazione riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno di pagamento di tutti i premi o rate di Premio scadute e non pagate, ferme le successive scadenze;
- nel periodo di sospensione, della durata massima di 6 mesi dal giorno di scadenza del primo Premio o rata di Premio non pagata, Allianz Viva non è obbligata a fornire alcuna prestazione;
- l'Assicurazione si risolve dopo 6 mesi di sospensione dal giorno di scadenza del primo Premio o rata di Premio non pagata.

In caso di frazionamento mensile con pagamento SDD o su carta di credito

In caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo viene addebitato congiuntamente alla rata immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

L'Assicurazione resta sospesa:

- dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello della prima rata insoluta, in tutti i casi di omesso avviso, da parte del Contraente, di variazione/cessazione del rapporto di conto corrente o del rapporto contrattuale relativo all'uso della carta di credito, salvo che, in quest'ultimo caso, l'addebito sia stato autorizzato su altra carta di credito messa a disposizione dal medesimo gestore, in sostituzione della carta utilizzata per il primo pagamento;
- in entrambi i suddetti casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24:00 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Intermediario tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità. La Polizza si intenderà comunque risolta alla scadenza dell'annualità.

Nel periodo di sospensione, della durata massima di 6 mesi dal giorno di scadenza del primo Premio o rata di Premio non pagata, Allianz Viva non è obbligata a fornire alcuna prestazione.

L'Assicurazione si risolve dopo 6 mesi di sospensione dal giorno di scadenza del primo Premio o rata di Premio non pagata.

Art. 1.6 INDICIZZAZIONE

Le Somme Assicurate, i massimali e il Premio sono soggetti ad adeguamento automatico annuale della percentuale calcolata facendo il rapporto tra i seguenti indici estratti dalla Tavola ISTAT di riferimento:

- indice relativo al quarto mese precedente il mese di scadenza della rata annuale di Premio
- e
- indice dello stesso mese di cui sopra ma relativo all'anno immediatamente precedente.

L'Indice di riferimento è quello dei "Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati" (già "costo della vita"), elaborato dall'Istituto Centrale di Statistica (I.S.T.A.T.).

Non sono soggetti ad adeguamento:

- franchigie, scoperti e relativi minimi e massimi;
- i limiti di Indennizzo;
- tutte le prestazioni della Sezione Assistenza e relativo Premio.

Se l'indice nazionale generale sopra indicato non è più disponibile, Allianz Viva si riserva di adottare un indice equipollente, previa comunicazione al Contraente e ferme restando le modalità di indicizzazione sopra indicate.

CONTEGGIO PERCENTUALE DI ADEGUAMENTO (I valori degli indici sono a puro titolo esemplificativo)

Scadenza polizza giugno 2022

Indici da considerare (quarto mese che precede la rata a scadenza annua) per calcolare la percentuale di adeguamento:

Febbraio 2022 => indice ISTAT 108,80

Febbraio 2021 => indice ISTAT 103,00

Incremento ISTAT: $108,80/103,00 \cdot 100 - 100 = 5,6\%$ di adeguamento

Art. 1.7 ONERI FISCALI

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



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Art. 1.8 DECORRENZA DELL'ASSICURAZIONE

Se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Art. 1.9 DURATA E RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha durata annuale, salvo diversamente specificato.

Per i casi in cui la Legge o la Polizza si riferiscono al Periodo di Assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'Assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel quale caso esso coincide con la durata della Polizza.

Tacito rinnovo

L'Assicurazione è tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno se:

- le Parti non hanno inviato disdetta entro i termini; e
- i premi sono stati tutti regolarmente pagati.

Deroga al tacito rinnovo

Se in Polizza è indicata l'applicazione della deroga al tacito rinnovo, l'Assicurazione termina alle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza, senza necessità di comunicazione tra le Parti.



COME SI PUÒ DISDIRE

Art. 1.10 FACOLTÀ DI RECESSO - DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il Contraente ha diritto di recedere entro 15 giorni dalla sottoscrizione della copertura assicurativa, dandone comunicazione scritta ad Allianz Viva; resta fermo che, in caso di mancato esercizio del diritto di recesso, la copertura assicurativa rimarrà operante secondo le regole di durata sottoscritte.

In caso di esercizio del diritto di recesso, Allianz Viva provvederà al Rimborso del Premio pagato e non goduto – al netto di imposte e contributi – trattenendo la frazione di Premio relativa al periodo in cui la copertura assicurativa ha avuto effetto.

Art. 1.11 DISDETTA

Tacito rinnovo

Le Parti possono disdire l'Assicurazione a ogni scadenza annuale con comunicazione scritta, con preavviso di almeno:

- 30 giorni se la Polizza ha durata annuale;
- 60 giorni in caso di Polizza poliennale.

In caso di disdetta entro i termini, l'Assicurazione scade alle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza.

Deroga tacito rinnovo

Se in Polizza è indicata l'applicazione della deroga al tacito rinnovo, non è necessaria alcuna comunicazione tra le Parti e l'Assicurazione termina alle ore 24:00 del giorno indicato in Polizza.

Art. 1.12 FACOLTÀ DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Il Contraente e Allianz Viva possono recedere dal Contratto dopo la denuncia di ogni Sinistro dovuto a Infortunio liquidabile in base alla Polizza fino al 60° giorno dal pagamento o dal rifiuto dell'Indennizzo con preavviso di almeno 30 giorni con comunicazione scritta.

Allianz Viva, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, rimborsa la parte di Premio relativa al Periodo di Assicurazione pagato ma non goduto, al netto delle imposte.



OBBLIGHI DEL CONTRAENTE E DI ALLIANZ VIVA ALL'INIZIO E NEL CORSO DEL CONTRATTO

Art. 1.13 DICHIARAZIONI SULLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente sulle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la cessazione dell'Assicurazione.¹

Art. 1.14 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente deve comunicare per iscritto ad Allianz Viva se ha già stipulato o se, in corso di Contratto, stipula assicurazioni per lo stesso Rischio; in caso di Sinistro, deve comunicarlo a tutti gli assicuratori e indicare a ciascuno il nome degli altri.²

Art. 1.15 MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modificazioni dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da specifico documento sottoscritto dalle Parti.

Art. 1.16 AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO *(non opera per la Sezione Malattia)*

Il Contraente deve comunicare per iscritto ad Allianz Viva ogni aggravamento del Rischio.

Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati da Allianz Viva possono causare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo o alla prestazione e la stessa cessazione dell'Assicurazione³.

Art. 1.17 DIMINUZIONE DEL RISCHIO *(non opera per la Sezione Malattia)*

In caso di diminuzione del Rischio Allianz Viva riduce il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione del Contraente e rinuncia al relativo diritto di recesso.⁴

Art. 1.18 INFORMATIVA ALL'ASSICURATO

In caso di polizze cumulative, il Contraente si impegna a informare tutti gli Assicurati che hanno diritto a richiedere le Condizioni di Assicurazione al Contraente stesso o, in ogni caso, ad Allianz Viva.

¹ Articoli 1892, 1893 e 1894 Codice Civile

² Art. 1910 Codice Civile

³ Art. 1898 Codice Civile

⁴ Art. 1897 del Codice Civile

Art. 1.19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge. Il Contratto è regolato dalla legge italiana.

CONDIZIONI FACOLTATIVE

(valide solo se espressamente richiamate in Polizza)

B1 – Clausola Broker

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

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

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE



CHE COSA È ASSICURATO

Art. 2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo per gli Infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento delle attività descritte nel Tipo di Assicurazione scelto e indicato in Polizza.

Sono compresi:

- 1) gli Infortuni subiti a seguito di **malore o stato di incoscienza** non dovuti a condizione patologica;
- 2) le conseguenze di **colpi di sole e punture di insetti, morsi di animali e rettili, assideramento, congelamento**

Esclusioni: malaria

- 3) gli Infortuni causati da **imprudenza, imperizia o negligenza grave** dell'Assicurato, ingestione accidentale o assorbimento di sostanze nocive, annegamento accidentale;
- 4) gli Infortuni causati da **tumulti popolari**, aggressioni o atti violenti con movente politico, sindacale o sociale, se l'Assicurato non ne ha preso parte attiva e volontaria;
- 5) gli Infortuni causati da: **forze della natura** come fulmine, grandine, tempeste di vento, scariche elettriche; da improvviso **contatto con corrosivi**; **l'asfissia involontaria** per improvvisa e violenta fuga di gas e vapori;
- 6) gli Infortuni che derivano dalla **guida di qualsiasi veicolo o natante a motore**, se l'Assicurato è in possesso di regolare patente di abilitazione alla guida, se prescritta;
- 7) gli Infortuni subiti durante la pratica dell'**alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai**: fino al 3° grado della scala di U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) anche senza accompagnamento; oltre il 3° grado della scala di U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) se **con accompagnamento** di Guida professionista, Istruttore Nazionale di Club Alpini, Istruttore di scuole di alpinismo o di sci alpino riconosciute da Club Alpini Nazionali;

8) gli Infortuni subiti da persone affette da **diabete**. In caso di Infortunio, l'Indennizzo è corrisposto ai sensi dell'Art.5.2 Criteri di indennizzabilità

Esclusioni: le relative conseguenze.

Art. 2.2 SFORZI MUSCOLARI ED ERNIE TRAUMATICHE

L'Assicurazione è estesa alle conseguenze di **sforzi muscolari e per le ernie di carattere esclusivamente traumatico**.

Per le sole ernie di carattere esclusivamente traumatico, limitatamente alle garanzie Invalidità Permanente da Infortunio e Inabilità Temporanea da Infortunio, se operanti, l'Assicurazione opera come segue:

- **se l'ernia è operabile**: è liquidata una Indennità per Inabilità Temporanea fino a 40 giorni;
- **se l'ernia, anche se bilaterale, non è operabile** secondo il parere del medico: è liquidata un'Indennità per Invalidità Permanente fino al 10% della Somma Assicurata per il caso di Invalidità Permanente totale;
- in caso di contestazione sulla natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è presa dal Collegio Medico.

Art. 2.3 RAPINA, SCIPPO, SEQUESTRO DI PERSONA

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni causati da rapina, tentata o consumata, sequestro di persona e scippo.

Se a seguito del reato di rapina, tentata o consumata, all'Assicurato deriva la morte o un'Invalidità Permanente di grado superiore al 70%, la Somma Assicurata per queste garanzie è aumentata del 50%, con un limite massimo di aumento di 500.000,00 euro.

Questa copertura non si cumula con quella prevista dall'art. 2.12 Commorienza dei genitori.

Art. 2.4 MENOMAZIONI ESTETICHE

Se un Infortunio indennizzabile ai sensi di Polizza ha una conseguenza di carattere estetico che comporta il riconoscimento di una Invalidità Permanente, Allianz Viva rimborsa le spese documentate sostenute dall'Assicurato per ridurre o eliminare il danno tramite un intervento di chirurgia estetica.

Limite di Indennizzo: 3.000,00 euro per evento.

Art. 2.5 PERDITA ANNO SCOLASTICO

Se a seguito di Infortunio lo studente Assicurato non può frequentare le lezioni per un periodo tale da determinare la perdita dell'anno scolastico in corso, Allianz Viva liquida un importo pari all'1% della somma indicata per Invalidità Permanente se operante.

Il pagamento è subordinato alla presentazione della documentazione rilasciata dall'autorità scolastica, che deve indicare:

- che lo studente è regolarmente iscritto;
- che la perdita dell'anno scolastico è stata causata dalle suddette assenze.

Art. 2.6 RISCHIO VOLO, DIROTTAMENTI

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni subiti dall'Assicurato durante i viaggi aerei effettuati come passeggero su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli:

- charter;
- straordinari gestiti da società di traffico regolare;
- su aeromobili militari in regolare traffico civile;
- di trasferimento su velivoli di ditte o privati condotti da piloti.

La copertura opera anche per gli Infortuni che, a causa di un forzato dirottamento del velivolo, si verificano fuori dai limiti territoriali o di tempo previsti in Polizza. È compreso anche il viaggio in aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitivo previsto dal biglietto aereo.

Massimo Indennizzo per il Rischio volo per ciascun Assicurato, a fronte della presente Polizza e di eventuali altre stipulate con Allianz Viva, in cui lo stesso è assicurato per le medesime garanzie:

- **Morte:** 1.050.000 euro
- **Invalidità Permanente Totale:** 1.050.000 euro

Massimo Indennizzo per il Rischio volo per aeromobile cumulativo per tutti gli Assicurati, a fronte della presente Polizza e di eventuali altre stipulate con Allianz Viva, in cui gli stessi sono assicurati per le medesime garanzie:

- **Morte:** 10.000.000 euro
- **Invalidità Permanente Totale:** 10.000.000 euro

Se gli Indennizzi complessivamente dovuti a termini di Polizza superano gli importi sopra citati, gli indennizzi che spettano a ciascun Assicurato in caso di Sinistro sono ridotti in proporzione alle singole Somme Assicurate.

Per questa garanzia si stabilisce che il viaggio aereo inizia quando l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e si conclude quando è sceso.

Esclusioni:

- Infortuni subiti come pilota o membro dell'equipaggio;
- voli su mongolfiere e dirigibili;
- le trasvolate oceaniche per i voli su velivoli di ditte o privati condotti da piloti professionisti.

Inoltre, non è considerato Rischio volo il Rischio di salita e di discesa

Art. 2.7 CALAMITÀ NATURALI

L'Assicurazione è estesa agli Infortuni causati da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche⁵.

Se un unico evento colpisce più persone assicurate con la presente Polizza, Allianz Viva liquida al massimo 10.000.000,00 euro in totale, tenendo conto anche di altre eventuali polizze per cui gli stessi soggetti sono Assicurati con Allianz Viva per le medesime garanzie.

Se gli Indennizzi complessivamente dovuti a termini di Polizza superano l'importo sopra citato, gli indennizzi che spettano a ciascun Assicurato in caso di Sinistro sono ridotti in proporzione alle singole Somme Assicurate.

Art. 2.8 LIMITAZIONE DELLE GARANZIE PER SINISTRI CATASTROFALI

Se un unico evento causa contemporaneamente l'Infortunio di più persone assicurate con la presente Polizza, Allianz Viva liquida al massimo 10.000.000,00 euro in totale.

Se gli Indennizzi complessivamente dovuti a termini di Polizza superano l'importo sopra citato, gli indennizzi che spettano a ciascun Assicurato in caso di Sinistro sono ridotti in proporzione alle singole Somme Assicurate.

Questa limitazione non si applica alle garanzie di cui agli artt. 2.6 Rischio volo, dirottamenti e 2.7 Calamità naturali.

Art. 2.9 RISCHIO GUERRA

La copertura opera per gli Infortuni causati da stato di guerra (dichiarata e non), per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato viene sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero in un paese sino ad allora in pace.

⁵ A parziale deroga dell'art. 1912 Codice civile

Esclusioni: Infortuni subiti nel territorio della Repubblica italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino.

Art. 2.10 MANCINISMO

Se l'Assicurato è mancino, il grado di Invalidità per il lato destro è applicato al lato Sinistro e viceversa.

GARANZIE INFORTUNI

(le seguenti garanzie operano se espressamente indicate in Polizza e se pagato il relativo Premio)

Art. 2.11 MORTE E MORTE PRESUNTA *(operante se indicata in Polizza)*

Art.2.11.1 MORTE

Se l'Infortunio ha per conseguenza la Morte dell'Assicurato e questa avviene entro 2 anni dalla data dell'Infortunio, Allianz Viva liquida la Somma Assicurata per il caso di Morte:

- ai beneficiari indicati in Polizza, o, in mancanza,
- ai suoi eredi in Parti uguali.

salvo quanto previsto dall'Art. 5.3 – Diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente in caso di Morte.

Art. 2.11.2 MORTE PRESUNTA

Se a seguito di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza il corpo dell'Assicurato non è ritrovato e si presume l'avvenuto decesso, Allianz Viva liquida la Somma Assicurata per il caso di Morte **dopo 6 mesi** dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta⁶.

Se dopo il pagamento dell'Indennizzo l'Assicurato risulta vivo, Allianz Viva ha il diritto alla restituzione della somma pagata. Dopo la restituzione, l'Assicurato può chiedere l'Indennizzo per l'Invalidità Permanente eventualmente subita, se acquistata la relativa garanzia.

Art. 2.12 COMMORIENZA DEI GENITORI

Se lo stesso evento provoca la morte dell'Assicurato e dell'altro genitore, anche se non assicurato con la presente Polizza, l'Indennizzo spettante ai figli minori beneficiari dell'Assicurazione per il caso Morte è raddoppiato, fino a un limite massimo di aumento di 500.000,00 euro.

⁶ Articoli 60 e 62 Codice Civile

Allianz Viva liquida l'Indennizzo in Parti uguali tra i figli beneficiari minori.

I minori in affido permanente sono equiparati ai figli minori.

Art. 2.13 INVALIDITÀ PERMANENTE *(operante se indicata in Polizza)*

Se l'Infortunio subito dall'Assicurato ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa si verifica entro 2 anni dalla data dell'Infortunio, Allianz Viva liquida un Indennizzo:

- calcolato sulla Somma Assicurata,
- accertato come indicato nell'art. 2.14 Accertamento grado di Invalidità
- con l'utilizzo della Metodologia di calcolo di cui all'art. 2.15,

in base alle scelte fatte dal Contraente ed espressamente indicate in Polizza.

Se l'Invalidità Permanente è totale, Allianz Viva liquida l'intera Somma Assicurata.

Art. 2.14 ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

L'Invalidità Permanente è calcolata sulla base della Somma Assicurata indicata in Polizza, in proporzione al grado di Invalidità Permanente che è accertato con riferimento:

- alla Tabella espressamente indicata in Polizza e scelta dal Contraente tra:
 - Tabella ANIA di cui all'art. 2.14.1
 - Tabella INAIL di cui all'art. 2.14.2;
- ai criteri sottoelencati.

Criteri

Menomazioni visive e uditive: per la quantificazione del grado di Invalidità Permanente di tiene conto della eventuale possibilità di applicare presidi correttivi.

Menomazione agli arti superiori: in caso di mancinismo le percentuali previste per il lato destro valgono per il lato Sinistro e viceversa.

Menomazioni a più distretti anatomici o articolari di un singolo arto: si procede alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere, al massimo, il valore corrispondente alla perdita anatomica dell'arto stesso.

Perdita totale o parziale, anatomica o funzionale di più organi o arti: si applica la percentuale di Invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione, fino a raggiungere, al massimo, il valore del 100%.

Invalidità Permanente non specificata nella tabella: l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Ferme le franchigie e i criteri di Indennizzo operanti e indicati in Polizza.

Art. 2.14.1 TABELLA ANIA *(operante se indicata in Polizza)*

Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri indicati nella Tabella ANIA presente nella Sezione 6 Tabelle art. 6.2 Tabella ANIA.

Ferme le franchigie previste e indicate in Polizza.

Art. 2.14.2 TABELLA INAIL *(operante se indicata in Polizza)*

Il grado di Invalidità Permanente è accertato facendo riferimento ai valori e ai criteri indicati nell'Allegato n.1 del D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965, Sezione 6 Tabelle Art. 6.3 Tabella INAIL, senza tener conto delle successive modifiche intervenute sino alla data di stipula della Polizza, con rinuncia da parte di Allianz Viva all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla Legge.

Ferme le franchigie previste e indicate in Polizza.

Art. 2.15 METODOLOGIE DI CALCOLO DELL'INDENNIZZO PER INVALIDITA' PERMANENTE

L'Indennizzo per Invalidità Permanente, accertato come indicato nell'art. 2.14 Accertamento del grado di Invalidità, è corrisposto in base alla Metodologia di calcolo indicata in Polizza e scelta dal Contraente tra le seguenti:

- Criterio di calcolo di cui all'art. 2.15.1
- Franchigia modulare 0% di cui all'art. 2.15.2
- Franchigia modulare 3% di cui all'art. 2.15.3
- Franchigia modulare 5% di cui all'art. 2.15.4
- Franchigia modulare 10% di cui all'art. 2.15.5

È operante esclusivamente la metodologia espressamente indicata in Polizza.

Art. 2.15.1 CRITERIO DI CALCOLO *(operante se indicata in Polizza)*

L'Indennizzo per Invalidità Permanente è calcolato in base alle percentuali corrispondenti al grado di Invalidità accertato, come indicato nella tabella seguente:

Somma Assicurata Fino a 500.000,00 euro					
Grado di Invalidità Permanente accertata %	Indennizzo sulla Somma Assicurata %	Grado di Invalidità Permanente accertata %	Indennizzo sulla Somma Assicurata %	Grado di Invalidità Permanente accertata %	Indennizzo sulla Somma Assicurata %
1	0	19	19	38	38
2	0	20	20	39	39
3	0	21	21	40	40
4	1,8	22	22	41	41
5	2,5	23	23	42	42
6	3,5	25	25	43	43
7	4,5	26	26	44	44
8	6	27	27	45	45,5
9	8,3	28	28	46	47
10	10	29	29	47	48,5
11	11	30	30	48	50
12	12	31	31	49	51,5
13	13	32	32	da 50 a 59	70
14	14	33	33	da 60 a 69	100
15	15	34	34	da 70 a 100	150
16	16	35	35		
17	17	36	36		
18	18	37	37		

1° ESEMPIO

Somma assicurata = 300.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 9%

Indennizzo in base alla tabella del Criterio di calcolo:

- 9% IP accertata = 8,3% sulla somma assicurata

TOTALE 300.000 euro x 8,3% = 24.900 euro

2° ESEMPIO

Somma assicurata = 300.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 55%

Indennizzo in base alla tabella del Criterio di calcolo:

- 55% IP accertata = 70% sulla somma assicurata

TOTALE 300.000 euro x 70% = 210.000 euro

Art. 2.15.2 FRANCHIGIA MODULARE 0% (operante se indicata in Polizza)

Il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

- a) sui primi 155.000 euro di somma assicurata: l'Indennizzo è pagato senza Franchigia;
- b) sull'eventuale eccedenza e fino a 300.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 5%. Se superiore al 5%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- c) sull'eventuale eccedenza da 300.001 euro e fino a 600.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 10%. Se superiore al 10%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- d) sull'eventuale eccedenza da 600.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 15%.

Se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore al 15%, la Franchigia di intende abrogata.

Se la percentuale di Invalidità è pari o superiore al 60% allora l'Indennizzo viene corrisposto al 100%.

1° ESEMPIO

Somma assicurata = 300.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 10%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 155.000= nessuna Franchigia
- Fascia 155.000 – 300.000 (pari a 145.000 euro) = Franchigia 5%

Indennizzo:

- 155.000 euro x 10% = 15.500 euro
- 145.000 euro x 10% – 5% Franchigia= 7.250 euro

TOTALE 15.500 + 7.250 = 22.750 euro

2° ESEMPIO

Somma assicurata = 500.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 10%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 155.000= nessuna Franchigia
- Fascia 155.000 – 300.000 (pari a 145.000 euro) = Franchigia 5%
- Fascia 300.000 – 500.000 (pari a 200.000 euro) = Franchigia 10%

Indennizzo:

- 155.000 euro x 10% = 15.500 euro
- 145.000 euro x 10% – 5% Franchigia= 7.250 euro
- 200.000 euro x 10% – 10% Franchigia = nessun indennizzo

TOTALE 15.500 + 7.250 = 22.750 euro

Art. 2.15.3 FRANCHIGIA MODULARE 3% (*operante se indicata in Polizza*)

Il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

- a) sui primi 155.000 euro di somma assicurata: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 3%. Se superiore al 3%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- b) sull'eventuale eccedenza e fino a 300.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 5%. Se superiore al 5%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- c) sull'eventuale eccedenza da 300.001 euro e fino a 600.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 10%. Se superiore al 10%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- d) sull'eventuale eccedenza da 600.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 15%.

Se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore al 15%, la Franchigia di intende abrogata.

Se la percentuale di Invalidità è pari o superiore al 60% l'Indennizzo viene corrisposto al 100%.

1° ESEMPIO

Somma assicurata = 300.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 10%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 155.000 = Franchigia 3%
- Fascia 155.000 – 300.000 (pari a 145.000 euro) = Franchigia 5%

Indennizzo:

- 155.000 euro x 10% – 3% Franchigia = 10.850 euro
- 145.000 euro x 10% – 5% Franchigia = 7.250 euro

TOTALE 15.500 + 7.250 = 18.100 euro

2° ESEMPIO

Somma assicurata = 300.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 20%

Calcolo della Franchigia:

- grado di IP accertato maggiore di 15% = nessuna Franchigia

Indennizzo:

- 300.000 euro x 20% = 60.000 euro

TOTALE 60.000 euro

Art. 2.15.4 FRANCHIGIA MODULARE 5% *(operante se indicata in Polizza)*

Il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

- a) sui primi 300.000 euro di somma assicurata: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 5%. Se superiore al 5%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- b) sull'eventuale eccedenza da 300.001 euro e fino a 600.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 10%. Se superiore al 10%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- c) sull'eventuale eccedenza da 600.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 15%.

Se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore al 15%, la Franchigia di intende abrogata.

Se la percentuale di Invalidità è pari o superiore al 60% l'Indennizzo viene corrisposto al 100%.

ESEMPIO

Somma assicurata = 650.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 15%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 300.000 = Franchigia 5%
- Fascia 300.000 – 600.000 (pari a 300.000 euro) = Franchigia 10%
- Fascia 600.000 – 650.000 (pari a 50.000 euro) = Franchigia 15%

Indennizzo:

- 300.000 euro x 15% – 5% Franchigia = 30.000 euro
- 300.000 euro x 15% – 10% Franchigia = 15.000 euro
- 50.000 euro x 15% – 15% Franchigia = nessun indennizzo

TOTALE 30.000 + 15.000 = 45.000 euro

Art. 2.15.5 FRANCHIGIA MODULARE 10% (operante se indicata in Polizza)

Il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

- a) sui primi 600.000 euro di somma assicurata: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 10%. Se superiore al 10%, l'Indennizzo è corrisposto per la parte eccedente;
- b) sull'eventuale eccedenza da 600.000 euro: l'Indennizzo non è dovuto se il grado di Invalidità Permanente accertato è inferiore o uguale al 15%.

Se il grado di Invalidità Permanente accertato è superiore al 15%, la Franchigia di intende abrogata.

Se la percentuale di Invalidità è pari o superiore al 60% l'Indennizzo viene corrisposto al 100%.

ESEMPIO

Somma assicurata = 650.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 15%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 600.000 = Franchigia 10%
- Fascia 600.000 – 650.000 (pari a 50.000 euro) = Franchigia 15%

Indennizzo:

- 600.000 euro x 15% – 10% Franchigia = 30.000 euro
- 50.000 euro x 15% – 15% Franchigia = nessun indennizzo

TOTALE 30.000 euro

Art. 2.16 INABILITÀ TEMPORANEA DA INFORTUNIO (*operante se indicata in Polizza*)

(Acquistabile solo per professionisti autonomi)

Se l'Infortunio subito dall'Assicurato ha per conseguenza una Inabilità Temporanea a svolgere la propria professione, Allianz Viva liquida l'Indennità assicurata:

- a) **integralmente** per ogni giorno in cui l'Assicurato è stato nella totale incapacità fisica di svolgere le proprie occupazioni;
- b) **al 50%** per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto svolgere le proprie occupazioni solo in parte,

fermo restando quanto previsto dall'art. 2.17 Franchigia assoluta per Inabilità Temporanea.

L'Indennità:

- è corrisposta per un massimo di 365 giorni da quello dell'Infortunio;
- decorre:
 - dal giorno successivo a quello dell'Infortunio regolarmente denunciato o
 - dal giorno successivo a quello della denuncia, in caso di ritardo;
- cessa il giorno precedente a quello dell'avvenuta guarigione, indicata nei certificati medici inviati dall'Assicurato.

Se l'Assicurato non ha inviato i certificati medici che attestano l'Inabilità Temporanea, come previsto dall'art. 5.1 Obblighi in caso di Sinistro, si considera come giorno della guarigione quello indicato nell'ultimo certificato inviato, salvo che Allianz Viva possa stabilire una data anteriore.

Art. 2.17 FRANCHIGIA ASSOLUTA PER INABILITÀ TEMPORANEA

Il pagamento dell'Indennità per Inabilità temporanea è soggetto alle seguenti Franchigie assolute.

Non è prevista alcuna indennità:

- **per i primi 4 giorni: se la Somma Assicurata indicata in Polizza è inferiore o uguale a 50,00 euro;**
- **per i primi 11 giorni: se la Somma Assicurata indicata in Polizza superiore a 50,00 euro;**

fermo restando quanto previsto dall'art. 2.16 Inabilità Temporanea

ESEMPIO

Somma assicurata 100 euro

Giorni di Inabilità certificati = 20

Calcolo della Franchigia:

- 20 gg – 11 giorni di Franchigia = 9 giorni, di cui
 - 5 gg di inabilità totale
 - 4 gg di inabilità parziale

Indennizzo:

- 5 gg inabilità totale x 100 euro = 500 euro
- 4 gg di inabilità parziale x 50 euro = 200 euro

TOTALE 500 + 200 = 700 euro

Art. 2.18 INDENNITÀ DA RICOVERO PER INFORTUNIO (*operante se indicata in Polizza*)

Se in conseguenza di un Infortunio indennizzabile a termini di Polizza l'Assicurato è ricoverato in Istituto di Cura legalmente riconosciuto, Allianz Viva liquida l'Indennità giornaliera stabilita e indicata in Polizza per ogni giorno di Ricovero, per un massimo di 300 giorni.

Ingessatura

È parificato al Ricovero, per un periodo massimo di 45 giorni, il periodo di inabilità durante il quale all'Assicurato è applicato un Apparecchio Gessato o un presidio immobilizzante equivalente se:

- applicato al tronco o ai grandi segmenti scheletrici;
- c'è obbligo di riposo assoluto o vi è impossibilità a deambulare liberamente o ad attendere autonomamente alle normali esigenze di vita o alle occupazioni professionali dichiarate.

Le giornate di applicazione e di rimozione dell'Ingessatura sono considerate un giorno solo.

L'Indennità è pagata a degenza ultimata o ad avvenuta rimozione dell'Ingessatura, dopo la presentazione della documentazione che riporta il periodo del Ricovero o di durata dell'Ingessatura.

1° ESEMPIO

Somma Assicurata = 200 euro

Ricovero con applicazione di Apparecchio gessato dal primo giorno = 5 giorni

Dimissioni con mantenimento di Apparecchio gessato = 45 giorni

Indennizzo:

5 giorni di ricovero x 200 euro = 1.000 euro

45 giorni di gesso x 200 euro = 9.000 euro

2° ESEMPIO

Somma Assicurata = 100 euro

Applicazione di Apparecchio gessato (anche senza ricovero) = 60 giorni

Indennizzo: 45 giorni (periodo massimo di indennizzo) x 100 euro = 4.500 euro

Art. 2.19 RIMBORSO SPESE DI CURA *(operante se indicata in Polizza)*

Nei limiti della Somma Assicurata indicata in Polizza, Allianz Viva rimborsa all'Assicurato le spese rese necessarie da un Infortunio indennizzabile sostenute per:

- a) onorari di medici e chirurghi;
- b) accertamenti diagnostici;
- c) terapie fisiche e spese farmaceutiche;
- d) trasporto con autoambulanza in ospedale o clinica;
- e) rette di degenza e spese ospedaliere.

Il Rimborso è corrisposto ad avvenuta guarigione clinica e a presentazione degli originali dei documenti giustificativi.

Limite di Indennizzo: per l'insieme delle spese di cui ai punti c) e d), Allianz Viva liquida fino al 30% della Somma Assicurata.

Franchigia: 100 euro sull'intera somma.

ESEMPIO

Somma assicurata 8.000 euro

- a) onorari di medici e chirurghi = 1.000 euro
- b) accertamenti diagnostici = 350 euro
- c) terapie fisiche e spese farmaceutiche = 2.000 euro
- d) trasporto con autoambulanza in ospedale o clinica = 500 euro
- e) rette di degenza e spese ospedaliere = 6.000 euro

Indennizzo:

c) + d) = 2.500 euro → limite 30% di 8.000 = 2.400 euro

1.000 + 350 + 2.400 + 6.000 = 9.750 euro – 100 euro franchigia = 9.650 euro

TOTALE INDENNIZZO: 8.000 euro, pari alla somma assicurata.

Art. 2.20 CUMULO DI INDENNITÀ

L'Indennità per Inabilità Temporanea è cumulabile con quella per Morte o per Inabilità Permanente.

L'Indennità da Ricovero per Infortunio è cumulabile con gli indennizzi dovuti per Morte, Inabilità Permanente, Rimborso Spese di Cura e Inabilità Temporanea.

L'Indennità da Ricovero per Infortunio non è cumulabile con l'Indennità da Ingressatura.

L'Indennizzo per Inabilità Permanente non è cumulabile con quello per Morte, salvo quanto disposto dall'art. 5.3 Diritto all'Indennizzo.

Art. 2.21 RESPONSABILITÀ CIVILE DEL CONTRAENTE

Se l'Assicurato infortunato o, in caso di morte, i suoi beneficiari o eredi:

- non accettano l'Indennità dovuta a completa tacitazione dell'Infortunio e
- avanzano ulteriori e maggiori pretese verso il Contraente a titolo di responsabilità civile per l'Infortunio,

l'intera somma per l'Indennità è accantonata su richiesta del Contraente per essere conteggiata nell'eventuale risarcimento che lo stesso fosse tenuto a pagare a seguito di sentenza o Transazione.

Se l'infortunato o i suoi beneficiari o eredi abbandonano l'azione di responsabilità civile o perdono la causa, Allianz Viva liquida loro l'Indennità accantonata, al netto delle spese di difesa sostenute dal Contraente.

CONDIZIONI VALIDE PER LE POLIZZE CUMULATIVE AZIENDE (quando Contraente è una Persona Giuridica)

Art. 2.22 VARIAZIONI DELLA PERSONA DEL CONTRAENTE *(sempre operante per Polizze cumulative aziende)*

In caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente:

- deve pagare il Premio per il Periodo di Assicurazione in corso e
- deve trasferire all'acquirente l'obbligo di far proseguire il Contratto per la parte che lo riguarda.

In caso di fusione dell'azienda: il Contratto continua con l'azienda che rimane o che risulta dopo la fusione.

In caso di trasformazione, di cambio di denominazione o ragione sociale: il Contratto continua con l'azienda nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione o ragione sociale.

In caso di scioglimento o messa in liquidazione dell'azienda: il Contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Il Contraente, i suoi eredi o aventi causa, devono comunicare per iscritto ad Allianz Viva tutte le suddette variazioni entro 15 giorni dal loro verificarsi. Allianz Viva può recedere dal Contratto entro i 30 giorni successivi, con preavviso di 15 giorni, tramite comunicazione scritta al Contraente.

Art. 2.23 VARIAZIONI NELLE MANSIONI DELLE PERSONE ASSICURATE – VARIAZIONI DEL PERSONALE ASSICURATO *(sempre operante per Polizze cumulative aziende)*

A) Variazione delle mansioni delle persone assicurate

Se nel corso del Contratto si verificano variazioni del Rischio per cambiamento delle attività professionali dichiarate per i singoli Assicurati o delle condizioni di esercizio di queste attività, il Contraente deve comunicarlo immediatamente per iscritto ad Allianz Viva.

Se la variazione implica un aggravamento del Rischio tale per cui Allianz Viva non avrebbe concluso il Contratto, la stessa ha diritto di recedere dal Contratto con effetto immediato o di escludere dall'Assicurazione gli Assicurati ai quali si riferisce l'aggravamento.

Se la variazione porta a un aggravamento del Rischio che comporta un aumento del Premio, Allianz Viva può chiedere la relativa modifica delle condizioni contrattuali in corso.

Se la variazione comporta una diminuzione del Rischio, Allianz Viva può diminuire il Premio a Partire dalla scadenza annuale successiva, comunicando al Contraente le nuove condizioni e il relativo Premio ridotto.

B) Variazioni del personale assicurato

L'Assicurazione vale per le persone indicate in Polizza e finché dura il rapporto in considerazione del quale è stato stipulato il Contratto.

Le variazioni nel personale assicurato devono essere comunicate per iscritto ad Allianz Viva, che ne prende atto con specifica Appendice.

L'Assicurazione per le nuove persone ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nell'Appendice, se pagato il maggiore Premio se dovuto.

La cessazione dei singoli assicurati senza sostituzione di persone, comporta una corrispondente riduzione di Premio a Partire dalla scadenza annuale successiva alla data della comunicazione.

Art. 2.24 INDIPENDENZA DA OBBLIGHI ASSICURATIVI DI LEGGE

La Polizza è stipulata dal Contraente in aggiunta e comunque indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti e future.

LIMITI DI COPERTURA

Art. 2.25 ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli Infortuni causati:

- a) dalla guida di veicoli e natanti a motore per i quali l'Assicurato non sia regolarmente abilitato; dall'uso e guida di mezzi subacquei e aerei, salvo quanto previsto dall'art. 2.6 Rischio volo, dirottamenti;
- b) dalla partecipazione a corse, gare e allenamenti, svolti sotto l'egida di Federazioni o associazioni sportive di appartenenza a livello dilettantistico e non professionale, dei seguenti sport:
calcio e calcetto; ciclismo su strada; sport equestri in genere; atletica pesante; pugilato, lotta nelle sue varie forme, arti marziali; pallacanestro, pallavolo, pallamano; Triathlon e duathlon, ginnastica artistica, ritmica e trampolino;

sci alpino e snowboard; pattinaggio su ghiaccio, pattinaggio su pista e pattinaggio artistico a rotelle; rugby; football americano.

Sono comunque coperti i raduni automobilistici e le Gare di regolarità pura, le regate veliche e raduni cicloturisticci;

- c) dalla partecipazione a corse, gare e allenamenti, anche svolti sotto l'egida di Federazioni o associazioni sportive di appartenenza a livello dilettantistico e non professionale, dei seguenti sport:
immersioni subacquee con autorespiratore incluse le embolie e conseguenze della pressione dell'acqua, speleologia; alpinismo con scalata di rocce oltre il 3° grado della Scala U.I.A.A (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) e accesso ai ghiacciai senza accompagnamento di persone esperte; salto da trampolino con sci e idrosci; bob o guidoslitta; hockey su pista, su ghiaccio e su prato; sci e snowboard praticati fuori pista; sci alpinismo; motociclismo; go-kart; sci acrobatico; paracadutismo e sport aerei in genere; automobilismo;
- d) da sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo: base jumping, bungee jumping, free climbing, downhill, flyboard, motocross, rafting, torrentismo, hydrospeed, canyoning, slackline, surf, kitesurf, snow-kite, skeleton, parkour, zorbing;
- e) da stato di Ubriachezza e dall'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni e simili; da proprie azioni delittuose dolose o atti temerari. **Sono comunque coperti gli Infortuni causati da atti compiuti per legittima difesa o per dovere di umana solidarietà;**
- f) da stato di guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 2.9 Rischio guerra;
- g) da trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di Particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti;
- h) da operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non rese necessarie da Infortunio;
- i) da avvelenamento del sangue anche se il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
- j) da o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali, disturbi psichici in genere, ivi comprese sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- k) da sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

Sono inoltre esclusi gli infarti e le ernie, salvo quanto previsto dall'art. 2.2 Sforzi muscolari ed ernie traumatiche.

B – ATTIVITÀ SPORTIVE A BASSO RISCHIO

A parziale deroga dell'art. 2.25 lettera b) Esclusioni, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni che si verificano in occasione dei seguenti sport, durante la partecipazione a corse, gare e allenamenti, svolti sotto l'egida della Federazione sportiva di appartenenza, a livello dilettantistico e non professionale:

- calcio, calcetto
- ciclismo su strada,
- sport equestri in genere
- ginnastica artistica, ritmica e trampolino
- atletica pesante
- arti marziali
- Triathlon e Duathlon
- pugilato e lotta nelle sue varie forme, esclusivamente per gli Infortuni occorsi durante le normali esercitazioni, prove o allenamenti
- pallacanestro, pallavolo, pallamano
- sci alpino e snowboard
- pattinaggio su ghiaccio, pattinaggio su pista e pattinaggio artistico a rotelle
- rugby
- football americano

Franchigia: 5% per Invalidità Permanente. Prevale, comunque, la Franchigia indicata in Polizza se superiore a quella qui descritta. Ferme le altre franchigie previste e indicate in Polizza.

Esclusioni:

- perdita di denti, sfregi e deformazioni fisiche;
- limitatamente al pugilato e alla lotta nelle sue varie forme sono sempre esclusi i combattimenti.

Applicazione franchigia per Condizione facoltativa B

1° ESEMPIO - indicata in Polizza Franchigia modulare 0% (Art. 2.15.2)

Somma Assicurata = 500.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 10%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 155.000 = Franchigia 5% (applicazione della Franchigia prevista dalla condizione facoltativa)
- Fascia 155.000 – 300.000 (pari a 145.000 euro) = Franchigia 5%
- Fascia 300.000 – 500.000 (pari a 200.000 euro) = Franchigia 10%

Indennizzo:

- 155.000 euro x 10% – 5 = 7.750
- 145.000 euro x 10% – 5% Franchigia= 7.250 euro
- 200.000 euro a x 10% – 10% Franchigia = nessun indennizzo

TOTALE 15.000 euro

2° ESEMPIO – indicata in Polizza Franchigia modulare 10% (Art. 2.15.5)

Somma Assicurata = 650.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 15%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 600.000 = Franchigia 10%
- Fascia 600.000 – 650.000 (pari a 50.000 euro) = Franchigia 15%

Indennizzo:

- 600.000 euro x 15% – 10% Franchigia= 30.000 euro
- 50.000 euro x 15% – 15% Franchigia = nessun indennizzo

TOTALE 30.000 euro

C – ATTIVITÀ SPORTIVE AD ALTO RISCHIO

A parziale deroga dell'art. 2.25 lettera c) Esclusioni, l'Assicurazione è estesa agli Infortuni che si verificano in occasione dei seguenti sport, anche durante la partecipazione a corse, gare e allenamenti, anche svolti sotto l'egida di Federazioni o associazioni sportive di appartenenza a livello dilettantistico e non professionale:

- immersioni subacquee con autorespiratore incluse le embolie e conseguenze della pressione dell'acqua, speleologia;
- alpinismo con scalata di rocce oltre il 3° grado della Scala Monaco/U.I.A.A (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche) e accesso ai ghiacciai senza accompagnamento di persone esperte;
- salto da trampolino con sci e idrosci,
- bob o guidoslitta;

- hockey su pista, su ghiaccio e su prato;
- sci e snowboard praticati fuori pista
- sci alpinismo
- motociclismo
- go-kart
- surf
- kitesurf

Franchigia: 10% per Invalidità Permanente. Prevale, comunque, la Franchigia indicata in Polizza se superiore a quella qui descritta. Ferme le altre franchigie previste e indicate in Polizza.

Esclusioni: perdita di denti, sfregi e deformazioni fisiche.

Applicazione franchigia per Condizione facoltativa C

ESEMPIO – indicata in Polizza Franchigia modulare 10% (Art. 2.15.5)

Somma assicurata = 650.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 15%

Calcolo della Franchigia:

- Fascia 0 – 600.000 = Franchigia 10%
- Fascia 600.000 – 650.000 (pari a 50.000 euro) = Franchigia 15%

Indennizzo:

- 600.000 euro x 15% – 10% Franchigia = 30.000 euro
- 200.000 euro x 15% – 15% Franchigia = nessun indennizzo

TOTALE 30.000 euro

E – SUPERVALUTAZIONE DELLE MANI

Per gli Assicurati che rientrano nelle seguenti categorie professionali: **medici, odontoiatri, paramedici, veterinari, odontotecnici, musicisti, orafi e gioiellieri, estetisti, parrucchieri, massaggiatori, fisioterapisti, massoterapisti**, la tabella prevista dall'art. 2.14. Accertamento del grado di Invalidità, relativamente a questi casi, è sostituita con la seguente:

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	Sinistro
un pollice	70%	70%
un indice	70%	60%
un medio	20%	15%

un anulare	20%	15%
un mignolo	30%	27%
una mano	100%	

Se richiamata in Polizza questa condizione, non può essere selezionata la Metodologia di calcolo di cui all'Art. 2.15.1 Criterio di calcolo.

Ferme le Franchigie indicate in Polizza.

X – INDENNITÀ GIORNALIERA PER APPARECCHIO GESSATO O IMMOBILIZZANTE – INDENNITÀ DI CONVALESCENZA

Fermo quanto previsto dall'Art. 2.18 Indennità da Ricovero o da Ingessatura per Infortunio, la copertura viene estesa come segue:

È parificato al Ricovero, fino a 60 giorni, il periodo di Inabilità senza Ricovero durante il quale all'Assicurato è applicato:

- un Apparecchio Gessato o
- un apparecchio ortopedico immobilizzante equivalente, reso necessario per frattura o rottura e/o lesione dei legamenti articolari, clinicamente accertata.

L'Indennità è riconosciuta anche in assenza di Apparecchio Gessato o immobilizzante:

- in caso di frattura scheletrica radiograficamente accertata
- per i soli giorni di prognosi certificati dal primo referto medico
- solo per il periodo trascorso fuori dall'Istituto di Cura, ambulatorio o pronto soccorso.

Le giornate di applicazione e di rimozione dell'Ingessatura sono considerate un giorno solo.

Allianz Viva, inoltre, corrisponde una Indennità di Convalescenza:

- dopo un Ricovero indennizzabile a termini di Polizza,
- per lo stesso importo previsto e indicato in Polizza per la Indennità da Ricovero,
- fino a 30 giorni per Sinistro.

W – LESIONI TENDINEE

(questa estensione può essere richiamata solo se è operante la condizione Invalidità Permanente da Infortunio)

L'estensione opera per le persone che al momento della sottoscrizione della Polizza hanno **meno di 60 anni compiuti**.

Per le persone che raggiungono tale età nel corso del Contratto, la copertura cessa alla prima scadenza annuale successiva al compimento di tale età.

Se l'Infortunio ha per conseguenza la sola rottura tendinea di:

- Tendine di Achille (trattata chirurgicamente e non);
- Tendine del bicipite brachiale (prossima o distale);
- Tendine dell'estensore del pollice;
- Tendine del quadricipite femorale;
- Cuffia dei rotatori,

Allianz Viva liquida forfettariamente un grado di Invalidità Permanente pari al 4% con il massimo di 6.000,00 euro per Sinistro e senza applicazione delle eventuali franchigie previste in Polizza.

L – DEROGA DENUNCIA INFERMITÀ

Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, difetti fisici o mutilazioni di cui sono affetti gli Assicurati al momento della conclusione della Polizza o che sorgono successivamente in corso di Contratto.

In caso di Infortunio, resta fermo quanto previsto dall'art. 5.2 Criteri di indennizzabilità.

M – DEROGA ALTRE ASSICURAZIONI

A parziale deroga dell'Art. 1.14 Altre assicurazioni, il Contraente è esonerato dal denunciare altre assicurazioni per gli stessi rischi, stipulate con altre imprese di Assicurazione.

O – ASSICURAZIONE DEGLI INFORTUNI DEI QUALI SIA RESPONSABILE IL CONTRAENTE (R.C. INTEGRATIVA)

Nell'ipotesi di cui all'art. 2.21 Responsabilità civile del Contraente e fermo quanto dallo stesso previsto, Allianz Viva risponde delle maggiori somme eventualmente dovute dal Contraente per Morte e Invalidità Permanente:

- oltre alle somme dovute in base alle condizioni di Polizza
- per un ulteriore importo al massimo pari a quello degli indennizzi già previsti.

Se l'evento colpisce più persone, Allianz Viva liquida in più complessivamente fino a 1.050.000,00 euro al massimo.

In caso di abbandono dell'azione civile o soccombenza dell'infortunato o dei suoi beneficiari o eredi, di cui all'ultimo capoverso dell'art. 2.21 Responsabilità civile del Contraente, Allianz Viva liquida l'Indennità accantonata, al netto delle spese

di difesa sostenute dal Contraente, anche come indicato nell'ultimo capoverso della presente clausola.

Se altri soggetti, diversi dai beneficiari e dagli eredi, aventi diritto al risarcimento per Infortunio avanzano pretese di danno verso il Contraente, la copertura qui prevista opera anche per le loro richieste, in concorso o meno con quelle eventualmente avanzate da beneficiari o eredi, sempre nel limite sopra indicato.

Questa copertura opera solo per gli Infortuni indennizzabili ai sensi di Polizza.

Sono esclusi gli Infortuni che colpiscono:

- parenti e affini del Contraente stabilmente conviventi con lui
- amministratori o soci del Contraente, in caso di società a responsabilità limitata, loro parenti o affini con essi conviventi.

Se per l'Infortunio è iniziato un procedimento penale o una causa civile, il Contraente deve:

- **comunicarlo ad Allianz Viva appena ne ha avuto conoscenza;**
- **informare Allianz Viva di qualsiasi richiesta da parte di infortunati, loro beneficiari, eredi o altri aventi diritto, per avere un risarcimento a titolo di responsabilità civile;**
- **in ogni caso, mandare ad Allianz Viva documenti, notizie e tutto ciò che riguarda la controversia.**

Allianz Viva assume la gestione delle vertenze, sia in sede stragiudiziale sia giudiziale, sia civile sia penale, in nome del Contraente:

- fino a quando ne ha interesse;
- ne sostiene le relative spese a termini di legge;
- si avvale dei diritti e delle azioni che competono al Contraente.

BEN – LIQUIDAZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA AI BENEFICIARI IN CASO DI MORTE DA INFORTUNIO

L'Assicurato, con la sottoscrizione in Polizza della presente Clausola Facoltativa, esprime il proprio esplicito consenso alla liquidazione ai Beneficiari indicati in Polizza della Somma Assicurata e indicata in Polizza per il caso della propria Morte da Infortunio.

MAN – PAGAMENTO DELL'INDENNITÀ ALLA DITTA CONTRAENTE

(solo per Contraente Persona Giuridica)

L'Assicurato, con la sottoscrizione in Polizza della presente Clausola Facoltativa, esprime il proprio esplicito consenso alla liquidazione alla Ditta Contraente delle Somme Assicurate indicate in Polizza, per:

- Morte da Infortunio e/o
 - Invalidità Permanente da Infortunio
- come indicato in Polizza.

Premesso che il contratto è stipulato dalla ditta Contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni convenute, dal danno economico che ad essa può derivare da Infortuni subiti dalle persone assicurate, si conviene che:

- i rapporti tra Allianz Viva e le persone infortunate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze dell'Infortunio, mentre la liquidazione del danno sarà fatta unicamente nei confronti della Contraente;
- le Indennità liquidate a termini di Polizza saranno versate unicamente alla Contraente, che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatori per Allianz Viva. La Contraente si impegna a sollevare Allianz Viva da ogni eventuale pretesa da chiunque e a qualsiasi titolo dovesse essere avanzata in relazione alla Polizza.

L'Assicurato, con la sottoscrizione della presente Condizione facoltativa riportata in Polizza, dà il proprio assenso alla designazione della beneficiaria in essa prevista, per la quale, in caso di proprio Infortunio, qualunque ne sia l'esito, le Indennità liquidate a termini di Polizza si intendono dovute esclusivamente alla predetta Ditta Contraente.

F – ESCLUSIONI CONFLITTI A FUOCO E CAUSE DI SERVIZIO

Dalle garanzie prestate sono esclusi gli Infortuni subiti in occasione di servizio, comunque e ovunque espletato, nonché gli Infortuni conseguenza di conflitti a fuoco e aggressioni subite dall'Assicurato a motivo dell'Attività professionale dichiarata in Polizza.

3. MALATTIA

Le seguenti garanzie operano solo se espressamente indicate in Polizza e in abbinamento ad almeno una delle garanzie Morte e Invalidità Permanente Infortunio.

CONDIZIONI SEMPRE VALIDE



CHE COSA NON È ASSICURATO

Art. 3.1 PERSONE NON ASSICURABILI

Non possono essere assicurate, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, **le persone che soffrono di:**

- **alcolismo**
- **tossicodipendenza**
- **AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita) e sindromi ad essa correlate.**

Se tali affezioni si manifestano nel corso dell'Assicurazione, la stessa cessa immediatamente⁷, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

Resta fermo quanto previsto dall'art. 1.13 Dichiarazioni sulle circostanze del Rischio.



CHE COSA È ASSICURATO

Art. 3.2 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La copertura per Invalidità Permanente da Malattia può essere scelta tra le 2 forme previste, alternative l'una all'altra:

- Forma Generica
- Forma Specifica

La garanzia opera solo per la forma scelta, indicata in Polizza, per la quale è versato il relativo Premio.

⁷ Ai sensi dell'art. 1898 Codice civile

Art. 3.2.1 Invalidità Permanente da Malattia "Forma Generica" (operante se indicata in Polizza)

L'Assicurazione opera per l'Invalidità Permanente causata da una Malattia:

- insorta successivamente alla data di effetto della Polizza;
- che non abbia carattere professionale.

A) Oggetto

L'Invalidità Permanente generica da Malattia è la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica dell'Assicurato a un qualsiasi lavoro redditizio, indipendentemente dalla sua professione.

B) Franchigia e criteri di Indennizzo

Il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

- grado di Invalidità Permanente accertato inferiore o uguale a 25%: nessun Indennizzo;
- grado di Invalidità Permanente accertato superiore a 25%: Allianz Viva liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma Assicurata in base alla seguente tabella:

PERCENTUALE %		PERCENTUALE %	
DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA	DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA
26	2	47	44
27	4	48	46
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	oltre 65	100
46	42		

La valutazione dell'Invalidità Permanente è fatta:

- secondo i criteri stabiliti dal riferimento al D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965⁸;
- dopo 1 anno ed entro 18 mesi dalla denuncia della Malattia.

In caso di Invalidità Permanente non specificata nella tabella: la valutazione dell'Indennizzo è concordata tra il medico dell'Assicurato e il consulente medico di Allianz Viva, con riguardo ai casi previsti, tenendo conto della complessiva e permanente diminuzione della capacità generica dell'Assicurato a un qualsiasi lavoro redditizio, indipendentemente dalla sua professione.

ESEMPIO
Somma Assicurata 300.000 euro Grado di Invalidità accertato = 30%
Indennizzo in base alla tabella:
• 30% IP accertata = 10% sulla Somma Assicurata
TOTALE 300.000 euro x 10% = 30.000 euro

Art. 3.2.2 Invalidità Permanente da Malattia "Forma Specifica" (operante se indicata in Polizza)

L'Assicurazione opera per l'Invalidità Permanente causata da una Malattia:

- insorta successivamente alla data di effetto della Polizza;
- che non abbia carattere professionale.

A) Oggetto

L'Invalidità Permanente specifica da Malattia è la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità dell'Assicurato di esercitare la propria attività professionale dichiarata e indicata in Polizza.

B) Franchigia e criteri di Indennizzo

Il pagamento dell'Indennizzo per Invalidità Permanente avviene con le seguenti modalità:

- a) grado di Invalidità Permanente accertato inferiore o uguale a 33%: nessun Indennizzo;
- b) grado di Invalidità Permanente accertato superiore a 33%: Allianz Viva liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma Assicurata in base alla seguente tabella:

⁸ Testo unico delle disposizioni per l'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

PERCENTUALE %		PERCENTUALE %	
DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA	DI INVALIDITÀ	DA LIQUIDARE SULLA SOMMA ASSICURATA
34	3	50	52
35	6	51	55
36	9	52	58
37	12	53	61
38	15	54	64
39	18	55	67
40	21	56	70
41	24	57	73
42	27	58	76
43	30	59	79
44	33	60	82
45	36	61	85
46	39	62	88
47	42	63	91
48	45	64	94
49	48	65	97
		oltre 65	100

La valutazione dell'Invalidità Permanente è effettuata:

- secondo i criteri stabiliti dal riferimento al D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965⁹;
- dopo 1 anno ed entro 18 mesi dalla denuncia della Malattia.

In caso di Invalidità Permanente non specificata nella tabella: la valutazione dell'Indennizzo è concordata tra il medico dell'Assicurato e il consulente medico di Allianz Viva, con riguardo ai casi previsti, tenendo conto della complessiva e Permanente diminuzione della capacità dell'Assicurato di esercitare la propria attività professionale dichiarata e indicata in Polizza.

Somma assicurata 300.000 euro

Grado di Invalidità accertato = 66%

Indennizzo in base alla tabella:

- 66% IP accertata = 100% sulla somma assicurata

TOTALE 300.000 euro pari all'intera somma assicurata

⁹ Testo unico delle disposizioni per l'Assicurazione obbligatoria contro gli Infortuni sul lavoro e le malattie professionali.

Art. 3.3 DECORRENZA DELLA GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA – PERIODO DI CARENZA

A parziale deroga dell'art. 1.8 Decorrenza dell'Assicurazione, la garanzia Invalidità Permanente da Malattia ha effetto dalle ore 24:00 del 90° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento del Premio, ha effetto la Polizza.

Se la Polizza è stata emessa in sostituzione di Contratto analogo di Allianz Viva, senza alcuna interruzione di copertura, il termine sopra indicato opera:

- dal giorno di effetto della Polizza sostituita per le garanzie e le somme in essa stabilite;
- dal giorno di effetto della nuova Polizza per le maggiori somme e le diverse garanzie previste da questa.

Somma assicurata 300.000 euro
Grado di Invalidità accertato = 66%

Indennizzo in base alla tabella:

- 66% IP accertata = 100% sulla somma assicurata

Malattia che si è manifestata durante il periodo di carenza di 90 giorni dalla data di effetto della Polizza.

TOTALE nessun indennizzo

Art. 3.4 CUMULO GARANZIE

L'Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia non è cumulabile con quello per Invalidità Permanente da Infortunio.

Art. 3.5 INDENNITÀ DA RICOVERO PER MALATTIA E CONVALESCENZA (operante se indicata in Polizza)

Allianz Viva liquida l'Indennità giornaliera stabilita e indicata in Polizza per ogni giorno di Ricovero in Istituto di Cura e per il periodo di Convalescenza successivo, nei termini e con le modalità che seguono.

A) Ricovero

Allianz Viva liquida l'Indennità giornaliera stabilita e indicata in Polizza come segue:

- a) **integralmente** nei casi di Ricovero per:

- Malattia;
 - parto con o senza taglio cesareo
 - aborto terapeutico o spontaneo praticato nei termini di legge;
- b) **al 50%** nei casi di day hospital per:
- Malattia;
- c) fino a 365 giorni per Sinistro e per anno assicurativo.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di Cura sono considerate una sola giornata, indipendentemente dall'orario del Ricovero e delle dimissioni.

B) Convalescenza

Successivamente a un Ricovero indennizzabile ai termini di Polizza per:

- Malattia,

Allianz Viva liquida l'Indennità giornaliera stabilita e indicata in Polizza:

- a decorrere dal giorno della dimissione (compreso);
- fino a 30 giorni per Sinistro e 90 giorni per anno assicurativo;
- sulla base della certificazione, rilasciata dall'Istituto di Cura al momento della dimissione o dal medico curante, relativa alla stessa Malattia oggetto di Ricovero.

L'Indennità da Convalescenza non è riconosciuta nei casi di:

- parto con o senza taglio cesareo;
- aborto terapeutico o spontaneo;
- malattie della gravidanza e del puerperio;
- day hospital

Art. 3.6 DECORRENZA DELLA GARANZIA INDENNITÀ DA RICOVERO PER MALATTIA – PERIODO DI CARENZA

A parziale deroga dell'art. 1.8 Decorrenza dell'Assicurazione, la garanzia Indennità da Ricovero per Malattia ha effetto:

- dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento della Premio, ha effetto la Polizza;
- per l'aborto (che deve essere praticato secondo i termini di legge) e per le malattie che dipendono dalla gravidanza, dalle ore 24:00 del 30° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento della Premio, ha effetto la Polizza. La gravidanza deve aver avuto inizio dopo questa data;
- per il parto dalle ore 24:00 del 300° giorno successivo a quello in cui, a seguito del pagamento della Premio, ha effetto la Polizza.

Se la Polizza è stata emessa in sostituzione di Contratto analogo di Allianz Viva, senza alcuna interruzione di copertura, i termini sopra indicati operano solo in relazione alle nuove garanzie e alle maggiori somme previste dalla nuova Polizza.

NORME COMUNI A ENTRAMBE LE GARANZIE DELLA PRESENTE SEZIONE

Art. 3.7 AGGIORNAMENTO AUTOMATICO DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

Il Premio per le garanzie Invalidità Permanente da Malattia e Indennità da Ricovero per Malattia e di Convalescenza è determinato in base all'età di ogni Assicurato sia al momento della sottoscrizione della Polizza, sia successivamente a ogni scadenza annuale.

Alla scadenza di ogni annualità, il Premio è aggiornato in funzione del crescere dell'età di ogni Assicurato sulla base dei coefficienti nella Sezione 6 Tabelle art 6.4 Tabella per l'aggiornamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato.

Art. 3.8 DICHIARAZIONI E QUESTIONARIO SANITARIO

L'Assicurazione è prestata sulla base delle dichiarazioni fornite da ogni Assicurato tramite il Questionario Sanitario, che sono fondamentali per la valutazione e l'accettazione del Rischio da parte di Allianz Viva.

In caso di dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti al momento della stipulazione del Contratto vale quanto previsto dall'art. 1.13 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio.

LIMITI DI COPERTURA

Art. 3.9 ESCLUSIONI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA GENERICA E SPECIFICA

Fermi restando i requisiti di assicurabilità previsti alle norme comuni art 1.1 Criteri di assicurabilità e all'art. 3.1 Persone non assicurabili della presente sezione, sono escluse le Invalidità permanenti che derivano direttamente o indirettamente da:

- a) malattie e Invalidità preesistenti alla data della stipula della Polizza;
- b) malattie professionali;

- c) malattie mentali, disturbi psichici in genere, ivi comprese sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- d) intossicazioni per abuso di alcolici o uso, a scopi non terapeutici, di psicofarmaci, stupefacenti e allucinogeni;
- e) trasmutazione del nucleo dell'atomo, da radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di Particelle atomiche;
- f) atti di guerra o insurrezioni;
- g) reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- h) sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- i) patologie correlate all'infezione da HIV;
- j) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata dall'OMS) di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità o da richiedere misure restrittive per ridurre il Rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- k) quarantene

Art. 3.10 ESCLUSIONI INDENNITÀ DA RICOVERO PER MALATTIA E CONVALESCENZA

Ferme restando i requisiti di assicurabilità previsti alle norme comuni art 1.1 Criteri di assicurabilità e all'art. 3.1 Persone non assicurabili della presente sezione, l'Assicurazione non opera per sinistri relativi a:

- a) Infortuni;
- b) conseguenze di malattie (presunte o accertate), malformazioni e stati patologici conosciuti o che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriori alla data di stipulazione della Polizza o taciuti ad Allianz Viva con dolo o colpa grave;
- c) eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- d) comportamenti nevrotici o esaurimenti nervosi; malattie mentali, disturbi psichici in genere, ivi comprese sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- e) malattie conseguenti ad azioni dolose compiute o tentate dell'Assicurato o atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- f) malattie causate da abuso di alcolici o ad uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- g) correzione di miopia, astigmatismo, ipermetropia;
- h) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;

- l) prestazioni per la diagnosi e trattamenti della sterilità e dell'impotenza; fecondazione artificiale;
- m) prestazioni con finalità dietologica o estetica, salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da Malattia; liposuzione; conseguenze di anoressia e bulimia;
- n) prestazioni e terapie in genere non riconosciute dalla medicina ufficiale (ad esempio quelle omeopatiche, fitoterapiche e l'agopuntura);
- o) cure dentarie e ortodontiche, parodontopatie e protesi dentarie;
- p) accertamenti diagnostici non resi necessari da Malattia (check-up);
- q) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) e le patologie correlate alle infezioni da HIV;
- r) conseguenze dirette e indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati; accelerazioni di Particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.); esposizioni a radiazioni ionizzanti, salvo siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- s) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche, inondazioni e altre calamità naturali;
- t) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata dall'OMS) di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità o da richiedere misure restrittive per ridurre il Rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e are pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- u) quarantene.

4. ASSISTENZA

Questa Sezione opera solo richiamata in Polizza e corrisposto il relativo Premio.

Allianz Viva presta il servizio di Assistenza¹⁰ tramite la Centrale Operativa

**AWP P&C S.A., rappresentanza generale per l'Italia,
Viale Brenta 32 – 20139 Milano.**

Alla scadenza di ogni annualità assicurativa, Allianz Viva può cambiare partner, avvisando subito il Contraente e garantendo le medesime prestazioni previste dal Contratto.

Per usufruire del servizio di Assistenza, l'Assicurato deve rivolgersi esclusivamente alla Centrale Operativa che può essere contattata 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno:

- **dall'Italia chiamando il numero Verde 800 88.55.00**
- **dall'estero chiamando il numero +39 02 89 04 07 64**

Per richiedere l'Assistenza è necessario comunicare:

- le proprie generalità;
- il numero di Polizza;
- il tipo di prestazione richiesta;
- il numero di telefono per essere contattato e l'indirizzo del luogo in cui la prestazione è richiesta.

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

AVVERTENZA: nessun Rimborso è previsto senza il preventivo contatto con la Centrale Operativa Assistenza (per i dettagli si rinvia all'articolo 5.12 Obblighi in caso di Sinistro).

¹⁰ In conformità al Regolamento Isvap n.12 del 9 gennaio 2008.

Art. 4.1 CONSULTO MEDICO TELEFONICO E INVIO DI UN MEDICO A DOMICILIO**Art. 4.1.1 Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24**

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di Infortunio o Malattia, il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza è a sua disposizione per un consulto telefonico, che sarà effettuato immediatamente o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa Assistenza. **Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni** ed è basato su informazioni fornite a distanza dall'Assicurato.

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

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

Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite il servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport, Pediatria, Reumatologia, Oncologia e Nefrologia a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità. Tale consulenza medico-specialistica telefonica sarà organizzata entro 48 ore lavorative da parte della Centrale Operativa Assistenza.

Il servizio di consulenza e non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.
La prenotazione della eventuale visita specialistica è gratuita, i costi della visita sono a carico dell'Assicurato.

Art. 4.1.2 Invio di un medico al domicilio

Quando in caso di necessità l'Assicurato richiama un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa Assistenza provvede, previa valutazione del proprio servizio di assistenza medica, a inviare uno dei propri medici convenzionati entro 3 ore dalla richiesta.

Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, **previo accordo telefonico** con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà rivolgersi a un medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione e

il costo sarà rimborsato nel limite di euro 150,00 per evento.

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa Assistenza organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.

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

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

Art. 4.2 ASSISTENZA SANITARIA H24

Art. 4.2.1 Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

Quando, in seguito ad Infortunio o Malattia, l'Assicurato o il suo medico curante desiderino effettuare il riesame della documentazione clinica in loro possesso presso un centro medico ritenuto internazionalmente di riferimento per la patologia clinica di cui l'Assicurato soffre, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione la propria équipe medica per effettuare il riesame richiesto, in conformità al proprio giudizio di merito, **entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della Documentazione Medica in possesso dell'Assicurato. Tale termine non include i tempi di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, da eseguirsi su richiesta del centro medico internazionale refertante.**

In Particolare la Centrale Operativa Assistenza acquisirà e verificherà tutta la documentazione clinica e diagnostica in possesso dell'Assicurato, ricercherà ed identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la second opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa Assistenza provvederà alla traduzione di tutta la Documentazione Medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-

specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

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

Qualora, per cause non dipendenti dall'Assicurato e/o non legate all'espletamento di ulteriori specifiche indagini cliniche o scientifiche rese necessarie dal caso, non fosse possibile provvedere alla prestazione entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta e della Documentazione Medica in possesso dell'Assicurato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza, l'Assicurato potrà rivolgersi presso un centro medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento.**

Art. 4.2.2 Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

Nel caso in cui, a seguito dell'erogazione della prestazione di second opinion prevista al precedente articolo, emergesse la necessità di un Ricovero dell'Assicurato presso un centro ospedaliero di alta specializzazione, in Italia o all'estero, per la cura della patologia sofferta, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo (aereo sanitario, aereo di linea con eventuale barella, autoambulanza, treno) e, se necessario, con accompagnamento medico ed infermieristico.

L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale.

Nel caso in cui fosse necessario, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad organizzare a proprie spese il viaggio di andata e ritorno di un accompagnatore (biglietto aereo o ferroviario) e ad organizzare anche il soggiorno dell'accompagnatore

La Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.

Art. 4.2.3 Trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo

Nel caso in cui emergesse la necessità di trasferire l'Assicurato da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo (ad esempio per

riabilitazione, ulteriori cure, lungodegenza ecc.), la Centrale Operativa Assistenza provvederà:

- ad organizzare a proprie spese il trasporto sanitario dell'Assicurato a mezzo di ambulanza, treno o taxi.
- ad organizzazione a proprie spese il trasporto per il rientro dell'Assicurato al domicilio a seguito di dimissioni dalla struttura in cui si trova a mezzo di ambulanza, treno o taxi.
- Validità territoriale: Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 4.2.4 Traduzione della Documentazione Medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione dell'articolo 4.2.2 "Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione", risultasse necessaria la traduzione della cartella clinica e/o della Documentazione Medica in possesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza provvederà alla traduzione di tali documenti dall'italiano alla lingua straniera (Inglese, Francese, Tedesco, Spagnolo) richiesta dai medici del centro ospedaliero di destinazione e, successivamente, dalla lingua straniera in cui vengono redatti ulteriori nuovi documenti clinici all'italiano. I costi delle traduzioni rimangono interamente a carico della Centrale Operativa Assistenza.

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

La prestazione sarà effettuata entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della Documentazione Medica, che dovrà essere prodotta dall'Assicurato.

Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza, l'Assicurato potrà rivolgersi presso un centro di traduzioni di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato nel limite di euro 100,00 per evento.

Art 4.2.5 Consulenza telefonica su viaggi e medicina

In caso di necessità, la Centrale Operativa Assistenza metterà a disposizione la propria équipe medica per fornire consulenze ed informazioni utili alle persone che stanno per intraprendere un viaggio in un Paese tropicale o comunque definito a rischio dal punto di vista sanitario:

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di Partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;
- segnalazione di medici o centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero.

Il servizio è gratuito ed è erogato al momento della chiamata da parte dell'Assicurato, o al più tardi tramite ricontatto telefonico entro 4 ore da parte della Centrale Operativa Assistenza.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Art. 4.2.6 Invio di un medico in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di Malattia o Infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessiti di una visita medica, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli un proprio medico convenzionato entro 3 ore dalla richiesta.

Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà rivolgersi a un medico di sua fiducia per l'ottenimento della medesima prestazione, il cui costo sarà rimborsato nel limite di euro 150,00 per evento.

Nel caso di indisponibilità di uno dei medici convenzionati, la Centrale Operativa Assistenza organizza il trasferimento dell'Assicurato al centro di pronto soccorso più vicino, tenendo a proprio carico i relativi costi.

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

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

Art. 4.2.7 Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, sia ricoverato in una Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa Assistenza, tramite un collegamento telefonico diretto tra i suoi medici ed il medico curante sul posto, comunicherà ai familiari dell'Assicurato le notizie cliniche aggiornate.

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

Art. 4.2.8 Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in una Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa Assistenza metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa Assistenza, immediatamente o con ricontatto telefonico entro 4 ore oppure, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

Nel caso di invio sul posto la Centrale Operativa Assistenza si assumerà i relativi costi fino ad un **massimo di 8 ore lavorative per evento**.

Art. 4.2.9 Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessita di Medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irrimediabili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa Assistenza non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i Medicinali occorrenti con il mezzo più rapido, tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto.

I costi del reperimento ed invio dei Medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei Medicinali stessi.

L'organizzazione della spedizione sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dal rilascio della ricetta da parte del medico curante dell'Assicurato in Italia.

Qualora l'affidamento della spedizione al corriere incaricato non avvenisse entro il termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza, l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla spedizione, il cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 100,00 per evento**.

Art. 4.2.10 Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa Assistenza anticiperà all'Assicurato il necessario importo,

La prestazione opera fino ad un massimo di euro 1.000,00 per evento, a fronte di adeguata garanzia bancaria.

L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa Assistenza la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa Assistenza anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.**

Art. 4.2.11 Familiare accanto

Quando, in caso di Infortunio o Malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di Cura per **un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa Assistenza mette a disposizione di un Familiare un biglietto aereo (classe turistica Andata/Ritorno)

o ferroviario (1a classe Andata/Ritorno), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il Familiare potrà richiedere alla Centrale Operativa Assistenza che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito la Centrale Operativa Assistenza. **A carico del Familiare resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**

La prenotazione dei servizi per il trasferimento del Familiare sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla prenotazione,

Il costo sarà rimborsato nel limite di euro 300,00 per evento.

Nel caso in cui il Ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa Assistenza provvederà anche ad organizzare il soggiorno del Familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione.

La prestazione opera fino al limite massimo di euro 500,00 per evento.

La prenotazione del soggiorno del Familiare sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta. Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla prenotazione.

Il costo sarà rimborsato nel limite di euro 500,00 per evento.

Art. 4.2.12 Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

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

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella

- ambulanza
- treno (se necessario in vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

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

L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Art. 4.2.13 Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, in seguito a decesso o Ricovero ospedaliero dell'Assicurato dovuto ad Infortunio o Malattia, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa Assistenza provvede ad organizzare il rientro con accompagnatore, mettendo a disposizione di un Familiare o di altra persona designata dall'Assicurato, residente in Italia, un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (1a classe) per recarsi sul posto tenendone a carico i relativi costi.

La prenotazione dei servizi per il trasferimento del Familiare sarà effettuata entro 2 giorni lavorativi dalla richiesta.

Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà provvedere in proprio alla prenotazione, il cui costo sarà rimborsato nel limite di euro 300,00 per evento.

In alternativa, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a proprie spese al rimpatrio dei minori, mettendo a disposizione un proprio accompagnatore.

Art. 4.2.14 Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa Assistenza si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura.

In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa Assistenza vi provvede a proprie spese.

Art. 4.2.15 Temporary Inability Care

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto Ricovero dell'Assicurato, causato da Infortunio, intervento specialistico o Malattia, presso un pronto soccorso, Day Hospital, Day Surgery od ospedale e, con la sola eccezione della garanzia di cui al seguente articolo "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di Inabilità Temporanea superiore a 7 giorni**.

La Centrale Operativa Assistenza provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione, secondo le indicazioni riportate nella prognosi.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverranno a giudizio del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza in riferimento alle sue condizioni di salute.

Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni non potranno essere erogate prima di 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

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

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

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

- **Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche**

L'Assicurato che necessiti di presidi ortopedici (a titolo esemplificativo: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico, materasso antidecubito), prescritti dal medico curante, può richiederli alla Centrale Operativa Assistenza che li metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa Assistenza.

La prestazione sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale

Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i presidi entro il termine indicato, o nel caso in cui l'Assicurato necessitasse di presidi da adattare alle sue esigenze (a titolo esaustivo: collare, busto ortopedico, tutore Donjoy), la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare all'Assicurato le relative spese sino a un massimo di euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

- **Controllo a distanza delle condizioni di salute**

La Centrale Operativa Assistenza telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa Assistenza organizzerà tale intervento attivando la prestazione di cui all'articolo 4.2.6 Invio di un medico in viaggio secondo quanto ivi previsto.

- **Organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici**

Quando l'Assicurato debba eseguire delle visite e/o esami prescritti dal medico che lo ha in cura, la Centrale Operativa Assistenza organizza e prende a carico i costi relativi al trasporto dell'Assicurato verso il più vicino centro medico-diagnostico, con il mezzo ritenuto più idoneo alle sue condizioni, quale ambulanza, treno o taxi. La Centrale Operativa Assistenza provvederà inoltre a mettere a disposizione dell'Assicurato un eventuale accompagnatore, se necessario e qualora nessuno dei familiari fosse disponibile.

- **Invio di un infermiere al domicilio**

Quando l'Assicurato necessiti di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato,

La Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico la relativa spesa sino a un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.

La prestazione sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire un infermiere entro il termine indicato, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi.

- **Esami del sangue a domicilio**

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa Assistenza di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa Assistenza organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del prelievo al domicilio,

La prestazione opera nel limite di euro 100,00 per evento e con l'esclusione del costo degli esami ed accertamenti eseguiti.

- **Esame radiologico al domicilio (Rx torace)**

Qualora l'Assicurato necessiti di un esame radiologico al torace e fosse impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviare un radiologo al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerga la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire un radiologo entro il termine indicato, previo

accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di euro 500,00.

- **Esame ecografico al domicilio**

Qualora l'Assicurato necessiti di un esame ecografico e fosse impossibilitato per motivi di salute a spostarsi da casa, la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviare un ecografista al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire un ecografista entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di euro 500,00.

È prevista esclusivamente l'ecografica dell'addome completo, addome inferiore, addome superiore, capo del collo, cute e tessuti sottocutanei, grossi vasi addominali.

- **Consegna esiti a domicilio**

Quando l'Assicurato si è sottoposto ad Accertamenti diagnostici in strutture situate presso la propria provincia di residenza e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Centrale Operativa Assistenza provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assicurato o al medico da questi indicato. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza.

I costi delle prestazioni sono interamente a carico dell'Assicurato.

La prestazione sarà effettuata entro 48 ore lavorative dal momento in cui la Centrale Operativa Assistenza disporrà della documentazione atta al ritiro degli accertamenti.

Qualora non fosse possibile il rispetto del termine indicato, previo accordo telefonico con la Centrale Operativa Assistenza l'Assicurato potrà provvedere

in proprio alla prenotazione, il cui costo sarà rimborsato nel limite di euro 50,00 per evento.

- **Consegna medicinali a domicilio**

Quando l'Assicurato necessita di Medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non può allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa Assistenza, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i Medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio di consegna rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei Medicinali.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile effettuare la consegna entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione della spedizione, nel limite di euro 100,00 per evento.

È escluso il costo dei Medicinali.

- **Ascolto e supporto psicologico**

La Centrale Operativa Assistenza metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di Inabilità Temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa Assistenza potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista.

Il costo di tali sedute rimarrà a carico dell'Assicurato.

- **Disbrigo pagamento utenze domiciliari**

La Centrale Operativa Assistenza provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Inabilità Temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, nel limite di euro 100,00 per evento.

Sono esclusi gli importi relativi alle utenze domiciliari.

- **Disbrigo faccende domestiche**

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico durante il periodo di Ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa Assistenza provvede a inviargli a domicilio una colf, baby-sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità.

La prestazione opera sino a un massimo di spesa di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.

L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della

Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

- **Ricovero auto**

La Centrale Operativa Assistenza provvederà per conto dell'Assicurato al Ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione.

Art. 4.2.16 Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

In caso di Ricovero dell'Assicurato presso una Residenza Sanitaria Assistita, la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per le rette di degenza.

La prestazione opera con il limite di euro 160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

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

- **Disbrigo pagamento utenze domiciliari**

La Centrale Operativa Assistenza provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di Ricovero

dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile effettuare la prestazione entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato per l'organizzazione del servizio, nel limite di euro 100,00 per evento.

Sono esclusi gli importi relativi alle utenze domiciliari.

- **Disbrigo faccende domestiche**

La Centrale Operativa Assistenza provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di Ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione.

La Centrale Operativa Assistenza terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo di euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.

La prestazione, disponibile dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 20, sarà erogata entro 48 ore lavorative dalla richiesta e comunque dalla ricezione da parte del servizio di assistenza medica della Centrale Operativa Assistenza di copia della Documentazione Medica di dimissione da cui emerge la condizione di Inabilità Temporanea dell'Assicurato.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa Assistenza, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti entro il termine indicato, previo accordo telefonico la Centrale Operativa Assistenza provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite di euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

Su richiesta dell'Assicurato, la Centrale Operativa Assistenza **provvederà**, inoltre, **ad organizzare** il Ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato.

Il costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.

- **Protezione abitazione**

La Centrale Operativa Assistenza provvederà per l'Assicurato – ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. **L'erogazione del servizio potrà avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali.**

La Centrale Operativa Assistenza terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimo per evento di euro 250,00 oppure di euro 280,00 qualora non fosse in grado di erogare direttamente il servizio.

Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa Assistenza provvederà ad organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione.

Il costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.

- **Ricovero auto**

La Centrale Operativa Assistenza provvederà per conto dell'Assicurato al Ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di Ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati della Centrale Operativa Assistenza potrà avvenire solo in presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza.

Resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

Art. 4.3 Validità territoriale

La copertura assicurativa vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Restano in ogni caso esclusi i paesi che, pur rientrando nell'ambito di validità della copertura assicurativa, al momento della richiesta di attivazione di

Assistenza risultino sottoposti ad embargo (totale o parziale) oppure a provvedimenti sanzionatori da parte dell'ONU e/o UE.

L'elenco di tali paesi è disponibile anche sul sito www.allianz-global-assistance.it/corporate/Prodotti/avvertenze/.

LIMITI DI COPERTURA

Art. 4.4 ESCLUSIONI

Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:

- a) esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- b) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- c) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti allo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- d) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- e) cure ed interventi per l'eliminazione di Difetti fisici, di Malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- f) espianto/trapianto di organi.

Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.

Art. 4.5 Limiti di copertura per tutte le garanzie

È escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia

da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;

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

Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:

- r) la Centrale Operativa Assistenza si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il Rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni

di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal Contratto o dalla legge;

- s) la Centrale Operativa Assistenza non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- t) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra compagnia di assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente Polizza sono operanti esclusivamente quale Rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione;
- u) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;
- v) la Centrale Operativa Assistenza tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al massimale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;
- x) ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa Assistenza derivante dal presente contratto si prescrive ai sensi dell'art. 2952 del c.c. al compimento di due anni dalla data di scadenza del servizio stesso;
- y) le prestazioni sono fornite per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

La Centrale Operativa Assistenza non potrà essere ritenuta responsabile di:

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

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

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

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

SEZIONE INFORTUNI

Art. 5.1 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono:

- a) fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche e seguirne le prescrizioni;
- b) avvisare per iscritto l'Intermediario al quale è assegnata la Polizza o Allianz Viva, anche tramite l'Area Clienti, entro 3 giorni da quando ne ha avuto conoscenza¹¹;
- c) indicare luogo, giorno, ora e dettagliata descrizione dell'evento e inviare insieme alla denuncia la certificazione medica;
- d) inviare ulteriori certificati medici sul decorso delle lesioni.

Se opera la garanzia Inabilità Temporanea da Infortunio l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono, inoltre, inviare:

- a) il primo certificato medico con indicazione della causa e della durata della Inabilità Temporanea e,
- b) in caso di prolungamento, i successivi certificati con indicazione degli ulteriori giorni.

In caso di ingiustificato ritardo nella denuncia, l'eventuale Indennità giornaliera prevista in Polizza decorre dal giorno successivo a quello di invio della denuncia.

In caso di mancato invio dei successivi certificati medici, si considera come giorno della guarigione quello indicato nell'ultimo certificato inviato, salvo che Allianz Viva possa stabilire una data anteriore.

Se l'Infortunio ha causato la morte dell'Assicurato, o se la morte sopraggiunge durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso ad Allianz Viva.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono:

- sciogliere da segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- permettere le indagini e gli accertamenti necessari e, su richiesta di Allianz Viva, la visita medica, da effettuare in Italia, dell'Assicurato da parte dei propri incaricati.

¹¹ Art. 1913 del Codice Civile

Le spese relative ai certificati medici e alle cure sono a carico dell'Assicurato, se non diversamente convenuto.

Se non rispetta questi obblighi, l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto possono perdere in tutto o in parte il diritto all'Indennizzo¹².

Art. 5.2 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Allianz Viva liquida l'Indennizzo dovuto in base alle condizioni di Polizza per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indipendenti dalle condizioni fisiche o patologie preesistenti o sopravvenute.

Non sono indennizzabili, perché conseguenze indirette, l'eventuale influenza dell'Infortunio su tali condizioni e il pregiudizio che tali condizioni possono avere sull'esito delle lesioni causate dall'Infortunio.

Nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'Indennizzo per Invalidità Permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, come se avesse colpito una persona fisicamente integra, senza tener conto del maggior pregiudizio derivato dalle condizioni preesistenti.

Art.5.3 DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Se dopo il pagamento di un'Indennità per Invalidità Permanente ed entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, Allianz Viva liquida ai beneficiari designati o, in mancanza, agli eredi la differenza tra quanto pagato per Invalidità Permanente e la Somma Assicurata per il caso di Morte, se superiore, e non chiede il Rimborso in caso contrario.

Il diritto all'Indennizzo per Invalidità Permanente è personale e non trasmissibile agli eredi.

Tuttavia, se prima del pagamento dell'Indennizzo, l'Assicurato muore:

- per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato, oppure
- a causa dell'Infortunio denunciato, se non è stata acquistata la garanzia morte,

Allianz Viva, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato, oppure, in mancanza,
- l'importo offerto, oppure, se non era ancora stata fatta l'offerta,

¹² Art. 1915 del Codice Civile

- l'importo oggettivamente determinabile da Allianz Viva con le modalità e nei termini previsti in Polizza. **A tal fine deve essere fornita ad Allianz Viva la documentazione che attesta la stabilizzazione dei postumi permanenti invalidanti, tutta la Documentazione Medica e la cartella clinica in caso di Ricovero, se non ancora inviati.**

Per individuare con certezza gli eredi, devono essere forniti:

- certificato di Stato di famiglia dell'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio con la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- se tra gli eredi legittimi ci sono minorenni o soggetti incapaci di agire, il decreto del giudice tutelare che autorizza Allianz Viva alla liquidazione e la esonera da reimpiego delle quote spettanti a tali soggetti;
- eventuale ulteriore documentazione, se necessaria a tal fine.

Art. 5.4 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Dopo aver:

- valutato il danno
- verificata l'operatività della garanzia
- ricevuto la necessaria documentazione

Allianz Viva liquida quanto dovuto entro 15 giorni.

Art.5.5 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica per l'accertamento del grado di Invalidità Permanente da Infortunio, sui miglioramenti che si possono ottenere con adeguati trattamenti terapeutici o sui criteri di indennizzabilità di cui all'art. 5.2 Criteri di indennizzabilità, le Parti, con comunicazione scritta, possono dare mandato, per la decisione a un collegio di 3 medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove si deve riunire il collegio.

Il collegio medico ha sede nel comune dove ha sede il l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ogni parte sostiene le spese e remunera il proprio medico e contribuisce alla metà delle spese e dell'onorario del terzo medico.

Il Collegio medico, se lo ritiene opportuno, può rinviare l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente a epoca che viene definita dallo stesso e può concedere un acconto sull'Indennizzo.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, senza obblighi di formalità, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa se non in caso di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

In alternativa, le Parti possono rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Art. 5.6 RINUNCIA ALLA RIVALSA

Allianz Viva rinuncia al diritto di rivalsa¹³ che le spetta nei confronti di eventuali terzi responsabili dell'Infortunio.

SEZIONE MALATTIA

Art. 5.7 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono:

- a) avvisare per iscritto l'Intermediario al quale è assegnata la Polizza o Allianz Viva, anche tramite l'Area Clienti, entro 3 giorni:
 - per l'Invalidità Permanente: da quando secondo parere medico, c'è un motivo di ritenere che la Malattia diagnosticata può comportare una Invalidità Permanente;
 - per l'Indennità da Ricovero e Convalescenza: da quando ne hanno avuto la possibilità;
- b) sciogliere da segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
- c) permettere le indagini e gli accertamenti necessari e, su richiesta di Allianz Viva, la visita medica, da effettuare in Italia, dell'Assicurato da parte dei propri incaricati
- d) inviare copia delle cartelle cliniche e ogni altro documento che può aiutare alla valutazione dei postumi invalidanti;

Se opera la garanzia Invalidità Permanente da Malattia, l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto, devono, inoltre:

- a) inviare certificato medico con dettagliate informazioni su natura, decorso e conseguenze della Malattia;
- b) inviare certificato medico che attesta l'avvenuta guarigione;
- c) presentare, dopo 30 giorni dalla data della denuncia, specifica certificazione medica che attesta il grado di Invalidità Permanente residuo, direttamente ed esclusivamente residuo dalla Malattia denunciata.

Le spese relative ai certificati medici e alle cure sono a carico dell'Assicurato, se non diversamente convenuto.

¹³ Art. 1916 Codice Civile

Se non rispetta questi obblighi, l'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto possono perdere in tutto o in parte il diritto all'Indennizzo¹⁴.

Art. 5.8 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ E DIRITTO ALL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 5.8.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

Dopo aver ricevuto la documentazione e aver fatto tutti gli accertamenti del caso, Allianz Viva liquida l'Indennizzo che risulta dovuto e provvede al pagamento.

Art. 5.8.2 DIRITTO ALL'INDENNIZZO

Il diritto all'Indennizzo è di carattere personale e quindi non trasferibile agli eredi.

Tuttavia, se l'Assicurato decede prima del pagamento dell'Indennizzo, Allianz Viva, previa produzione del certificato di morte, liquida agli eredi:

- l'importo già concordato, oppure, in mancanza,
- l'importo offerto, oppure, se non era ancora stata fatta l'offerta,
- l'importo oggettivamente determinabile da Allianz Viva con le modalità e nei termini indicati in Polizza. **A tal fine deve essere fornita ad Allianz Viva la documentazione che attesta la stabilizzazione in vita dei postumi permanenti invalidanti, inoltre, se non ancora prodotta, tutta la Documentazione Medica e la cartella clinica in caso di Ricovero.**

Per individuare con certezza gli eredi, devono essere forniti:

- certificato di stato di famiglia dell'Assicurato;
- dichiarazione sostitutiva di atto notorio con la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- se tra gli eredi legittimi ci sono minorenni o soggetti incapaci di agire, il decreto del giudice tutelare che autorizza Allianz Viva alla liquidazione e che la esonera dal reimpiego delle quote spettanti a tali soggetti;
- eventuale ulteriore documentazione, se necessaria a tal fine.

Art. 5.9 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ PER INDENNITÀ DA RICOVERO PER MALATTIA

Allianz Viva liquida l'Indennità dovuta alla fine della degenza o dopo la rimozione dell'Ingessatura e dopo che l'Assicurato ha presentato i documenti giustificativi che contengono il periodo di Ricovero o di durata dell'Ingessatura.

¹⁴ Art. 1915 del Codice Civile

Art. 5.10 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Dopo aver:

- valutato il danno
- verificata l'operatività della garanzia
- ricevuto la necessaria documentazione

Allianz Viva liquida quanto dovuto entro 15 giorni.

Art. 5.11 CONTROVERSIE – ARBITRATO IRRITUALE

In caso di controversie di natura medica per l'accertamento del grado di Invalidità Permanente da Malattia, sui miglioramenti che si possono ottenere con adeguati trattamenti terapeutici o sui criteri di indennizzabilità di cui agli articoli 5.8 per l'Invalidità Permanente e 5.9 per l'Indennità da Ricovero, le Parti, con comunicazione scritta, possono dare mandato, per la decisione a un collegio di 3 medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove si deve riunire il collegio.

Il collegio medico ha sede nel comune dove ha sede il l'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ogni parte sostiene le spese e remunera il proprio medico e contribuisce alla metà delle spese e dell'onorario del terzo medico.

Il Collegio medico, se lo ritiene opportuno, può rinviare l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente a epoca che viene definita dallo stesso e può concedere un acconto sull'Indennizzo.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, senza obblighi di formalità, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa se non in caso di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

In alternativa, le Parti possono rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

SEZIONE ASSISTENZA

Art. 5.12 OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

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

- dall'Italia chiamando il numero Verde 800 88.55.00
- dall'estero chiamando il numero +39 02 89 04 07 64

indicando con precisione:

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

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

AWP P&C- Rappresentanza Generale per l'Italia
Viale Brenta 32 – 20139 Milano (MI)

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

Inoltre, **l'Assicurato dovrà:**

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

Art. 6.1 TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

CLASSE A	CLASSE B
<ul style="list-style-type: none"> - Agenti che operano nei settori: Assicurazione, credito, commercio, industria e settori vari - Amministratori di beni propri o altrui - Architetti senza accesso a cantieri, ponteggi, - impalcature - Autoscuola – Istruttore di teoria - Avvocati e procuratori legali - Benestanti senza Particolari occupazioni - Biologi - Casalinghe - Clero (appartenenti al) - Commercialisti e consulenti del lavoro - Commercianti (proprietari e/o addetti) esclusi quelli indicati nelle classi successive - Disegnatori - Farmacisti - Fotografi - Geometri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature - Giornalai - Impiegati e quadri senza accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature - Imprenditori, escluso agricoltori, artigiani e commercianti che non prestano lavoro manuale - Ingegneri senza accesso a cantieri, ponteggi, impalcature - Magistrati - Massaggiatori fisioterapisti - Medici - Notai - Odontotecnici - Ostetriche - Parrucchieri - Periti - Sarti - Studenti - Vetrinisti 	<ul style="list-style-type: none"> - Agricoltore senza lavoro manuale - Allevatori senza lavoro manuale - Architetti con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature - Autisti di autovetture in servizio privato, taxi, ecc. - Autoscuola – Istruttore di guida - Calzolai - Casari - Commercianti (proprietari e/o addetti) di mobili, radio-TV, elettrodomestici, articoli igienico sanitari, casalinghi - Commercianti (proprietari e/o addetti) di oreficerie, orologerie, gioiellerie - Commercianti (proprietari e/o addetti) di panetterie, salumerie, macellerie, frutta e verdura, fiori e piante, bar e ristoranti - Commessi viaggiatori - Corniciai - Domestici - Estetisti, callisti, manicure - Facchini (portabagagli) di piccoli colli - Geometri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature - Giardinieri, vivaisti - Giornalisti - Guardiaipesca, guardie campestri - Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi, impalcature - Imprenditori, escluso agricoli, artigiani e commercianti che prestano occasionalmente lavoro manuale - Ingegneri con accesso a cantieri, ponteggi, impalcature - Litografi - Paramedici - Pescatori - Restauratori in genere (senza uso di impalcature) - Riparatori radio-TV elettrodomestici in genere - Tappezziere - Tipografi - Veterinari

CLASSE C	CLASSE D
<ul style="list-style-type: none"> - Agricoltori con lavoro manuale - Allevatori di equini - Antennisti - Autisti di autocarri con partecipazione alle operazioni di carico e scarico - Autoriparatori: carrozzieri, meccanici, elettrauti - Eletttricisti - Idraulici - Imbianchini - Marmisti - Muratori - Vetrai (produzione e installazione) 	<ul style="list-style-type: none"> - Carpenteri - Cavaioli (operai cave di marmo o di pietra) senza uso di mine - Fabbri - Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere - Falegnami

Art. 6.2 TABELLA ANIA

In riferimento all'art. 2.14.1 Tabella ANIA, l'Indennizzo per Invalidità Permanente è calcolato facendo sulla base dei valori sotto indicati:

DESCRIZIONE	Destro	Sinistro
Perdita totale, anatomica o funzionale di:		
• un arto superiore	70%	60%
• una mano o un avambraccio	60%	50%
• un pollice	18%	16%
• un indice	14%	12%
• un medio	8%	6%
• un anulare	8%	6%
• un mignolo	12%	10%
• una falange del pollice	9%	8%
• una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%	20%
Anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
Anchilosi del polso in estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
Paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
Paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
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 della gamba	50%
Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
• un piede	40%
• ambedue i piedi	100%
• un alluce	5%
• un altro dito del piede	1%
• falange ungueale dell'alluce	2,5%
Anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%
Anchilosi del ginocchio in estensione	25%
Anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astragalica	15%
Perdita anatomica o funzionale di:	
• un occhio	25%
• ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
• un orecchio	10%
• ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
• monolaterale	4%
• bilaterale	10%
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
• una vertebra cervicale	12%
• una vertebra dorsale	5%
• 12° 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 un trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica:	
• di un rene	15%
• della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

Art. 6.3 TABELLA INAIL

In riferimento all'art. 2.14.2 Tabella INAIL, l'Indennizzo per Invalidità Permanente è calcolato sulla base dei valori sottoindicati, contenuti nell'All. 1 al DPR 1124/1965:

DESCRIZIONE	Destro	Sinistro
Sordità completa di un orecchio	15%	
Sordità completa bilaterale	60%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	35%	
Perdita anatomica o atrofia del globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi	40%	
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedasi relativa tabella) Stenosi nasale assoluta unilaterale	8%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	18%	
Perdita di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:		
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace	11%	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace	30%	
Perdita di un rene con integrità del rene superstite	25%	
Perdita della milza senza alterazioni della crasi ematica	15%	
Per la perdita di un testicolo NON si corrisponde Indennità		
Esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio	5%	
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 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 destro al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
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 ultime due falangi dell'indice	11%	9%
Perdita delle ultime due falangi del medio	8%	
Perdita delle ultime due falangi dell'anulare	6%	
Perdita delle ultime due 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 del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	25%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	

Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%
Perdita totale del solo alluce	7%
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna Indennità, ma ove concorra la 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%

N.B.: In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione della attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto Sinistro e quelle del Sinistro al destro.

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%
-------	---	-----	-----

NOTE:

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) 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.
- 3) Nei casi la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Inabilità Permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di Infortunio agricolo.
- 5) 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%

- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica é 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.

Art. 6.4 TABELLE PER L'AGGIORNAMENTO AUTOMATICO DEL PREMIO IN BASE ALL'ETÀ DELL'ASSICURATO

In riferimento all'Art. 3.7 Aggiornamento automatico del Premio in base all'età dell'Assicurato, si riportano le Tabelle per il calcolo.

Invalità Permanente da Malattia

Scaglioni età	Tassi annui (%)		Scaglioni età	Tassi annui (%)		Scaglioni età	Tassi annui (%)	
	Generica	Specifica		Generica	Specifica		Generica	Specifica
0	0,79	0,89	36	1,26	1,62	55	2,95	3,60
18	0,79	0,89	37	1,32	1,72	56	3,06	3,72
19	0,80	0,90	38	1,38	1,81	57	3,17	3,84
20	0,81	0,92	39	1,44	1,91	58	3,28	3,96

21	0,82	0,93	40	1,50	2,00	59	3,39	4,08
22	0,83	0,94	41	1,59	2,10	60	3,50	4,20
23	0,84	0,96	42	1,68	2,20	61	3,76	4,51
24	0,85	0,97	43	1,77	2,30	62	4,02	4,82
25	0,86	0,98	44	1,86	2,40	63	4,28	5,14
26	0,87	1,00	45	1,95	2,50	64	4,54	5,45
27	0,88	1,01	46	2,04	2,60	65	4,80	5,76
28	0,89	1,02	47	2,13	2,70			
29	0,90	1,04	48	2,22	2,80			
30	0,91	1,05	49	2,31	2,90			
31	0,97	1,15	50	2,40	3,00			
32	1,03	1,24	51	2,51	3,12			
33	1,09	1,34	52	2,62	3,24			
34	1,15	1,43	53	2,73	3,36			
35	1,21	1,53	54	2,84	3,48			

Indennità da Ricovero per Malattia

Scaglioni età	Tassi annui (%)	Scaglioni età	Tassi annui (%)	Scaglioni età	Tassi annui (%)
0	1,15	40	2,22	66	5,06
15	1,15	41	2,30	67	5,24
16	1,19	42	2,37	68	5,42
17	1,22	43	2,44	69	5,60
18	1,26	44	2,52	70	5,77
19	1,30	45	2,59	71	5,97
20	1,33	46	2,69	72	6,16
21	1,36	47	2,79	73	6,36
22	1,39	48	2,89	74	6,55
23	1,42	49	2,99	75	6,75
24	1,45	50	3,08	76	6,95
25	1,48	51	3,19	77	7,15
26	1,51	52	3,29	78	7,37
27	1,54	53	3,40	79	7,59
28	1,57	54	3,50	80	7,81
29	1,60	55	3,60		

30	1,63	56	3,72
31	1,68	57	3,84
32	1,73	58	3,96
33	1,78	59	4,08
34	1,83	60	4,20
35	1,88	61	4,33
36	1,94	62	4,47
37	2,01	63	4,61
38	2,08	64	4,75
39	2,15	65	4,89

7. GLOSSARIO

Ai termini che seguono le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ARBITRATO

Procedura alternativa al ricorso alla giurisdizione civile ordinaria, che le Parti possono adire per definire una controversia o evitarne l'insorgenza.

ASSICURATO

Soggetto, residente nel territorio della Repubblica Italiana, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

ASSICURAZIONE

Contratto di Assicurazione.

ALLIANZ VIVA

Allianz Viva S.p.A

CENTRALE OPERATIVA ASSISTENZA

La struttura organizzativa di Allianz Worldwide Partners P&C SA (di seguito indicata, per brevità AWP P&C) che provvede, 24 ore su 24 e per tutta la durata dell'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di Assistenza previste dalle Condizioni di assicurazione.

CONTRAENTE

Soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di altre persone.

CONVALESCENZA

Periodo di tempo successivo alle dimissioni dall'Istituto di Cura, necessario per la guarigione clinica o la stabilizzazione dei postumi permanenti.

DANNI DIRETTI

Danni materiali che l'Assicurato subisce direttamente per il verificarsi di un evento per il quale è prestata l'Assicurazione.

DANNO INDENNIZZABILE

Importo del danno calcolato (ai fini del valore a nuovo e della preesistenza, se e in quanto applicabili), sulla base delle condizioni tutte di Polizza, prima dell'applicazione di eventuali franchigie, scoperti e/o limiti di Indennizzo che sono poi conteggiati per determinare l'Indennizzo dovuto da Allianz Viva.

DAY HOSPITAL

Degenza in Istituto di Cura che si esaurisce in giornata, senza pernottamento.

DIRITTO CIVILE

È il complesso di norme che regola i rapporti tra privati (aziende o persone): quando nasce un contrasto tra due soggetti privati questi si rivolgono al giudice perché, in base al Diritto civile, decida chi ha ragione e chi ha torto. Nelle cause civili il giudice decide esclusivamente sulla base degli elementi forniti dalle Parti ed è stabilito che chi afferma qualcosa è tenuto a provarlo.

DOCUMENTAZIONE MEDICA

Cartelle cliniche e tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, esami strumentali e diagnostici, notule e ricevute di farmaci.

FRANCHIGIA

Importo, espresso in valore assoluto o in percentuale sulla Somma Assicurata, che può prevedere un importo massimo e/o minimo, che viene dedotto dal Danno Indennizzabile e che è a carico dell'Assicurato.

GARE DI REGOLARITÀ PURA

Manifestazioni che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore, per le quali la classifica è determinata dal rispetto dei tempi prestabiliti e non dalla velocità con cui si conclude un percorso definito e suoi settori.

INABILITÀ TEMPORANEA

Perdita temporanea, parziale o totale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alla propria attività professionale a seguito di Infortunio.

INDENNIZZO, INDENNITÀ, RIMBORSO

Somma dovuta da Allianz Viva in caso di Sinistro.

INFORTUNIO

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INGESSATURA/APPARECCHIO GESSATO

Mezzo di contenzione, fisso e rigido, formato da fasce gessate, bendaggi o altri apparecchi che immobilizzano completamente una articolazione o un segmento scheletrico, applicati da personale sanitario e che non possono essere tolti autonomamente.

INTERMEDIARIO

Persona fisica o giuridica iscritta nel Registro Unico degli intermediari assicurativi, che presenta o propone i prodotti assicurativi e presta assistenza e consulenza finalizzata a tale attività.

INVALIDITÀ PERMANENTE

Perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità di esercitare una qualsiasi attività, indipendentemente dalla specifica professione dell'Assicurato.

ISTITUTO DI CURA

Qualsiasi struttura sanitaria, Ospedale, Clinica regolarmente autorizzati all'erogazione di prestazioni sanitarie e al Ricovero dei malati. Non sono considerati tali gli stabilimenti termali, le strutture di Convalescenza e soggiorno, le cliniche con finalità dietologiche o estetiche, le residenze sanitarie assistenziali (RSA).

LIMITE DI INDENNIZZO

Importo che rappresenta il massimo esborso di Allianz Viva, entro la somma assicurativa, in relazione a specifiche situazioni espressamente menzionate in Polizza.

MALATTIA

Ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da un Infortunio, clinicamente e oggettivamente constatabile, insorta per la prima volta dopo il 30° giorno dalla data di decorrenza della Polizza.

MALATTIA IMPROVVISA

Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza alla stipula della Polizza e che comunque non sia una manifestazione, anche se improvvisa, di una Malattia pregressa.

PARTI

Il Contraente e Allianz Viva.

PERIODO DI ASSICURAZIONE

Si intende stabilito nella durata di un anno; se l'Assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, coincide con la durata dell'Assicurazione.

PERIODO DI CARENZA

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di effetto dell'Assicurazione durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci o non sono operanti.

POLIZZA O CONTRATTO

Documento che prova l'Assicurazione.

POLIZZA CUMULATIVA

Contratto di Assicurazione che prevede più Assicurati.

PREMIO

Somma dovuta dal Contraente ad Allianz Viva.

QUESTIONARIO SANITARIO

Documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del Contratto. Deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne abbia la potestà e inviato ad Allianz Viva, per consentire la valutazione obiettiva del Rischio.

REATO

Violazione della legge penale. I reati si distinguono in contravvenzioni e delitti (vedi alle voci relative) a seconda del tipo di pena prevista dalla legge.

RICOVERO

Degenza presso Istituto di Cura per un periodo superiore a 24 ore e che comporta uno o più pernottamenti.

RISCHIO

Probabilità che si verifichi il Sinistro o l'entità dei danni che possono derivarne.

SFORZO MUSCOLARE

Impiego, concentrato nel tempo, di energia muscolare la cui intensità supera le ordinarie abitudini di vita e di lavoro dell'Assicurato.

SINISTRO

Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

SOMMA ASSICURATA

Somma indicata in Polizza sulla base della quale è calcolato l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza.

SPESE DI CURA

Spese sostenute dall'Assicurato rese necessarie da un evento indennizzabile come Infortunio.

TRANSAZIONE

Accordo con il quale le Parti, facendosi reciproche concessioni, pongono fine ad una lite già insorta o ne prevengono una che potrebbe nascere.

UBRIACHEZZA

Condizione che deriva dall'assunzione di bevande alcoliche e nella quale il livello di alcool risulta pari o superiore a 1,5 grammi per litro.

Allianz Viva S.p.A.

Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano

www.allianzviva.it

Pec: allianzviva@legalmail.it



Sede legale e sede sociale in Italia Piazza Tre Torri 3, 20145 Milano.

Pec: allianzviva@legalmail.it

Iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale n. 09197520159, Società appartenente al Gruppo IVA Allianz con Partita IVA 01333250320, R.E.A. di Milano 1277308, Capitale Sociale Euro 45.684.400,00 (i.v.), Società con unico socio soggetta a direzione e coordinamento di Allianz S.p.A. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 (Gazzetta Ufficiale n. 247 del 22/10/1990) e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004 (Gazzetta Ufficiale n. 128 del 03/06/2004) Iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione n. 1.00091, Società appartenente al gruppo assicurativo Allianz iscritto all'Albo Gruppi Assicurativi n. 018