

Assicurazione contro i danni

DIP - Documento Informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia: Allianz Viva S.p.A.

Prodotto: "Ultra Salute- Invalidità permanente da infortunio"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È un'assicurazione contro i danni con soluzioni composte da combinazioni di garanzie crescenti, che offre prestazioni contro il rischio infortuni ed una serie di servizi di Assistenza in caso di infortunio, malattia e ricovero.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Sono assicurati gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento dell'attività professionale principale e secondaria, compreso il rischio in itinere, sia di ogni altra attività che non ha le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale. Il tutto secondo le seguenti Soluzioni.

La **Soluzione Essential** contiene le seguenti garanzie:

- ✓ Invalidità permanente da infortunio con franchigia 66%;
- ✓ Assistenza:
 - Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio;
 - Assistenza sanitaria H24.

La **Soluzione Plus**: contiene le stesse garanzie della Soluzione Essential con, relativamente alla garanzia Invalidità permanente da infortunio, una franchigia del 7% e, in aggiunta, la seguente garanzia:

- ✓ Indennità aggiuntiva per il danno alla vita di relazione.

La **Soluzione Premium** contiene le stesse garanzie della Soluzione Plus con, relativamente alla garanzia Invalidità permanente da infortunio, due opzioni di franchigia del 3% e del 5% assorbibili con supervalutazione; contiene, inoltre, le seguenti estensioni di copertura opzionali:

- ✓ Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani;
- ✓ Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi.

La **Soluzione Top** contiene le stesse garanzie della Soluzione Premium con, relativamente alla garanzia Invalidità permanente da infortunio, una franchigia del 3% assorbibile con supervalutazione; contiene inoltre:

- ✓ Eliminazione della franchigia in caso di Infortunio subito dall'Assicurato in qualità di conducente di autovettura.

L'assicurazione è prestata entro **le somme assicurate** puntualmente indicate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Per il **dettaglio** dei contenuti delle suddette coperture e per l'elenco delle **garanzie aggiuntive acquistabili facoltativamente con supplemento di premio**, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa è assicurato?".



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone affette da:

- * alcolismo;
- * tossicodipendenza;
- * sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- * epilessia;
- * psicosi e disturbi gravi della personalità;
- * esiti di ictus cerebrali con paralisi motorie di uno o più arti;
- * esiti di patologie infiammatorie e/o infettive del sistema nervoso centrale o periferico con paralisi motorie di uno o più arti;
- * esiti di poliomielite;
- * malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili);
- * morbo di Parkinson;
- * demenza.

Garanzia Assistenza:

- * Servizio pubblico di pronto intervento.

Per la descrizione completa dei rischi esclusi, si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Che cosa non è assicurato".



Ci sono limiti di copertura?

! L'assicurazione **prevede alcuni limiti di copertura**, per il cui dettaglio si rinvia al DIP aggiuntivo Danni, sezione "Ci sono limiti di copertura?". E' prevista l'applicazione alle garanzie di **franchigie e limiti di indennizzo**, il cui valore puntuale è determinato in sede di stipulazione ed è indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.



Dove vale la copertura?

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le seguenti garanzie:

- ✓ Inabilità temporanea: vale limitatamente agli infortuni subiti negli stati europei e in quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo, mentre per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione vale limitatamente ai giorni di eventuale ricovero ospedaliero documentato.
- ✓ Assistenza: vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le prestazioni invio di un medico, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, invio di un medico in viaggio e le prestazioni della Temporary Inability Care che valgono in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.



Che obblighi ho?

- Quando si sottoscrive il contratto, il Contraente ha il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del rapporto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato.
- In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Impresa secondo i termini e le modalità previste alla sezione "Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'Impresa?/Cosa fare in caso di sinistro?" del DIP aggiuntivo Danni. **La denuncia del sinistro deve essere presentata entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.**



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto.

E' possibile chiedere il frazionamento mensile, trimestrale, semestrale con una maggiorazione del premio, rispettivamente del 5,6%, 5% e 3%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

E' possibile pagare il premio tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo viene versato esclusivamente con procedura SDD o addebito su carta di credito per il cui dettaglio si rimanda alla sezione "Quando e come devo pagare?" del DIP aggiuntivo Danni.

Il premio è comprensivo delle imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 della data di pagamento del premio, sia essa contestuale o successiva alla data di sottoscrizione della stessa e termina alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In assenza di disdetta inviata da una delle Parti almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura assicurativa si rinnova tacitamente per un anno e così successivamente. E' possibile escludere contrattualmente il tacito rinnovo ed in tal caso la copertura cessa alla scadenza prevista senza il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la copertura?

La copertura assicurativa non prevede la possibilità di ripensamento dopo la stipulazione; di seguito sono indicate le modalità per l'esercizio del diritto di disdetta/recesso:

Diritto di disdetta alla scadenza contrattuale: nel caso di copertura assicurativa di durata **annuale** o **poliennale** è possibile comunicare disdetta alla scadenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, con l'invio di una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della suddetta scadenza. Nel caso in cui sia selezionata l'esclusione del tacito rinnovo, la copertura cessa alla scadenza prevista, senza necessità di inviare la disdetta.

Diritto di recesso per poliennialità: nel caso di copertura assicurativa di durata poliennale, il Contraente **può recedere anticipatamente** con l'invio di una lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza di ogni singola annualità, se non è stata prevista alcuna riduzione di premio per poliennialità.

Nel caso in cui la copertura assicurativa di durata poliennale abbia beneficiato della riduzione del premio di tariffa, e sia prevista una durata contrattuale inferiore o uguale a 5 anni, il Contraente **non può recedere prima della scadenza** indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio; qualora, invece, sia prevista una durata contrattuale superiore ai 5 anni, il Contraente **può recedere a partire dalla fine del quinquennio** con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità.

Diritto di recesso in caso di sinistro: se il Contraente è considerato consumatore ai sensi dell'art. 3 del D.lgs. 6 settembre 2005 n. 206, dopo ogni sinistro regolarmente denunciato all'Impresa e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'indennizzo da parte dell'Impresa, può recedere dall'assicurazione con un preavviso di 30 giorni.

Nel caso in cui sia stata inviata disdetta o venga esercitato il recesso per poliennialità o per sinistro, la garanzia cessa alla scadenza della copertura assicurativa e non si applica il periodo di tolleranza previsto dall'art. 1901 codice civile, secondo comma.

Analoga facoltà di disdetta alla scadenza contrattuale o di recesso in caso di sinistro è riconosciuta anche all'Impresa.

Assicurazione contro i danni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo danni)

Impresa: Allianz Viva S.p.A.

Prodotto: "Ultra Salute – Invalidità permanente da infortunio"

Data di realizzazione: 25/03/2023

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Allianz Viva S.p.A., società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, con sede legale in Via Scarsellini, 14 – 20161 Milano, iscritta all'Albo delle Imprese di Assicurazione al n. 1.00091, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 18652 del 09/10/1990 e con Provv. ISVAP n. 2282 del 25/05/2004, Albo Gruppi Assicurativi n. 018, Telefono: 800.88.55.00, e-mail: allianzviva@legalmail.it, sito Internet: www.allianzviva.it

Con riferimento all'ultimo bilancio d'esercizio 2021 redatto ai sensi dei principi contabili vigenti si riporta:

- il patrimonio netto dell'Impresa, pari a **163.416.165** euro;
- la parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale, pari a **45.684.400** euro;
- la parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali, pari a **116.549.937** euro.

Si rinvia alla "Relazione sulla solvibilità e condizione finanziaria dell'impresa (SFCR)", disponibile sul sito internet dell'Impresa www.allianzviva.it e si riportano di seguito gli importi:

- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **144.456.019** euro;
 - del Requisito Patrimoniale minimo (MCR), pari a **65.005.208** euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR), pari a **213.836.007** euro;
 - dei Fondi Propri ammissibili per soddisfare il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR), pari a **211.655.777** euro;
- ed il valore dell'Indice di solvibilità (solvency ratio) della Società, pari a **148%**.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni, si fornisce il dettaglio delle garanzie con l'indicazione delle Soluzioni rispetto alle quali sono operanti (Essential, Plus, Premium e Top).

Il programma Ultra ed il suo Regolamento

Il presente Ambito di rischio comprende le garanzie ed i relativi sistemi di funzionamento descritti di seguito e negli altri documenti inclusi nel Set informativo.

L'Ambito di rischio è acquistabile autonomamente o insieme ad altri Ambiti di rischio, all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del modello assicurativo Ultra, che consente l'aggiornamento e l'evoluzione delle Condizioni di assicurazione mediante successive edizioni secondo le disposizioni contenute nel documento "**Ultra: Regole di funzionamento e caratteristiche generali**", consegnato al Contraente insieme al Set informativo, e che integrano le Condizioni di assicurazione di ciascun Ambito di rischio.

	<p>E' previsto, in particolare, l'automatico adeguamento del contratto alle Condizioni di assicurazione contenute nell'ultima edizione disponibile e, in caso di Sinistro, l'applicazione delle regole di gestione e di liquidazione stabilite dalle condizioni previste nell'edizione in vigore al tempo della denuncia di Sinistro, salvaguardando i diritti già maturati dall'Assicurato con l'applicazione della clausola di "miglior garanzia", che consente di scegliere la prestazione prevista dall'Ambito di rischio inizialmente acquistato, se ritenuta più favorevole.</p>
<p>Protezione per Invalidità permanente da infortunio</p>	
<p>Copertura completa, extra-professionale, professionale</p>	<p>Copertura completa La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento sia dell'Attività professionale principale e secondaria dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, compreso il Rischio in itinere, sia di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.</p> <p>Copertura extra-professionale La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale e durante il Rischio in itinere.</p> <p>Copertura professionale La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'Attività professionale principale e secondaria, dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, e durante il Rischio in itinere.</p>
<p>Infortuni compresi</p>	<p>Sono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) in qualità di passeggero di viaggio aereo di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati; b) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza; c) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi; d) a causa di tumulti popolari, Atti di Terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario; e) in conseguenza di insurrezione o di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione a condizione che l'Assicurato: <ul style="list-style-type: none"> - si trovi al di fuori della propria nazione di residenza; - risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace; - non vi abbia partecipato in modo volontario. f) durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge. <p>La copertura assicurativa è estesa anche ai seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> g) asfissia non di origine morbosa; h) avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria; i) avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica; j) avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi; k) annegamento; l) lesione muscolare da Sforzo; m) ernia addominale da Sforzo esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio; n) folgorazione, colpo di sole o di calore; o) assideramento o congelamento; p) embolia e conseguenze della pressione dell'acqua, subite in occasione di immersione subacquea con autorespiratore.

<p>La garanzia base Invalidità permanente da infortunio (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>La garanzia è prestata per l'Infortunio subito dall'Assicurato che ha come conseguenza una Invalidità permanente. L'Impresa liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata in base alle condizioni previste dalla garanzia Invalidità permanente da infortunio. L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio anche se si manifesta successivamente alla scadenza della Scheda tecnica di Ambito di rischio, ma comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio.</p> <p>Indennità aggiuntiva per il danno alla vita di relazione (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top") In caso di Infortunio che comporti una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 15% l'Impresa riconosce all'Assicurato un importo pari al 10% della somma indennizzata per il caso di Invalidità permanente da Infortunio. L'importo viene corrisposto in aggiunta a quanto corrisposto a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio.</p>
Assistenza	
<p>Le garanzie Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Servizio di assistenza medica in collegamento telefonico 24 ore su 24 Invio di un medico al domicilio</p>
<p>La garanzia Assistenza sanitaria H24 (operante per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>Prestazioni di Assistenza a favore dell'Assicurato: Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione, trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione, trasferimento da un centro medico sanitario ad un altro centro medico o riabilitativo, traduzione della documentazione medica, consulenza telefonica su viaggi e medicina, invio di un medico in viaggio, collegamento continuo con il centro ospedaliero, interprete a disposizione all'estero, invio medicinali all'estero, anticipo denaro per spese mediche all'estero, familiare accanto, rientro al domicilio o rimpatrio sanitario, rientro / rimpatrio figli minori, trasferimento/rimpatrio della salma. Temporary Inability Care (le 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 "Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche", qualora l'Assicurato riceva una prognosi di Inabilità temporanea superiore a 7 giorni): disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche, controllo a distanza delle condizioni di salute, organizzazione e presa in carico dei costi di trasporto verso centri medico-diagnostici, invio di un infermiere al domicilio, esami del sangue a domicilio, esame radiologico al domicilio (Rx torace), esame ecografico al domicilio, consegna esiti a domicilio, consegna medicinali a domicilio, ascolto e supporto psicologico, disbrigo pagamento utenze domiciliari, disbrigo faccende domestiche, ricovero auto. Oppure, in alternativa a tutte le garanzie e servizi Temporary Inability Care precedentemente riportate, l'Assicurato ha diritto alla seguente prestazione: Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita.</p>
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO	
<p>Riduzione del premio per durata poliennale</p>	<p>In caso di durata poliennale, è possibile usufruire di una riduzione del premio di tariffa indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, a fronte della quale non è riconosciuta la facoltà di recesso anticipato rispetto alla scadenza contrattuale, salvo che il contratto abbia durata superiore a 5 anni (in tal caso è possibile recedere a partire dalla fine del quinquennio con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza di ogni singola annualità).</p>
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	

<p>Garanzia aggiuntiva “Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 60%” (selezionabile per le Soluzioni “Plus”, “Premium” o “Top”)</p>	<p>In caso di Infortunio che dovesse comportare una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 60%, l’Impresa riconosce all’Assicurato, finché in vita, un importo mensile pari alla somma e per la durata massima indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.</p> <p>La liquidazione dell’importo mensile decorrerà dalla data di liquidazione a titolo definitivo dell’Indennità per Invalidità permanente da infortunio e in aggiunta ad essa.</p> <p>Se al momento del Sinistro l’Assicurato ha un’età pari o superiore a 60 anni compiuti, oltre a quanto sopra stabilito, l’Impresa corrisponde contestualmente all’Assicurato anche il capitale aggiuntivo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.</p>
<p>Garanzia aggiuntiva “Morte da infortunio” (selezionabile per le Soluzioni “Plus”, “Premium” o “Top”)</p>	<p>Se l’Infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell’Assicurato l’Impresa liquida ai Beneficiari la Somma assicurata.</p> <p>L’operatività della garanzia è estesa anche al caso in cui la morte si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma comunque entro due anni dal giorno dell’Infortunio.</p> <p>L’Indennizzo per il caso Morte non è cumulabile con quello spettante per Invalidità permanente. Tuttavia, se l’indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato ma l’Assicurato muore entro due anni dal giorno dell’Infortunio ed in conseguenza di questo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gli eredi dell’Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell’Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all’Assicurato; - i Beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l’Indennizzo per il caso Morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente. <p>In caso di scomparsa dell’Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (artt. 60 e 62 codice civile).</p> <p>Se, dopo il pagamento dell’Indennizzo, risulterà che l’Assicurato è vivo o non è morto a seguito di Infortunio indennizzabile in base alle Condizioni di assicurazione, l’Impresa avrà diritto alla restituzione dell’Indennizzo pagato.</p> <p>A restituzione avvenuta l’Assicurato potrà far valere i propri diritti per l’Invalidità permanente eventualmente subita.</p> <p>Maggiorazione per commorienza genitori (Valido per le Soluzioni “Plus”, “Premium” o “Top”)</p> <p>Se in seguito ad Infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori, anche se uno solo è assicurato con la presente copertura, l’Impresa liquida ai figli minorenni la Somma assicurata in aggiunta all’Indennità per il caso Morte.</p> <p>Tale somma viene riconosciuta anche nel caso in cui i figli siano maggiorenni portatori di handicap (intendendosi per tali le persone invalide nella misura pari o superiore al 75%).</p> <p>La garanzia opera solo se i figli minorenni o maggiorenni portatori di handicap sono designati come Beneficiari.</p> <p>Maggiorazione per Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro (Valido per le Soluzioni “Plus”, “Premium” o “Top”)</p> <p>Qualora a seguito di reato di rapina, tentata rapina, tentativo di sequestro, perpetrati a danno dell’Assicurato si verifichi la morte dell’Assicurato stesso, l’Impresa liquida ai Beneficiari la Somma assicurata in aggiunta all’Indennità per il caso Morte.</p>
<p>Garanzia aggiuntiva “Inabilità temporanea” (selezionabile per le Soluzioni “Plus”, “Premium” o “Top”)</p>	<p>Se l’Infortunio ha come conseguenza un’Inabilità temporanea l’Impresa corrisponde la Somma assicurata:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) integralmente, per ogni giorno in cui l’Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica a svolgere l’Attività professionale principale e secondaria dichiarate; b) al 50% per ogni giorno in cui l’Assicurato ha potuto svolgere solo in parte l’Attività professionale principale e secondaria dichiarate.
<p>Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani (Selezionabile per le Soluzioni “Premium” o “Top”)</p>	<p>In caso di Infortunio che dovesse comportare la perdita totale, anatomica o funzionale, delle parti della mano qui di seguito elencate, l’Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata secondo le seguenti percentuali:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ per la perdita del pollice 80% ■ per la perdita della falange ungueale del pollice 40%

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ per la perdita dell'indice 80% ▪ per la perdita della falange ungueale dell'indice 30% ▪ per la perdita del mignolo 40% ▪ per la perdita della falange ungueale del mignolo 15% ▪ per la perdita del medio o dell'anulare 20% ▪ per la perdita della falange del medio o dell'anulare 5% <p>In caso di Infortunio che comporti anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non contemplati dalla tabella sopra riportata, l'Indennizzo, solo per questi ultimi, viene stabilito in base a quanto previsto dalla garanzia base Invalidità permanente da infortunio.</p> <p>In ogni caso la somma degli Indennizzi non potrà mai superare il 225 % della Somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio.</p>
<p>Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi (selezionabile per le Soluzioni "Premium" o "Top")</p>	<p>La copertura assicurativa - ad eccezione della garanzia Inabilità temporanea - è estesa agli infortuni che si verificano in occasione della pratica delle seguenti attività sportive:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ atletica pesante; ▪ arrampicata libera, esclusa la versione "free solo", a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura come la corda, l'imbrago ed altro equipaggiamento, utilizzata per sicurezza; ▪ lotta nelle sue varie forme; ▪ arti marziali; ▪ sollevamento pesi; ▪ alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di difficoltà equivalente; ▪ speleologia; ▪ rugby; ▪ football americano; ▪ hockey; ▪ sci/snowboard alpinismo. <p>Le attività sportive sopra elencate non devono essere esercitate professionalmente o con riconoscimento di Remunerazione diretta o indiretta.</p>

 Che cosa NON è assicurato?	
Protezione per Invalidità permanente da infortunio	
<p>Rischi esclusi per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i seguenti casi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio; b) infarto da qualsiasi causa determinato; c) Rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio); d) infezioni, che sono invece sempre considerate malattie, anche se pandemiche, fatto salvo il caso dell'avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica, di cui alla Sezione Che cosa è assicurato – Infortuni compresi.; e) ernie. In caso di ernia addominale da Sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, viene corrisposta una Indennità, a titolo di Invalidità permanente, pari alla somma indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. <p>Con riferimento ai casi di avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, si intendono escluse le infezioni malariche.</p>
Assistenza	

<p>Rischi esclusi per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni “Essential”, “Plus”, “Premium” o “Top”)</p>	<p>Sono escluse le prestazioni in dipendenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 lo 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. <p>Sono escluse le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti.</p>
---	---

 Ci sono limiti di copertura?	
Protezione per Invalidità permanente da infortunio	
<p>Limiti di copertura per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni “Essential”, “Plus”, “Premium” o “Top”)</p>	<p>La copertura assicurativa non vale per gli infortuni causati da:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) guida di veicoli o natanti a motore se l’Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest’ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo; b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura; c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc); d) uso come passeggero di: <ul style="list-style-type: none"> d1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; d2) aeromobili di aeroclubs; d3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo; e) pratica dei seguenti sport: <ul style="list-style-type: none"> e1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere; e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione “free solo”, regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf; f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta; g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi; h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall’Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell’Assicurato; i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. E’ sempre escluso l’Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l’Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino; j) partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest’ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;

	<p>k) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche.</p>
Assistenza	
<p>Limiti di copertura per tutte le garanzie (validi per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")</p>	<p>E' escluso dall'assicurazione ogni Indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>Sono valide anche le seguenti disposizioni e limitazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 copertura sono

	<p>operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.</p> <p>u) in ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;</p> <p>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;</p> <p>w) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa Assistenza al verificarsi del Sinistro;</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>La Centrale Operativa Assistenza non potrà essere ritenuta responsabile di:</p> <p>z) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;</p> <p>aa) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.</p> <p>La messa a disposizione di un biglietto di viaggio si intende prestata con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aereo di linea (classe economica); • treno (prima classe). <p>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.</p>
--	---

Franchigie, limiti di indennizzo da determinarsi in sede di stipulazione	
Protezione per Invalidità permanente da infortunio	
Invalidità permanente da infortunio	Franchigia
• Ernia addominale da sforzo non operabile	Limite di indennizzo
• Indennità aggiuntiva per il danno alla vita di relazione	Limite di indennizzo
Assegno mensile per massimo 10 anni per invalidità permanente maggiore o uguale a 60%	Limite di indennizzo Franchigia
Inabilità temporanea	Limite di indennizzo Franchigia
Estensione della copertura infortuni ad alcuni sport pericolosi	Franchigia
Assistenza	
Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio	
Invio di un medico	Limite di indennizzo
Assistenza sanitaria H24	
Interprete a disposizione all'estero	Limite di indennizzo
Anticipo denaro per spese mediche all'estero	
Familiare accanto	
Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche	
Invio di un infermiere al domicilio	
Disbrigo faccende domestiche	
Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita	
Protezione abitazione	

Esemplificazione dell'applicazione di franchigie
<p>Garanzia base: invalidità permanente da infortunio</p> <p>Soluzione Premium - Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione</p> <p>Somma assicurata = Euro 100.000</p>

Invalità permanente da infortunio accertata = 7%
 Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla “Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione” (stabilisce che a fronte di un’invalità del 7% si liquida il 4% del capitale assicurato)
 Invalità permanente da infortunio indennizzata = il 4% di Euro 100.000 = Euro 4.000

Invalità permanente da infortunio accertata = 70%
 Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla “Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione” (stabilisce che a fronte di un’invalità del 70% si liquida il 140% del capitale assicurato)
 Invalità permanente da infortunio indennizzata = il 140% di Euro 100.000 = Euro 140.000

Garanzia aggiuntiva: Inabilità temporanea - Franchigia 7 giorni

Somma assicurata = Euro 50
 Inabilità temporanea accertata = 10 giorni totale (al 100%) e 10 giorni parziale (al 50%)
 Inabilità temporanea indennizzata: (10 giorni totale – 7 giorni di franchigia= 3 giorni al 100%) Euro 50 x 3 + (10 giorni parziale) Euro 25 x 10 = Euro 400

 **Che obblighi ho? Quali obblighi ha l’Impresa?**

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro Protezione Invalità permanente da infortunio
In caso di Sinistro, il Contraente, l’Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi **deve presentare denuncia formale all’Impresa** o al proprio intermediario assicurativo, **entro 5 giorni** da quello in cui l’Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.
 La denuncia **deve**:

- riportare l’indicazione del luogo, giorno e ora dell’evento;
- indicare le cause che lo hanno determinato;
- essere corredata da certificato medico attestante l’entità e la sede delle lesioni.

L’inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all’Indennizzo, ai sensi dell’art. 1915 codice civile.
 L’Assicurato **deve** inoltre:

- **fornire** copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all’Infortunio denunciato;
- **inviare** successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi all’Impresa.
 Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l’Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici la liquidazione dell’Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell’ultimo certificato inviato, a meno che l’Impresa possa stabilire una data anteriore;
- **sottoporsi** agli accertamenti e controlli medici richiesti dall’Impresa;
- **fornire** alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Con riferimento alla garanzia Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalità permanente maggiore o uguale a 60%, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, in caso di accertamento di una Invalità permanente superiore o uguale al 60%, **l’Assicurato è tenuto ad inviare**:

- **ad ogni scadenza annuale il certificato di esistenza in vita, in carta semplice, rilasciato dall’anagrafe;**
- **ad ogni scadenza infra-annuale, eventualmente pattuita, un’autodichiarazione di esistenza in vita.**

In caso di pagamenti dell’Indennità mensilmente pattuita che dovessero, successivamente, risultare non dovuti a seguito di decesso dell’Assicurato, **l’Impresa si riserva il diritto di richiedere al Contraente – se diverso dall’Assicurato – o ai suoi eredi legittimi la restituzione di tali somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto all’Impresa.**
 Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell’Assicurato, a meno che siano espressamente comprese nelle Condizioni di assicurazione.
 Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell’Assicurato, **il Contraente - se diverso dall’Assicurato – o i suoi eredi legittimi o i Beneficiari devono:**

	<ul style="list-style-type: none"> - dare immediato avviso all'Impresa; - fornire il certificato di morte dell'Assicurato; - fornire l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.
	<p>Assistenza diretta / in convenzione Non previsto.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese Assistenza Per la gestione e la liquidazione dei sinistri l'Impresa si avvale della seguente Centrale Operativa: Allianz Worldwide Partners P&C SA - Rappresentanza Generale per l'Italia - Viale Brenta 32 – 20139 Milano (MI). 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ numero verde 800.88.55.00 dall'Italia ▪ numero + 39 02.89.040.764 (anche per chiamate dall'estero) <p>indicando con precisione:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il tipo di assistenza di cui necessita; ▪ cognome e nome; ▪ indirizzo e luogo da cui chiama; ▪ eventuale recapito telefonico; ▪ il numero di Ambito di rischio. <p>La richiesta di rimborso delle spese sostenute, sempreché autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza, dovrà essere inoltrata accompagnata dai documenti giustificativi in originale a:</p> <p>AWP P&C - Rappresentanza Generale per l'Italia Viale Brenta 32 – 20139 Milano (MI)</p> <p>Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa Assistenza non saranno rimborsate. Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.
	<p>Prescrizione I diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti (ad esempio la dichiarazione inesatta o reticente relativa all'attività professionale dichiarata) o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio (ad esempio la mancata comunicazione, in corso di contratto, della sopravvenienza di una delle affezioni indicate nelle condizioni di assicurazione come "non assicurabili" – ad esempio alcolismo o tossicodipendenza), possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.</p>
	<p>Attività professionale L'eventuale cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, che si verifichi nel corso del contratto, deve essere tempestivamente comunicato per iscritto.</p>
<p>Obblighi dell'Impresa</p>	<p>Termini di indennizzo L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso. Entro lo stesso termine l'Impresa comunica anche eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Ad integrazione delle informazioni contenute nel DIP Danni si precisano le ulteriori modalità di pagamento del premio con procedura SDD.</p> <p>Modalità di pagamento del premio: Procedura SDD Per il primo pagamento il Contraente può utilizzare i mezzi di pagamento indicati nel DIP Danni. Dal secondo pagamento in poi, il premio viene corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria Banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD.</p> <p>Addebito su carta di credito Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente. Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture acquistate con il presente Ambito di rischio sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.</p> <p>Adeguamento del premio Le Somme / massimali assicurati, i limiti di indennizzo (non espressi in percentuale) e il Premio, previsti nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa, della percentuale - solo se superiore - calcolata rapportando l'“indice ISTAT di riferimento annuale” (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) all'“indice ISTAT mensile” immediatamente precedente (‘‘indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati’’ pubblicato dall'ISTAT). Se l'indice ISTAT non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente ma deve avvisare il Contraente. Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento le Franchigie eventualmente previste ed indicate nella suddetta Scheda tecnica di Ambito di rischio.</p> <p>L'adeguamento/rivalutazione non è operante per la garanzia Assistenza.</p> <p>Inoltre il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio viene rideterminato ad ogni scadenza annua in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato.</p>
Rimborso	<p>Recesso in caso di sinistro Nell'ipotesi in cui l'Impresa eserciti, ove consentito, il diritto di recesso per Sinistro, l'Impresa stessa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al periodo assicurativo non trascorso e non goduto.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 Come posso disdire la copertura?	
Ripensamento dopo la	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

stipulazione	
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a persone fino ad 85 anni di età che vogliono tutelare sé stesse e/o i propri familiari, residenti nel territorio della Repubblica italiana, in caso di invalidità permanente dovuta ad un infortunio occorso nell'ambito della vita lavorativa o privata.

La possibilità di accedere al prodotto per persone di età superiore agli 80 anni potrà essere discrezionalmente valutata dall'Impresa.

L'assicurazione di persone che svolgono attività professionali pericolose è subordinata a valutazione da parte dell'Impresa.

Il prodotto offre livelli di protezione crescenti in base alle 4 Soluzioni, alternative tra loro di seguito indicate:

Soluzione Essential: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi di un capitale erogato in funzione del grado di invalidità accertato per invalidità permanenti gravi, pari o superiori al 66%, di consulto medico e altre prestazioni di assistenza.

Soluzione Plus: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi di un capitale erogato in funzione del grado di invalidità accertato per invalidità permanenti dalle più lievi alle più serie, superiori al 7% e, in aggiunta alla Soluzione Essential, di un Assegno mensile per massimo 10 anni per invalidità permanente maggiore o uguale al 60%, di un capitale per Morte da infortunio e di una Diaria per Inabilità temporanea.

Soluzione Premium: la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi di un capitale erogato in funzione del grado di invalidità accertato per invalidità permanenti dalle più lievi alle più serie, superiori al 5% o al 3% e, in aggiunta alla Soluzione Plus, può essere arricchita dall'Estensione della copertura infortuni ad alcuni sport pericolosi e dalla Sovervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani.

Soluzione Top: in aggiunta alla Soluzione Premium, la presente Soluzione è rivolta a coloro che vogliono avvalersi dell'eliminazione della Franchigia in caso di incidente stradale mentre si è alla guida di autovetture.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari per la commercializzazione del Prodotto in oggetto è pari al 24%.

COME PRESENTARE RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice

Eventuali reclami possono essere presentati con le seguenti modalità:

- con lettera inviata ad Allianz Viva S.p.A. - Pronto Allianz Servizio Clienti - - Via Scarsellini 14, 20161 Milano;
- alla casella e-mail dedicata: reclami.allianzviva@allianz.it.

L'Impresa è tenuta a rispondere entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Per i reclami relativi al comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti e collaboratori, il termine massimo di 45 giorni per fornire riscontro potrà essere sospeso per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

I reclami relativi al solo comportamento degli Intermediari bancari e dei broker e loro dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo dell'Impresa, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essere a questi direttamente indirizzati.

Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire ad Allianz Viva S.p.A. la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché provveda

	ad analizzare il reclamo e a dare riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it, Info su: www.ivass.it corredando l'esposto con copia del reclamo già inoltrato all'Impresa e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte dell'Impresa. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione "PER I CONSUMATORI - RECLAMI - Guida", nonché sul sito dell'Impresa www.allianzviva.it alla Sezione "Reclami", attraverso apposito link al sito di IVASS.</p> <p>I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; -individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; -breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; -copia del reclamo presentato all'Impresa e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; - ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire l'Autorità Giudiziaria.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione (obbligatoria)	Può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelle presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013 n.98).
Negoziazione assistita	Può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri, da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque l'Autorità Giudiziaria.

Risoluzione delle liti transfrontaliere	Nel caso di lite transfrontaliera, tra un contraente avente domicilio in uno stato aderente allo spazio economico europeo ed un'impresa avente sede in un altro stato membro, il reclamante può chiedere l'attivazione della procedura FIN-NET, inoltrando l'esposto direttamente al sistema estero competente, ossia quello in cui ha sede l'impresa di assicurazione che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), o - se il contraente ha domicilio in Italia - all'IVASS, che provvede all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
--	---

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

Ultra Salute

Invaldit  permanente da infortunio

Assicurazione contro i danni

Condizioni di assicurazione comprensive del glossario

Edizione 977 - 25/03/2023

Il prodotto   conforme alle Linee guida "Contratti Semplici e Chiari"

Glossario

Per facilitare la comprensione delle regole contrattuali contenute nel presente Set Informativo, il Glossario raccoglie i termini più importanti, ricorrenti o di particolare difficoltà, spiegati nel loro significato.

I termini riportati nel "Glossario" sono riconoscibili nelle Condizioni di assicurazione in quanto indicati con la lettera iniziale maiuscola.

Ambito di rischio: il prodotto assicurativo composto da garanzie che coprono uno o più rischi, costituenti l'oggetto della copertura. Le garanzie previste nell'Ambito di rischio possono essere combinate in modo crescente a seconda delle Soluzioni prescelte.

Assicurato: la persona fisica, identificata nella Scheda di Ambito di rischio, il cui interesse è protetto dalla presente copertura assicurativa.

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

Beneficiari: i soggetti designati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

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: la persona fisica o giuridica che stipula la Polizza.

Day Hospital/Day Surgery: il Ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata a seguito esclusivamente di terapie mediche (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery).

Familiare: il coniuge o convivente, genitori, figlio/a, nonni, nipoti, fratelli e sorelle, generi e nuore, suoceri.

Franchigia: la parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, espressa in percentuale di invalidità permanente o in giorni di Inabilità temporanea.

Gare di regolarità pura: le manifestazioni, che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore, nelle quali il rispetto dei tempi prestabiliti e non la velocità per percorrere i diversi settori in cui deve essere suddiviso il percorso (controlli orari) e determinati tratti dello stesso (prove di classifica) costituisce il fattore determinante per la classifica.

Impresa: Allianz Viva S.p.A.

Inabilità temporanea: la perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Indennizzo/Indennità: la somma dovuta dall'Impresa all'Assicurato in caso di Sinistro.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Invalidità permanente: la perdita o diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Limite di indennizzo: l'importo dovuto dall'Impresa che rappresenta il massimo esborso dell'Impresa stessa, nei casi espressamente indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Malattia: ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dovuta ad Infortunio.

Malformazioni/Difetti fisici: la deviazione dal normale assetto morfologico dell'organismo o di un organo per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Polizza: il documento che attesta l'esistenza del contratto di assicurazione, riepiloga gli Ambiti di rischio acquistati e/o non acquistati e racchiude gli elementi di natura dichiarativa e sottoscrittiva della Polizza.

Premio: l'importo dovuto dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

Ricovero: la degenza che comporta il pernottamento in Struttura sanitaria.

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

Remunerazione indiretta: il compenso monetario, forfetario, a carattere non continuativo, percepito – sotto forma di rimborsi delle spese sostenute e/o diarie - dai praticanti uno sport come corrispettivo delle prestazioni continuative e ricorrenti eseguite a favore di una Società o di un Ente Sportivo. Non costituiscono Remunerazione indiretta eventuali premi monetari conseguiti per essersi classificati primi o tra i primi in una competizione sportiva.

Rischio in itinere: il rischio collegato al trasferimento da casa al lavoro e viceversa utilizzando il percorso più breve in termini di lunghezza o di tempo.

Scheda tecnica di Ambito di rischio: il documento riepilogativo specifico della copertura assicurativa "Invalidità permanente da infortunio", che è parte integrante della Polizza.

Sforzo: l'impiego improvviso e anomalo di energia muscolare che eccede per intensità dalle proprie ordinarie abitudini di vita e di lavoro a fronte di un evento eccezionale e inaspettato.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la copertura assicurativa.

Soluzione: una delle quattro combinazioni di garanzie (Essential, Plus, Premium e Top), alternative tra loro, che compongono l'Ambito di rischio.

Somma assicurata: l'importo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio che per ogni garanzia prestata viene utilizzato per il calcolo dell'Indennità/Indennizzo.

Glossario

Struttura sanitaria: ogni Casa di Cura, Istituto, Azienda ospedaliera regolarmente autorizzata all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera. Non sono considerati Strutture sanitarie gli Stabilimenti Termali, le Case di Convalescenza e Soggiorno, gli Ospizi per anziani, le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche, le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Ubbriachezza: la condizione di alterazione determinata dalla presenza nel sangue di un tasso alcolico pari o superiore a 1,5 grammi/litro.

Condizioni di assicurazione

INDICE

1. INTRODUZIONE	PAG. 4
2. CHE COSA E' ASSICURATO	PAG. 5
3. CHE COSA NON E' ASSICURATO	PAG. 22
4. LIMITI DI COPERTURA	PAG. 23
5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA	PAG. 25
6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO	PAG. 25
7. PREMIO	PAG. 28
8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO	PAG. 29
9. ULTERIORI DISPOSIZIONI	PAG. 30
10. ALLEGATI	PAG. 33

Condizioni di assicurazione

1. INTRODUZIONE

Attenzione: si presti particolare attenzione alle parti delle Condizioni di assicurazione evidenziate in grassetto nonché alle esemplificazioni riportate nel DIP aggiuntivo Danni.

Art. 1.1 - Il presente Ambito di rischio e le relative Soluzioni

L'Ambito di rischio **"Invalidità permanente da infortunio"** è costituito da quattro differenti Soluzioni, alternative fra loro, composte dalle seguenti combinazioni di garanzie crescenti:

- **Essential:** comprensiva della garanzia Invalidità permanente prestata con Franchigia 66% e delle garanzie Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.
Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di invalidità permanente - Tabella A per la liquidazione dell'Indennità di Invalidità permanente;
- **Plus:** comprensiva della garanzia Invalidità permanente prestata con Franchigia 7% con supervalutazione e della garanzia Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.
Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente selezionata scegliendo tra le opzioni Tabella A o Tabella INAIL;
- **Premium:** comprensiva della garanzia Invalidità permanente prestata in base alla Franchigia selezionata scegliendo tra le opzioni Franchigia 5% assorbibile con supervalutazione o Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione e della garanzia Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24.
Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente selezionata scegliendo tra le opzioni Tabella A o Tabella INAIL;
- **Top:** comprensiva della garanzia Invalidità permanente prestata in base alla Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione e della garanzia Assistenza Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio e Assistenza sanitaria H24. **Il grado di Invalidità permanente è calcolato in base alla Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente selezionata scegliendo tra le opzioni Tabella A o Tabella INAIL.**
In aggiunta, la garanzia Invalidità permanente è prestata senza applicazione di Franchigia, che sarebbe invece applicata in caso di scelta delle altre Soluzioni, quando l'Assicurato subisce l'Infortunio alla guida di autovettura.

Le Soluzioni "Plus", "Premium" e "Top" possono essere arricchite, con pagamento del relativo premio, dalle garanzie aggiuntive:

- Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 60%,
- Morte da infortunio
- Inabilità temporanea

La copertura assicurativa delle soluzioni "Premium" e "Top" può essere arricchita, con pagamento del relativo premio dall'Estensione della copertura infortuni ad alcuni sport pericolosi.

La garanzia Invalidità permanente nelle Soluzioni "Premium" e "Top" può essere arricchita, con pagamento del relativo premio dalla Condizione di assicurazione Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani.

Art. 1.2 - Il Regolamento Ultra

L'Impresa si impegna a mantenere ed aggiornare i contenuti dei singoli Ambiti di rischio acquistabili all'interno di una relazione contrattuale unitaria, nel contesto del **modello assicurativo Ultra**, al fine di soddisfare al meglio, nel tempo, le esigenze della propria clientela. Il documento **"Ultra: Regole di funzionamento e caratteristiche generali"** (di seguito **"Regolamento Ultra"**), che il Contraente ha ricevuto contestualmente al presente Set informativo, descrive e disciplina i meccanismi generali di evoluzione e di aggiornamento del rapporto e delle Condizioni di assicurazione dell'Ambito di rischio, o degli Ambiti di rischio (se più di uno) scelti dal Contraente. E' previsto, in particolare, l'automatico adeguamento del rapporto alle Condizioni di assicurazione contenute nell'ultima edizione disponibile **e, in caso di Sinistro, l'applicazione delle regole di gestione e di liquidazione stabilite dalle condizioni previste nell'edizione in vigore al tempo della denuncia di Sinistro.** Il tutto senza pregiudizio dei diritti già maturati e con applicazione della clausola di "miglior garanzia", che consente comunque al Contraente o all'Assicurato, in caso di Sinistro, di scegliere la prestazione prevista dall'Ambito di rischio inizialmente sottoscritta, se ritenuta più favorevole.

Si rinvia, nel dettaglio, alle singole disposizioni previste nel **"Regolamento Ultra"**, le cui previsioni devono intendersi integrative delle Condizioni di assicurazione.

Le seguenti Condizioni di assicurazione contengono, nei punti più rilevanti e per maggiore chiarezza, alcuni rinvii espressi al **"Regolamento Ultra"** nonché - per gli aspetti di dettaglio definiti in fase di sottoscrizione - alla **Polizza** e alla **Scheda tecnica di Ambito di rischio.**

Condizioni di assicurazione

2. CHE COSA E' ASSICURATO

In questa sezione sono descritte le prestazioni assicurative, mentre nelle sezioni successive vi è l'indicazione dei rischi esclusi, delle limitazioni di copertura e delle altre norme che regolano il rapporto assicurativo.

La copertura assicurativa è prestata a favore dell'Assicurato ed è operante per le Somme assicurate riportate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, con l'applicazione delle Franchigie e dei Limiti di indennizzo concordati in sede di stipulazione e conseguentemente indicati nella stessa.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 2.1 - Cosa assicuriamo

La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio dell'Assicurato, in base alla Soluzione operante e ai casi descritti sia nel presente articolo che nei successivi articoli 2.2 "Le garanzie base" e 2.4 "Le garanzie aggiuntive".

Art. 2.1.1 - Copertura completa (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento sia dell'Attività professionale principale e secondaria dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, compreso il Rischio in itinere, sia di ogni altra attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale.

Art. 2.1.2 - Copertura extra-professionale (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento di ogni attività che non abbia le caratteristiche descritte nella definizione di Attività professionale e durante il Rischio in itinere.

Art. 2.1.3 - Copertura professionale (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

La copertura assicurativa vale in caso di Infortunio che l'Assicurato subisca nello svolgimento dell'Attività professionale principale e secondaria, dichiarate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, e durante il Rischio in itinere.

Art. 2.1.4 - Infortuni compresi (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Sono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato:

- a) in qualità di passeggero di viaggio aereo di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli ed elicotteri da chiunque esercitati, salvo quanto previsto dall'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie", lettera d);
- b) in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
- c) a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- d) a causa di tumulti popolari, atti di terrorismo, aggressioni o atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario;
- e) in conseguenza di insurrezione o di guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali e civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche. La copertura assicurativa opera per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio della guerra o dell'insurrezione a condizione che l'Assicurato:
 - si trovi al di fuori della propria nazione di residenza;
 - risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in una nazione sino ad allora in condizione di pace;
 - non vi abbia partecipato in modo volontario.

Rimane fermo quanto previsto dall'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie", lettera j);

- f) durante il servizio di volontariato svolto sul territorio della Repubblica Italiana in qualità di iscritto ad un'associazione di volontariato riconosciuta dalle disposizioni di legge.

La copertura assicurativa è estesa anche ai seguenti casi:

- g) asfissia non di origine morbosa;
- h) avvelenamento acuto da ingestione o da assorbimento di sostanze per causa fortuita e involontaria;
- i) avvelenamento del sangue o infezione purchè il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica;
- j) avvelenamento acuto o infezione da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, escluse le infezioni malariche;
- k) annegamento;
- l) lesione muscolare da Sforzo, salvo quanto previsto dall'articolo 3.2 "Rischi esclusi per tutte le garanzie", lettera c);
- m) ernia addominale da Sforzo esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente da Infortunio, salvo quanto previsto all'articolo 3.2 "Rischi esclusi per tutte le garanzie", lettera e);

Condizioni di assicurazione

- n) folgorazione, colpo di sole o di calore;
- o) assideramento o congelamento;
- p) embolia e conseguenze della pressione dell'acqua, subite in occasione di immersione subacquea con autorespiratore.

Art. 2.1.5 - Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi (*Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

A parziale deroga dell'articolo 4.1 "Limiti di copertura per tutte le garanzie" delle Condizioni di assicurazione, la copertura assicurativa - **ad eccezione della garanzia Inabilità temporanea** - è estesa agli infortuni che si verifichino in occasione della pratica delle seguenti attività sportive:

- atletica pesante;
- arrampicata libera, **esclusa la versione "free solo"**, a condizione che l'arrampicata sia svolta con l'utilizzo di attrezzatura come la corda, l'imbrago ed altro equipaggiamento, utilizzata per sicurezza;
- lotta nelle sue varie forme;
- arti marziali;
- sollevamento pesi;
- alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di difficoltà equivalente;
- speleologia;
- rugby;
- football americano;
- hockey;
- sci/snowboard alpinismo. **Le attività sportive sopra elencate non devono essere esercitate professionalmente o con riconoscimento di Remunerazione diretta o indiretta.**

Se l'Assicurato subisce un Infortunio derivante dallo svolgimento di una delle attività sportive sopra indicate l'Impresa liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata per la garanzia Invalidità permanente da infortunio in base:

- al grado percentuale di invalidità che viene accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio"
- a quanto stabilito nell'articolo 2.3.3 "Modalità di corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente da infortunio".

Art. 2.2 - La garanzia base

Le garanzie riprodotte negli articoli che seguono sono operanti in base alla scelta fatta dal Contraente, **indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**, tra le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top".

Art. 2.2.1 - Invalidità permanente da infortunio (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

La garanzia è prestata per l'Infortunio subito dall'Assicurato che ha come conseguenza una Invalidità permanente.

L'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata in base:

- al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio",
- a quanto stabilito nell'articolo 2.3.3 "Modalità di corresponsione dell'indennità per Invalidità permanente da infortunio" con l'applicazione di una Franchigia per Sinistro, determinata a seconda della scelta effettuata dal Contraente e indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

L'Impresa riconosce l'Invalidità permanente da Infortunio anche se si manifesta successivamente alla scadenza della Scheda tecnica di Ambito di rischio, ma **comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio**.

Art. 2.2.2 - Indennità aggiuntiva per il danno alla vita di relazione (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top"*)

In caso di Infortunio che comporti una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 15% l'Impresa riconosce all'Assicurato un importo come definito nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

L'Invalidità permanente è accertata secondo i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio".

L'importo viene corrisposto in aggiunta a quanto corrisposto a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.3 - Infortunio alla guida di autovettura (*Valido per la Soluzione "Top"*)

L'Impresa liquida senza applicazione della Franchigia l'Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata **limitatamente al caso di Infortunio subito dall'Assicurato in qualità di conducente di autovettura:**

- durante la circolazione, dal momento in cui sale a bordo a quello in cui scende;
- mentre, in caso di fermata accidentale dovuta a incidente e/o avaria, è impegnato per la ripresa della marcia.

L'indennizzo sopra indicato viene determinato in base:

- al grado percentuale di invalidità accertato secondo i criteri contenuti nell'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio"
- a quanto stabilito nell'articolo 2.3.3 "Modalità di corresponsione dell'Indennità per Invalidità permanente da infortunio - Nessuna Franchigia"

Condizioni di assicurazione

Art. 2.2.4 - Supervalutazione delle invalidità permanenti alle dita delle mani (Valido per le Soluzioni "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 2.2.1 "Invalidità permanente da infortunio", in caso di Infortunio che dovesse comportare la perdita totale, anatomica o funzionale, delle parti della mano qui di seguito elencate, l'Impresa liquida un Indennizzo per Invalidità permanente calcolato sulla Somma assicurata secondo le seguenti percentuali:

■ per la perdita del pollice	80%
■ per la perdita della falange ungueale del pollice	40%
■ per la perdita dell'indice	80%
■ per la perdita della falange ungueale dell'indice	30%
■ per la perdita del mignolo	40%
■ per la perdita della falange ungueale del mignolo	15%
■ per la perdita del medio o dell'anulare	20%
■ per la perdita della falange del medio o dell'anulare	5%

In caso di Infortunio che comporti anche la perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di altri organi o arti non contemplati dalla tabella sopra riportata, l'Indennizzo, solo per questi ultimi, viene stabilito in base a quanto previsto dall'articolo 2.2.1 "Invalidità permanente da infortunio".

In ogni caso la somma degli Indennizzi non potrà mai superare il 225% della Somma assicurata per Invalidità permanente da infortunio.

Art. 2.3 - Modalità per la determinazione della Invalidità permanente

Art. 2.3.1 - Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio

Tabella A: la tabella è riportata nella Sezione Allegati delle presenti Condizioni di assicurazione (Valida per la Soluzione "Essential" e - se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio - per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Tabella INAIL: la tabella è riportata nella Sezione Allegati delle presenti Condizioni di assicurazione (Valida, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Art. 2.3.2 - Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Il grado di Invalidità permanente è accertato secondo le percentuali indicate nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di Invalidità permanente" richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio e secondo i seguenti criteri:

- si considerano le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che si sarebbero comunque verificate qualora avesse colpito una persona fisicamente integra e sana indipendentemente dalle condizioni fisiche o patologiche preesistenti e/o sopravvenute;**
- in caso di perdita o di riduzione, anatomica e funzionale, di un senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di invalidità sono diminuite tenendo conto di quelle preesistenti;**
- in caso di menomazioni visive o uditive le percentuali di invalidità tengono conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi;**
- in caso di Assicurato mancino le percentuali previste per l'arto superiore destro si applicano all'arto superiore sinistro e viceversa;
- la perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; in caso di **minorazione anziché di perdita totale, le percentuali sono ridotte in proporzione alla funzionalità persa;**
- in caso di menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso;**
- in caso di perdita totale o parziale, anatomica o funzionale, di più organi o arti, la somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna lesione non può superare il valore massimo del 100%;**
- i postumi di Invalidità permanente vengono riconosciuti come tali e possono essere oggetto di accertamento non prima che, secondo parere del medico, gli stessi si siano stabilizzati e comunque entro un periodo massimo di 12 mesi dalla data di denuncia del Sinistro;
- nei casi di Invalidità permanente non specificati nella "Tabella di riferimento per l'accertamento del grado di invalidità permanente" richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, l'Indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla specifica Attività professionale esercitata dall'Assicurato.**

Condizioni di assicurazione

Art. 2.3.3 - Modalità di corresponsione dell'indennità per invalidità permanente da infortunio

L'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da Infortunio accertata in base ai criteri stabiliti nelle Condizioni di assicurazione e secondo le seguenti modalità specificatamente richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio:

Franchigia 66% (Valida per la Soluzione "Essential")

L'Impresa **non corrisponde alcun indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado inferiore al 66%**; nel caso in cui essa risulta uguale o superiore al 66%, l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla Somma assicurata nella misura del 100%.

Condizioni di assicurazione

Franchigia 7% assorbibile con supervalutazione (*Valida per la Soluzione "Plus"*)

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 7%; se invece essa risulta di grado superiore al 7% l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	82
2	0	52	84
3	0	53	86
4	0	54	88
5	0	55	100
6	0	56	100
7	0	57	100
8	1	58	100
9	2	59	100
10	3	60	100
11	4	61	100
12	5	62	100
13	6	63	100
14	7	64	100
15	8	65	100
16	9	66	102
17	10	67	104
18	11	68	106
19	12	69	108
20	13	70	110
21	14	71	113
22	15	72	116
23	16	73	119
24	17	74	122
25	18	75	125
26	19	76	128
27	20	77	131
28	21	78	134
29	22	79	137
30	23	80	140
31	24	81	143
32	25	82	146
33	26	83	149
34	27	84	152
35	28	85	155
36	29	86	158
37	30	87	161
38	31	88	164
39	32	89	167
40	33	90	170
41	34	91	173
42	35	92	176
43	36	93	179
44	37	94	182
45	38	95	185
46	39	96	188
47	40	97	191
48	41	98	194
49	78	99	197
50	80	100	200

Condizioni di assicurazione

Franchigia 5% assorbibile con supervalutazione (*Valida per la Soluzione "Premium", se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

L'Impresa non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5%; se invece essa risulta di grado superiore l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	82
2	0	52	84
3	0	53	86
4	0	54	88
5	0	55	100
6	1	56	100
7	3	57	100
8	5	58	100
9	6	59	100
10	7	60	110
11	9	61	113
12	11	62	116
13	13	63	119
14	14	64	122
15	15	65	125
16	16	66	128
17	17	67	131
18	18	68	134
19	19	69	137
20	20	70	140
21	22	71	145
22	24	72	150
23	26	73	155
24	28	74	160
25	30	75	165
26	32	76	175
27	34	77	180
28	36	78	190
29	38	79	200
30	40	80	210
31	42	81	225
32	44	82	225
33	46	83	225
34	48	84	225
35	50	85	225
36	52	86	225
37	54	87	225
38	56	88	225
39	58	89	225
40	60	90	225
41	62	91	225
42	64	92	225
43	66	93	225
44	68	94	225
45	70	95	225
46	72	96	225
47	74	97	225
48	76	98	225
49	78	99	225
50	80	100	225

Condizioni di assicurazione

Franchigia 3% assorbibile con supervalutazione (*Valida per la Soluzione "Premium", se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, e per la Soluzione "Top"*)

L'Impresa **non corrisponde alcun Indennizzo** quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 3%; se invece essa risulta di grado superiore l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	82
2	0	52	84
3	0	53	86
4	1	54	88
5	2	55	100
6	3	56	100
7	4	57	100
8	5	58	100
9	6	59	100
10	7	60	110
11	9	61	113
12	11	62	116
13	13	63	119
14	14	64	122
15	15	65	125
16	16	66	128
17	17	67	131
18	18	68	134
19	19	69	137
20	20	70	140
21	22	71	145
22	24	72	150
23	26	73	155
24	28	74	160
25	30	75	165
26	32	76	175
27	34	77	180
28	36	78	190
29	38	79	200
30	40	80	210
31	42	81	225
32	44	82	225
33	46	83	225
34	48	84	225
35	50	85	225
36	52	86	225
37	54	87	225
38	56	88	225
39	58	89	225
40	60	90	225
41	62	91	225
42	64	92	225
43	66	93	225
44	68	94	225
45	70	95	225
46	72	96	225
47	74	97	225
48	76	98	225
49	78	99	225
50	80	100	225

Condizioni di assicurazione

Franchigia 5% assoluta (Valida per l'articolo 2.1.5 "Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi" se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio per le Soluzioni "Premium" e "Top")

Se l'Infortunio deriva dallo svolgimento di una delle attività sportive indicate nell'articolo 2.1.5 "Estensione della copertura Infortuni ad alcuni sport pericolosi", l'Impresa **non corrisponde alcun Indennizzo quando l'Invalidità permanente accertata è di grado pari o inferiore al 5%**; se invece essa risulta di grado superiore l'Indennità viene corrisposta calcolandola sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	0	51	46
2	0	52	47
3	0	53	48
4	0	54	49
5	0	55	50
6	1	56	51
7	2	57	52
8	3	58	53
9	4	59	54
10	5	60	55
11	6	61	56
12	7	62	57
13	8	63	58
14	9	64	59
15	10	65	60
16	11	66	61
17	12	67	62
18	13	68	63
19	14	69	64
20	15	70	65
21	16	71	66
22	17	72	67
23	18	73	68
24	19	74	69
25	20	75	70
26	21	76	71
27	22	77	72
28	23	78	73
29	24	79	74
30	25	80	75
31	26	81	76
32	27	82	77
33	28	83	78
34	29	84	79
35	30	85	80
36	31	86	81
37	32	87	82
38	33	88	83
39	34	89	84
40	35	90	85
41	36	91	86
42	37	92	87
43	38	93	88
44	39	94	89
45	40	95	90
46	41	96	91
47	42	97	92
48	43	98	93
49	44	99	94
50	45	100	100

Condizioni di assicurazione

Nessuna Franchigia (*Valida per la Soluzione "Top"*)

Limitatamente al caso di Infortunio subito dall'Assicurato in qualità di conducente di autovettura, disciplinato dall'articolo. 2.2.3 "Invalidità permanente da infortunio alla guida di autovettura", l'Impresa corrisponde l'Indennità per Invalidità permanente da infortunio calcolandola sulla Somma assicurata in base alle percentuali che seguono:

% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare	% Invalidità permanente accertata	% Invalidità permanente da liquidare
1	1	51	82
2	2	52	84
3	3	53	86
4	4	54	88
5	5	55	100
6	6	56	100
7	7	57	100
8	8	58	100
9	9	59	100
10	10	60	110
11	11	61	113
12	12	62	116
13	13	63	119
14	14	64	122
15	15	65	125
16	16	66	128
17	17	67	131
18	18	68	134
19	19	69	137
20	20	70	140
21	22	71	145
22	24	72	150
23	26	73	155
24	28	74	160
25	30	75	165
26	32	76	175
27	34	77	180
28	36	78	190
29	38	79	200
30	40	80	210
31	42	81	225
32	44	82	225
33	46	83	225
34	48	84	225
35	50	85	225
36	52	86	225
37	54	87	225
38	56	88	225
39	58	89	225
40	60	90	225
41	62	91	225
42	64	92	225
43	66	93	225
44	68	94	225
45	70	95	225
46	72	96	225
47	74	97	225
48	76	98	225
49	78	99	225
50	80	100	225

Condizioni di assicurazione

Art. 2.4 - Le garanzie aggiuntive

Le seguenti garanzie aggiuntive possono essere scelte dal Contraente, con il pagamento di un premio aggiuntivo, **solo nell'Ambito delle Soluzioni espressamente indicate** per ciascuna di esse e sono operanti solo se sono richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.4.1 - Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 60% (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

In caso di Infortunio che dovesse comportare una Invalidità permanente di grado pari o superiore al 60% determinato secondo i criteri indicati all'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di Invalidità permanente da infortunio", l'Impresa riconosce all'Assicurato, finché in vita, un importo mensile pari alla somma e **per la durata massima indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio**.

La liquidazione dell'importo mensile decorrerà dalla data di liquidazione a titolo definitivo dell'Indennità per Invalidità permanente da infortunio e in aggiunta ad essa.

Se al momento del Sinistro l'Assicurato ha un'età pari o superiore a 60 anni compiuti, oltre a quanto sopra stabilito, l'Impresa corrisponde contestualmente all'Assicurato anche il capitale aggiuntivo indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 2.4.2 - Morte da infortunio (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Se l'Infortunio ha per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato l'Impresa liquida ai Beneficiari la Somma assicurata.

L'operatività della garanzia è estesa anche al caso in cui la morte si verifica successivamente alla scadenza del contratto, ma **comunque entro due anni dal giorno dell'Infortunio**.

L'Indennizzo per il caso Morte non è cumulabile con quello spettante per Invalidità permanente.

Tuttavia, se l'indennizzo per Invalidità Permanente è stato pagato ma l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'Infortunio ed in conseguenza di questo:

- **gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'Indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato;**
- **i Beneficiari hanno diritto soltanto alla differenza tra l'Indennizzo per il caso Morte, se superiore, e quello già pagato per Invalidità permanente.**

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a Infortunio, la liquidazione avverrà trascorsi sei mesi dalla presentazione della domanda per la dichiarazione di morte presunta (artt. 60 e 62 codice civile).

Se, dopo il pagamento dell'Indennizzo, risulterà che l'Assicurato è vivo o non è morto a seguito di Infortunio indennizzabile in base alle Condizioni di assicurazione, l'Impresa avrà diritto alla restituzione dell'Indennizzo pagato.

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

Art. 2.4.2.1 - Maggiorazione per commorienza genitori (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Se in seguito ad Infortunio, determinato dal medesimo evento, consegue la morte di entrambi i genitori, anche se uno solo è assicurato con la presente copertura, l'Impresa liquida ai figli minorenni la Somma assicurata in aggiunta all'Indennità per il caso Morte.

Tale somma viene riconosciuta anche nel caso in cui i figli siano maggiorenni portatori di handicap (intendendosi per tali le persone invalide nella misura pari o superiore al 75%).

La garanzia opera solo se i figli minorenni o maggiorenni portatori di handicap sono designati come Beneficiari.

Art. 2.4.2.2 - Maggiorazione per Rapina, tentata rapina e tentativo di sequestro (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Qualora a seguito di reato di rapina, tentata rapina, tentativo di sequestro, perpetrati a danno dell'Assicurato si verifichi la morte dell'Assicurato stesso, l'Impresa liquida ai Beneficiari la Somma assicurata in aggiunta all'Indennità per il caso Morte.

Art. 2.4.3 - Inabilità temporanea (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

Se l'Infortunio ha come conseguenza un'Inabilità temporanea l'Impresa corrisponde, **entro il Limite di indennizzo per Sinistro ed anno assicurativo** indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, la Somma assicurata:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica a svolgere l'Attività professionale principale e secondaria dichiarate;
- b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto svolgere solo in parte l'Attività professionale principale e secondaria dichiarate.

L'Indennità per Inabilità temporanea viene corrisposta con applicazione dei giorni di Franchigia indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio a partire dal giorno dell'Infortunio.

Condizioni di assicurazione

ASSISTENZA

Le garanzie ed i servizi di Assistenza di seguito precisati sono prestati dall'Impresa tramite la Centrale Operativa Assistenza di AWP P&C S.A. in funzione 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

Il servizio di Assistenza prestato con la presente copertura assicurativa 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 6.5 "Obblighi")

Art. 2.5 - Le garanzie Consulto medico telefonico e invio di un medico al domicilio (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top"*)

Art. 2.5.1 - 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 non fornisce diagnosi e/o prescrizioni.

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

Art. 2.5.2 - Invio di un medico al domicilio

Quando in caso di necessità l'Assicurato richieda 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, 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. 2.6 - La garanzia Assistenza sanitaria H24 (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Art. 2.6.1 - 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

Condizioni di assicurazione

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. 2.6.2 - 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 tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di euro 500,00 per evento**.

Art. 2.6.3 - 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. 2.6.4 - Traduzione della documentazione medica

Quando, a seguito dell'erogazione della prestazione dell'articolo 2.6.2 - "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. 2.6.5 - 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, non fornisce diagnosi o prescrizioni 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.

Art. 2.6.6 - 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**.

Condizioni di assicurazione

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. 2.6.7 - Collegamento continuo con il centro ospedaliero

Quando l'Assicurato, **trovandosi in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza**, sia ricoverato in una Struttura sanitaria 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. 2.6.8 - Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, **trovandosi in viaggio all'estero**, sia ricoverato in una Struttura sanitaria 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 otto ore lavorative per evento**.

Art. 2.6.9 - Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, **trovandosi in viaggio all'estero**, necessiti di medicinali regolarmente prescrittigli e commercializzati in Italia irreperibili 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. 2.6.10 - Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, **in viaggio all'estero**, necessiti 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, **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. 2.6.11 - 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 Struttura sanitaria **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 cui 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 **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 cui costo sarà rimborsato **nel limite di euro 500,00 per evento**.

Condizioni di assicurazione

Art. 2.6.12 - 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. 2.6.13 - 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. 2.6.14 - 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. **Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione.** In alternativa, qualora l'Assicurato avesse espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa Assistenza vi provvede a proprie spese.

Art. 2.6.15 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 avverrà 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 essere richieste più di una volta per anno assicurativo.

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

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.

Condizioni di assicurazione

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 2.6.6 "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, tenendo 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 emerge 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, mentre 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, 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 emerge 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.**

Condizioni di assicurazione

■ 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 emerga 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**.

E' 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, mentre 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, **mentre 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 emerga 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 e con l'esclusione del 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 emerga 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 cui costo 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 potersi provvedere autonomamente**. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa Assistenza, mentre **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 emerga 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 e con l'esclusione degli importi relativi alle utenze domiciliari**.

Condizioni di assicurazione

■ 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, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo 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, **mentre 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. 2.6.16 - 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 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, **mentre 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 e con l'esclusione degli 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 cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.**

Condizioni di assicurazione

■ 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 cui 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, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

3. CHE COSA NON E' ASSICURATO

In questa sezione sono descritti i rischi esclusi (persone ed eventi esclusi dalla copertura) e le condizioni in presenza delle quali le coperture non sono operanti

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 3.1 - Persone non assicurabili (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Indipendentemente dalla valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo;
- tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità;
- esiti di ictus cerebrali con paralisi motorie di uno o più arti;
- esiti di patologie infiammatorie e/o infettive del sistema nervoso centrale o periferico con paralisi motorie di uno o più arti;
- esiti di poliomielite;
- malattie demielinizzanti (a scopo esemplificativo SLA, sclerosi multipla e simili);
- morbo di Parkinson;
- demenza.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso della copertura assicurativa, l'Impresa ha diritto di recedere con effetto immediato dalla ricezione della comunicazione di recesso ai sensi e per gli effetti dell'art. 1898 codice civile, comma 3.

Art. 3.2 - Rischi esclusi per tutte le garanzie (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Non sono equiparati ad Infortunio e sono quindi esclusi dalla copertura assicurativa i seguenti casi:

- a) conseguenze di operazioni chirurgiche, di accertamenti o di cure mediche non resi necessari da Infortunio;
 - b) infarto da qualsiasi causa determinato;
 - c) Rottura sottocutanea di tendini (intendendosi per tale la lacerazione totale o parziale di un tendine in assenza di un evento traumatico conseguente ad un Infortunio);
 - d) infezioni, che sono invece sempre considerate malattie, anche se pandemiche, **salvo quanto previsto all'articolo 2.1.4 "Infortuni compresi" lettera i);**
 - e) ernie, fatta eccezione per quelle addominali da Sforzo come previsto all'articolo 2.1.4 "Infortuni compresi", lettera m).
- In caso di ernia addominale da Sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, viene corrisposta una Indennità, a titolo di Invalidità permanente, pari alla somma indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.**

Questa garanzia ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di decorrenza indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Nel caso la stessa sia stata emessa senza soluzione di continuità in sostituzione di altra riguardante lo stesso Assicurato e la stessa garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni si calcola dalle ore 24:

- del giorno di decorrenza della precedente copertura assicurativa, per le somme assicurate dalla stessa;
- del giorno di decorrenza della presente Scheda tecnica di Ambito di rischio limitatamente alle maggiori somme eventualmente assicurate.

Condizioni di assicurazione

ASSISTENZA

Art. 3.3 - Rischi esclusi **per tutte le garanzie** (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

Sono escluse le prestazioni di 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 lo 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.

4. LIMITI DI COPERTURA

In questa sezione sono descritte le limitazioni di copertura, cioè i casi in cui, per espressa previsione contrattuale, la copertura non è operante per alcuni eventi.

La copertura assicurativa è prestata con l'applicazione delle Franchigie e dei Limiti di indennizzo concordati in sede di stipulazione e conseguentemente indicati nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 4.1 - Limiti di copertura **per tutte le garanzie** (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

La copertura assicurativa non vale per gli infortuni causati da:

- a) guida di veicoli o natanti a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta salvo, in quest'ultimo caso, che al momento del Sinistro abbia i requisiti necessari ad ottenere il rinnovo;
- b) uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore sia su circuiti o piste, sia in tutte le tipologie di gare, competizioni e relative prove, salvo che si tratti di Gare di regolarità pura;
- c) guida di aeromobili in genere, di apparecchi per il Volo da Diporto o Sportivo (ad esempio: deltaplani, parapendio, ultraleggeri, ecc);
- d) uso come passeggero di:
 - d1) aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - d2) aeromobili di aeroclubs;
 - d3) apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- e) pratica dei seguenti sport:
 - e1) arti marziali, atletica pesante, arrampicata libera comunque effettuata, guidoslitta (bob), kayak, canoa fluviale, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, alpinismo con scalate di roccia o ghiaccio di grado superiore al terzo della scala UIAA o di grado equivalente, sci/snowboard alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere;
 - e2) sport estremi, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, base jumping, bungee jumping, downhill, rafting, torrentismo, hydrospeed, snowrafting, sci/snowboard estremo, sci/snowboard acrobatico, free climbing nella versione "free solo", regate transoceaniche in solitaria, canyoning, skeleton, kitesurf;
- f) pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti Remunerazione diretta o indiretta;
- g) Ubriachezza, uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci o, in caso di uso terapeutico, assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco o comunque alterazioni psichiche volontariamente procuratesi;
- h) partecipazione a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato, fatta eccezione per gli infortuni sofferti in conseguenza di imprudenze o negligenze anche gravi dell'Assicurato;
- i) insurrezione o guerra di qualsiasi natura, dichiarata o non, ivi incluse a titolo esemplificativo e non limitativo: guerre internazionali o civili, invasioni, atti di nemici stranieri, ostilità e azioni belliche, salvo quanto stabilito all'articolo 2.1.4 "Infortuni compresi", lettera e). E' sempre escluso l'Infortunio derivante dai suddetti eventi che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino;
- j) partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o per il richiamo al servizio militare per mobilitazione o motivi di carattere eccezionale;
- k) reazione nucleare, radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dalle cause che le hanno generate, salvo che non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato stesso per terapie mediche.

Condizioni di assicurazione

Art. 4.2 - Esclusione conflitti a fuoco e cause di servizio (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top" se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)

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 nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

ASSISTENZA

Art. 4.3 - Limiti di copertura per tutte le garanzie (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" e "Top")

E' 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 richiede l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione;
- 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;**

Condizioni di assicurazione

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.

5. VALIDITA' TERRITORIALE DELLA COPERTURA

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 5.1 - Validità territoriale (*Valido per la Soluzione "Essential", esclusa la garanzia di Assistenza*)

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo.

Art. 5.2 - Validità territoriale (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top", esclusa la garanzia di Assistenza*)

La copertura assicurativa è valida in tutto il mondo, **fatta eccezione per la garanzia Inabilità temporanea, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.**

Per questa garanzia la copertura assicurativa è limitata agli infortuni subiti entro i confini degli stati europei e di quelli africani e asiatici che si affacciano sul Mar Mediterraneo.

Per gli infortuni occorsi al di fuori di questi stati, la prestazione della garanzia Inabilità temporanea viene riconosciuta limitatamente ai giorni di eventuale Ricovero ospedaliero. Tale limitazione cessa a partire dal giorno di rientro entro i confini degli stati sopra citati.

ASSISTENZA

Art. 5.3 - Validità territoriale (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", esclusivamente per la garanzia Assistenza*)

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 Polizza, al momento della richiesta di attivazione di assistenza risultano 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/.

6. OBBLIGHI DELLE PARTI IN CASO DI SINISTRO

In questa Sezione sono regolati gli adempimenti e le attività poste a carico delle Parti al verificarsi di un Sinistro al fine di consentire l'erogazione dell'Indennizzo o della prestazione assicurativa e, dunque, le modalità e i tempi per la denuncia del Sinistro, le modalità di determinazione dei danni e i tempi di adempimento o liquidazione.

Restano ferme, anche in relazione alla gestione e liquidazione dei Sinistri, le disposizioni del "Regolamento Ultra", richiamato all'articolo 1.2, applicabili ai casi in cui il Sinistro dovesse essere denunciato in vigenza di una edizione successiva alla presente.

PROTEZIONE PER INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO

Art. 6.1 - Obblighi (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

In caso di Sinistro, il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve presentare denuncia formale all'Impresa o al proprio intermediario assicurativo, entro 5 giorni da quello in cui l'Infortunio si è verificato o da quando ne ha avuto conoscenza.

La denuncia **deve**:

- riportare l'indicazione del luogo, giorno e ora dell'evento;

Condizioni di assicurazione

- indicare le cause che lo hanno determinato;
- essere corredata da certificato medico attestante l'entità e la sede delle lesioni.

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

L'Assicurato **deve** inoltre:

- **fornire** copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- **inviare** successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni che devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e trasmessi all'Impresa.
Con esclusivo riferimento alla garanzia Inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non abbia inviato i successivi certificati medici la liquidazione dell'Indennità viene fatta considerando data di guarigione quella risultante nell'ultimo certificato inviato, a meno che l'Impresa possa stabilire una data anteriore;
- **sottoporsi** agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa;
- **fornire** alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Con riferimento alla garanzia Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 60%, se richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, in caso di accertamento di una Invalidità permanente superiore o uguale al 60%, **l'Assicurato è tenuto ad inviare:**

- **ad ogni scadenza annuale il certificato di esistenza in vita, in carta semplice, rilasciato dall'anagrafe;**
- **ad ogni scadenza infra-annuale, eventualmente pattuita, un'autodichiarazione di esistenza in vita.**

In caso di pagamenti dell'Indennità mensilmente pattuita che dovessero, successivamente, risultare non dovuti a seguito di decesso dell'Assicurato, **l'Impresa si riserva il diritto di richiedere al Contraente - se diverso dall'Assicurato - o ai suoi eredi legittimi la restituzione di tali somme e questi sono obbligati a rimborsare quanto dovuto all'Impresa.**

Le spese di cura e quelle relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato, a meno che siano espressamente comprese nelle Condizioni di assicurazione.

Nel caso in cui durante il periodo di cura sopravvenga la morte dell'Assicurato, **il Contraente - se diverso dall'Assicurato - o i suoi eredi legittimi o i Beneficiari devono:**

- **dare** immediato avviso all'Impresa;
- **fornire** il certificato di morte dell'Assicurato;
- **assolvere** agli adempimenti sopra indicati;
- **fornire** l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Art. 6.2 - Termini per l'indennizzo (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

L'Impresa, verificata l'operatività della garanzia, dopo aver ricevuto la necessaria documentazione e aver effettuato gli accertamenti del caso, entro 30 giorni determina l'Indennizzo che risulti dovuto all'Assicurato e provvede al pagamento dello stesso.

Entro lo stesso termine l'Impresa comunica eventuali circostanze ostative alla corresponsione dell'Indennizzo.

In tutti i casi in cui sia prevista la corresponsione dell'Indennizzo per Invalidità permanente sotto forma di capitale e si verifica il decesso dell'Assicurato:

- a) se il decesso avviene per qualsiasi causa prima che l'Impresa abbia potuto effettuare l'accertamento del grado di Invalidità permanente, gli eredi **devono fornire:**
- la documentazione medica indicata all'articolo 6.1 "Obblighi";
 - il certificato di morte dell'Assicurato;
 - l'atto notorio attestante la qualifica di eredi.

Una volta acquisita la documentazione sopra indicata l'Impresa:

- provvede alla valutazione dell'Invalidità permanente secondo i criteri indicati all'articolo 2.3.2 "Accertamento del grado di invalidità permanente da infortunio" in base alla documentazione medica disponibile;
- s'impegna a comunicare agli eredi l'esito della valutazione del Sinistro entro 60 giorni dal ricevimento della documentazione di cui sopra.

Nel caso l'Indennizzo venga ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto** la dichiarazione di successione in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio;

- b) se il decesso avviene per qualsiasi causa dopo che l'Indennizzo sia stato ufficialmente offerto o quantificato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi l'importo quantificato od offerto dopo che essi **hanno prodotto:**
- il certificato di morte dell'Assicurato;
 - l'atto notorio attestante la qualifica di eredi;

Condizioni di assicurazione

- la dichiarazione di successione in cui risulti vantato tra i crediti del deceduto anche l'Indennizzo spettante per la prestazione Invalidità permanente da infortunio;
- c) quanto disciplinato ai punti a) e b) del presente articolo non trova applicazione nel caso in cui il decesso dell'Assicurato avvenga in conseguenza diretta ed esclusiva dell'Infortunio denunciato e sia operativa per l'Assicurato la garanzia Morte. In tal caso l'Impresa liquida ai Beneficiari unicamente la Somma assicurata per il caso Morte.

Quanto previsto dal presente articolo, limitatamente ai punti a), b) e c), non si applica alla garanzia dell'articolo 2.4.1 "Assegno mensile per massimo 10 anni per Invalidità permanente maggiore o uguale a 60%", salvo il caso di liquidazione del capitale aggiuntivo.

La valutazione dell'Invalidità permanente e la corresponsione del relativo Indennizzo viene effettuata in Italia e in euro.

Art. 6.3 - Anticipo sull'indennizzo per Invalidità permanente da infortunio (Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top")

L'Assicurato può richiedere all'Impresa di corrispondergli un anticipo sull'Indennizzo per Invalidità permanente nel caso di Infortunio il cui grado di invalidità possa essere stimato dall'Impresa in misura non inferiore al 20%.

L'anticipo corrisposto è pari al 50% del presumibile Indennizzo e viene conguagliato in sede di definitiva liquidazione del Sinistro.

Quanto sopra non costituisce impegno dell'Impresa circa il grado percentuale definitivo di Invalidità permanente da liquidarsi.

L'obbligo dell'Impresa sorge comunque non prima che siano trascorsi 180 giorni dalla data di accadimento dell'Infortunio.

Art. 6.4 - Procedura per la valutazione del danno (Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top")

L'ammontare del danno è concordato direttamente dall'Impresa o da un consulente medico da questa incaricato con l'Assicurato o persona da lui designata.

In caso di controversie di natura medico legale sull'ammontare offerto a titolo di Indennizzo o sull'indennizzabilità del Sinistro le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio composto da tre medici, fermo restando il diritto di ricorrere all'autorità giudiziaria.

Ogni parte nomina il proprio rappresentante, mentre il terzo sarà nominato di comune accordo da questi o dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il Collegio.

Il Collegio dei Medici definisce se ed in quale misura è dovuto l'Indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di Polizza.

Il Collegio dei Medici risiede nel Comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

Le decisioni del Collegio dei Medici sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio dei Medici sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale stesso.

ASSISTENZA

Art. 6.5 - Obblighi

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

- numero verde 800 88 55 00 dall'Italia
- numero +39 02.89.040.764 (anche per le chiamate dall'estero)

indicando con precisione:

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

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)

Condizioni di assicurazione

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

Inoltre, per facilitare la pratica di rimborso, si ricorda di:

- 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 codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico ed il proprio codice fiscale.

7. PREMIO

Art. 7.1 - Pagamento del premio

Il Premio deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto. E' possibile chiedere il frazionamento mensile, trimestrale, semestrale con una maggiorazione del Premio, rispettivamente del 5,6%, 5% e 3%. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze di frazionamento stabilite.

Il Premio può essere pagato tramite:

1. assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati all'Impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

Nel caso di **frazionamento mensile** il Premio assicurativo viene versato **esclusivamente con procedura SDD o addebito su carta di credito**, secondo le seguenti modalità:

■ **Procedura SDD**

Per la prima rata di Premio valgono le modalità sopra indicate.

Dalla seconda rata in poi, il Premio viene corrisposto mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Per attivare tale procedura il Contraente deve autorizzare l'Impresa ad addebitare i Premi sul rapporto di conto corrente intrattenuto con la propria banca, i cui estremi vengono comunicati all'Impresa con la sottoscrizione di apposita delega SDD.

■ **Addebito su carta di credito**

Per il primo pagamento il Contraente deve utilizzare esclusivamente la carta di credito necessaria anche per attivare il pagamento ricorrente. Dal secondo pagamento in poi, il Contraente deve autorizzare l'Impresa a richiedere, di volta in volta e salvo buon fine, il corrispettivo dovuto in base alle coperture sottoscritte con il presente contratto sulla carta di credito utilizzata per effettuare il primo pagamento.

Il Premio è comprensivo delle imposte.

Art. 7.2 - Adeguamento automatico annuale *(Valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio)*

Le Somme/massimali assicurati, i Limiti di indennizzo (non espressi in percentuale) e **il Premio**, previsti nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, **sono aumentati del 2,5% ad ogni rinnovo annuale o, in alternativa**, della percentuale - **solo se superiore - calcolata rapportando** l'"indice ISTAT di riferimento annuale" (relativo al quarto mese che precede il mese in cui scade la rata annuale di Premio) all'"indice ISTAT mensile" immediatamente precedente ("indice dei prezzi al consumo per famiglie di operai ed impiegati" pubblicato dall'ISTAT). **Se l'indice ISTAT non è disponibile, l'Impresa può utilizzare un indice equivalente** ma deve avvisare il Contraente.

Si precisa che sono esclusi da tale adeguamento le Franchigie eventualmente previste ed indicate nella suddetta Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Art. 7.3 - Ridefinizione del premio per età

Il Premio indicato nella Scheda tecnica di Ambito - con esclusione di quello relativo alla garanzia Assistenza - viene rideterminato ad ogni scadenza annua, in funzione del crescere dell'età dell'Assicurato, come riportato nella Scheda stessa alla "Tabella premi imponibili annui".

Qualora sia richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio l'articolo 7.2 "Adeguamento automatico annuale" i premi riportati nella tabella sopra indicata si adegueranno in base alle regole indicate nel suddetto articolo.

Art. 7.4 - Rimborso del premio in caso di recesso per sinistro

Nell'ipotesi in cui l'Impresa eserciti, ove consentito, il diritto di recesso per Sinistro previsto all'articolo 8.4 "Recesso in caso di Sinistro" l'Impresa stessa rimborsa, al netto delle imposte, la parte di Premio pagata relativa al periodo assicurativo non trascorso e non goduto.

Condizioni di assicurazione

8. DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA, DISDETTA E RECESSO

Art. 8.1a - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido nel caso di frazionamento diverso da mensile)*

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio **se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

I Premi devono essere pagati all'agenzia alla quale è assegnata la copertura assicurativa oppure all'Impresa e sono dovuti per intero anche se sono frazionati in più rate. **Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successivi, la copertura assicurativa, a parziale deroga della disciplina dell'art.1901 codice civile, resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento,** fermi le successive scadenze e il diritto dell'Impresa al pagamento dei premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 codice civile.

Art. 8.1b - Decorrenza della copertura assicurativa e pagamento del premio *(Valido solo nel caso di pagamento del premio mediante procedura SDD o carta di credito e frazionamento mensile)*

La copertura assicurativa ha effetto dalle ore 24 del giorno di decorrenza indicato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio **se il Premio è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.**

Qualora sia stata concordata la domiciliazione mensile dei pagamenti mediante addebito in conto corrente o su carta di credito, **la domiciliazione degli addebiti si applica ai pagamenti successivi al primo ed in caso di variazione o cessazione dei rapporti di addebito il Contraente è tenuto a darne immediato avviso all'Impresa.**

Il Premio è dovuto per l'intera annualità e pertanto, in caso di mancato pagamento di una singola mensilità, l'importo della stessa viene riaddebitato su quella immediatamente successiva e la copertura assicurativa continua a produrre i propri effetti.

Diversamente **la copertura assicurativa resta sospesa:**

- dalle ore 24 del 30° giorno successivo a quello della scadenza della seconda mensilità, nel caso di mancato pagamento di due mensilità consecutive;
- dalle ore 24 della prima scadenza mensile successiva all'omesso avviso del Contraente, in tutti i casi di variazione o cessazione del rapporto di conto corrente o al venir meno del rapporto contrattuale che disciplina l'uso della carta di credito, salvo che l'addebito, in questo ultimo caso, venga autorizzato su eventuali altre carte di credito che dovessero essere emesse dallo stesso gestore della carta di credito in sostituzione della carta utilizzata per effettuare il primo pagamento.

In entrambi i casi di sospensione la copertura assicurativa produce nuovamente i propri effetti dalle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga direttamente presso l'Agenzia tutte le mensilità scadute e non pagate, nonché la parte del Premio residuo a completamento dell'annualità; **dalla scadenza dell'annualità assicurativa il rapporto contrattuale dovrà intendersi comunque risolto nei termini descritti dal "Regolamento Ultra", richiamato all'articolo 1.2.**

Art. 8.2a - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata inferiore a 2 anni)*

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In mancanza di disdetta di una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura di durata non inferiore a un anno è prorogata per un anno e così successivamente.

In caso di domiciliazione periodica dei pagamenti su conto corrente o carta di credito, l'invio di lettera di disdetta da una delle parti comporta la revoca da parte dell'Impresa della delega di addebito sul rapporto di pagamento comunicato dal Contraente.

Art. 8.2b - Tacito rinnovo *(Valido solo in caso di durata pari o superiore a 2 anni)*

La copertura assicurativa scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio.

In mancanza di disdetta di una delle parti, inviata mediante lettera raccomandata almeno 15 giorni prima della scadenza, la copertura è prorogata per un anno e così successivamente.

Qualora sia stata prevista una riduzione di Premio per poliennalità di cui all'art. 1899 codice civile, all'Assicurato -in caso di durata inferiore ai cinque anni- non è riconosciuta la facoltà di recesso dal contratto prima della scadenza indicata sulla suddetta scheda tecnica. **In caso, invece, di durata superiore ai cinque anni, al solo Assicurato è riconosciuta la facoltà di recedere dal contratto a partire dalla fine del quinquennio -a mezzo lettera raccomandata- con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza del quinto anno o di ogni singola annualità successiva qualora eserciti tale facoltà negli anni successivi al quinto.**

Qualora non sia stata prevista alcuna riduzione di Premio per poliennalità, al solo Assicurato è attribuita la facoltà di recedere dal contratto alla scadenza di ogni annualità, sempre a mezzo lettera raccomandata e con preavviso di 15 giorni rispetto alla scadenza annuale.

Condizioni di assicurazione

Art. 8.3 - Deroga del tacito rinnovo (*Selezionabile, valida ed operante solo se espressamente richiamata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 8.2a o 8.2b "Tacito rinnovo", la presente copertura assicurativa **non verrà tacitamente rinnovata** alla sua naturale scadenza e pertanto **cesserà alla sua naturale scadenza**, senza necessità di invio di disdetta. In tal caso non si applicherà il periodo di tolleranza successivo alla scadenza previsto dall'art. 1901 codice civile.

Art. 8.4 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni Sinistro regolarmente denunciato nei termini contrattualmente stabiliti e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o di rifiuto dell'Indennizzo, **l'Impresa ha diritto di recedere dalla presente copertura assicurativa con preavviso di 30 giorni, fermo restando quanto previsto dal "Regolamento Ultra", richiamato all'articolo 1.2.** Nel caso di frazionamento mensile del Premio, il recesso ha effetto alla scadenza della prima mensilità di Premio successiva al suddetto preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa all'Assicurato e al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell' art. 3 D.Lgs. 206/2005.

Resta inteso che **la riscossione dei Premi venuti a scadenza dopo la denuncia del Sinistro, o qualsivoglia altro atto dell'Impresa, non può essere interpretato come rinuncia dell'Impresa stessa ad avvalersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.**

9. ULTERIORI DISPOSIZIONI

Art. 9.1 - Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

A parziale deroga di quanto disciplinato nelle Condizioni di assicurazione, il Beneficiario delle Somme assicurate indicate per le garanzie:

- *Invalidità permanente da Infortunio*
- *Morte da Infortunio*
- *Inabilità temporanea*

se richiamate nella Scheda tecnica di Ambito di rischio, deve intendersi la Ditta Contraente.

La copertura assicurativa è stipulata dalla Ditta Contraente per coprirsi, nei limiti e alle condizioni concordate, del danno economico che ad essa possa derivare da sinistri subiti dalla persona assicurata nella presente Scheda tecnica di Ambito di rischio.

Pertanto si conviene che:

- i rapporti fra l'Impresa e la persona danneggiata si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del Sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti della Contraente;
- le indennità liquidate in base alle Condizioni di assicurazione verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto dell'Assicurato o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il Sinistro o per la presente copertura assicurativa.

L'Assicurato, con la sottoscrizione di questa Condizione di assicurazione, manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra convenuto.

Art. 9.2 - Liquidazione della somma assicurata ai beneficiari in caso di Morte da infortunio (*Valido per le Soluzioni "Plus", "Premium" o "Top", se richiamato nella Scheda tecnica di Ambito di rischio*)

L'Assicurato, con la sottoscrizione della presente Condizione di assicurazione, manifesta il suo esplicito consenso affinché la Somma assicurata per il caso Morte da Infortunio venga liquidato ai Beneficiari.

Art. 9.3 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa** ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 codice civile.

Art. 9.4 - Cambiamento delle attività professionali assicurate (*Valido per le Soluzioni "Essential", "Plus", "Premium" o "Top"*)

Il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di comunicare immediatamente all'Impresa il cambiamento dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito che si verifichi nel corso della copertura assicurativa.

Se il cambiamento dell'Attività professionale:

- Invalidità permanente da infortunio

Condizioni di assicurazione

- non implica aggravamento di rischio, la copertura assicurativa per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione;
 - **implica aggravamento di rischio, l'Impresa può chiedere l'adeguamento delle condizioni in essere mediante emissione di un nuova Scheda di Ambito di rischio, in sostituzione di quella in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta oppure può recedere dalla copertura assicurativa, ai sensi dell'art. 1898 codice civile.**
- Tuttavia, se il Contraente o l'Assicurato non dà comunicazione all'Impresa del cambiamento nel corso della copertura assicurativa delle attività professionali dichiarate, **in caso di Infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:**
- l'Indennizzo viene corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
 - **l'Indennizzo viene corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di Indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio**

Attività svolte al momento del Sinistro	Classe	Attività dichiarate			
		1	2	3	4
	1	100%	100%	100%	100%
	2	70%	100%	100%	100%
	3	50%	75%	100%	100%
	4	30%	60%	80%	100%

- **nessun Indennizzo viene corrisposto se la diversa attività rientra tra le seguenti:**
 - Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
 - Attività circense
 - Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
 - Collaudatore di veicoli/Istruttore di guida sportiva
 - Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
 - Fantino/Driver (trotto)
 - Guardia del corpo/Buttafuori
 - Guida alpina
 - Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Hydrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci - Snowboard acrobatico / Sci - Snowboard alpinismo / Slittino / Volo
 - Istruttore di corsi di sopravvivenza
 - Palombaro/Sommozzatore/Sub professionista
 - Speleologo
 - Sportivi professionisti/semiprofessionisti.

Per determinare il livello di rischio dell'Attività professionale dichiarata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio rispetto a quella effettivamente svolta al momento del Sinistro, si fa riferimento alla specifica "Classificazione delle attività professionali" riportata nella sezione Allegati delle presenti Condizioni di assicurazione.

In caso di Attività professionale eventualmente non specificata in tale classificazione, si utilizzano criteri di equivalenza e/o analogia a una delle attività elencate.

Art. 9.5 - Rinuncia al diritto di surrogazione

L'Impresa rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi diritto, all'azione di surrogazione di cui all'art. 1916 codice civile verso i terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 9.6 - Altre coperture assicurative presso altri assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato devono **comunicare per iscritto all'Impresa** l'esistenza o la successiva stipulazione di altre coperture assicurative per lo stesso rischio.

Art. 9.7 - Altre coperture di Assistenza con l'Impresa

Nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta, si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di cui alle presenti Condizioni di assicurazione.

Art. 9.8 - Aggravamento del rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare **comunicazione scritta all'Impresa** di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa.**

Art. 9.9 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio l'Impresa è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Condizioni di assicurazione

Art. 9.10 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi alla Polizza sono a carico del Contraente.

Art. 9.11 - Misure restrittive (Sanctions Limitations Exclusion Clause)

Nessun assicuratore è tenuto a fornire la copertura, e nessun assicuratore è tenuto a prestare beneficio conseguente o a pagare alcuna pretesa, nella misura in cui la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporre l'assicuratore stesso a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione ai sensi delle risoluzioni delle Nazioni Unite ovvero sanzioni economiche o commerciali, legislative o regolamentari dell'Unione Europea, degli Stati Uniti d'America, del Regno Unito di Gran Bretagna, dell'Area Economica Europea.

Art. 9.12 - Clausola broker *(Selezionabile, valido ed operante solo se espressamente richiamato nella Polizza)*

La gestione della presente copertura assicurativa è affidata alla società di brokeraggio indicata nella Scheda tecnica di Ambito di rischio. Di conseguenza tutti i rapporti inerenti la copertura saranno svolti per conto del Contraente dalla suddetta società di brokeraggio.

Art. 9.13 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui espressamente regolato, vale la legge italiana.

Condizioni di assicurazione

ALLEGATI

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE - Tabella A

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla Somma assicurata per Invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità che va accertato facendo riferimento ai valori sotto elencati.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
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%
- la falange ungueale del pollice	9%	8%
- una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Anchilosi della scapolo-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%
Perdita totale, anatomica o funzionale, di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
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	10%	
Anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto-astragalica	15%	
Paralisi completa dello sciatico-popliteo esterno	15%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Sordità completa di un orecchio	10%	
Sordità completa di entrambi gli orecchi	40%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielico-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 trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Perdita anatomica di un rene	15%	

Condizioni di assicurazione

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
Perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica		8%

Condizioni di assicurazione

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE - Tabella B (INAIL), Allegato n. 1 al Regolamento per l'esecuzione del D.P.R. 30/6/65 n. 1124

L'Indennità per Invalidità permanente parziale - ferme le franchigie e i criteri di corresponsione operanti - viene calcolata sulla Somma assicurata per Invalidità permanente totale in base alle percentuali previste dalla "Tabella INAIL" di cui al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124, riportata qui di seguito, con rinuncia da parte dell'Impresa all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla precitata legge.

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
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 applicazioni di protesi		40%
Altre menomazioni della facoltà visiva (vedere 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 della frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione dei movimenti del braccio		5%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola	50%	40%
Anchilosi completa dell'articolazione scapolo-omerale con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola	40%	30%
Perdita del braccio:		
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85%	75%
b) per amputazione al terzo superiore	80%	70%
Perdita:		
- del braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75%	65%
- dell'avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70%	60%
- di tutte le dita della mano	65%	55%
- del pollice e del primo metacarpo	35%	30%
- totale del pollice	28%	23%
- totale dell'indice	15%	13%
- totale del medio		12%
- totale dell'anulare		8%
- totale del mignolo		12%
- della falange ungueale del pollice	15%	12%
- della falange ungueale dell'indice	7%	6%
- della falange ungueale del medio		5%
- della falange ungueale dell'anulare		3%
- della falange ungueale del mignolo		5%
- delle due ultime falangi dell'indice	11%	9%
- delle due ultime falangi del medio		8%
- delle due ultime falangi dell'anulare		6%
- delle due ultime falangi del mignolo		8%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito con angolazione tra 110° e 75°:		
a) in semipronazione	30%	25%
b) in pronazione	35%	30%
c) in supinazione	45%	40%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25%	20%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in flessione massima o quasi	55%	50%
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		

Condizioni di assicurazione

Descrizione	Percentuale	
	des	sin
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpica in estensione rettilinea	18%	15%
Se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:		
a) in semipronazione	22%	18%
b) in pronazione	25%	22%
c) in supinazione	35%	30%
Anchilosi completa coxo-femorale con arto in estensione e in posizione favorevole	45%	
Perdita totale di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi	80%	
Perdita di una coscia in qualsiasi altro punto	70%	
Perdita totale di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	65%	
Perdita di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato	55%	
Perdita di una gamba al terzo inferiore o di un piede	50%	
Perdita dell'avampiede alla linea tarso-metatarso	30%	
Perdita dell'alluce e corrispondente metatarso	16%	
Perdita totale del solo alluce	7%	
Per la perdita di ogni altro dito di un piede non si dà luogo ad alcuna Indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il	3%	
Anchilosi completa rettilinea del ginocchio	35%	
Anchilosi tibio-tarsica ad angolo retto	20%	
Semplice accorciamento di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri	11%	

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

- 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 in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di Invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di 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:

Condizioni di assicurazione

di 10/10, 9/10, 8/10	di 7/10	di 6/10	di 5/10	di 4/10	di 3/10	inferiore a 3/10
15%	18%	21%	24%	28%	32%	35%

- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.

Condizioni di assicurazione

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Rischi di categoria 1

- Affittacamere - Agente/promotore/operatore turistico - Architetto solo in studio
- Botanico
- Casalinga - Cassiere - Commercialista/perito commerciale
- Dirigente senza lavoro manuale (esclusa azienda agricola)
- Enologo - Estetista
- Farmacia (titolare/addetto)
- Geometra solo in studio . Giornalista occupato solo in ufficio
- Impiegato amministrativo/tecnico con mansioni solo all'interno e senza lavoro manuale - Ingegnere solo in studio - Insegnante scolastico senza uso di palestra o laboratorio
- Logopedista
- Magistrato
- Notaio
- Parrucchiere - Perito elettronico - Perito ottico
- Studente

Rischi di categoria 2

- Accompagnatore/Guida turistica - Agricoltore proprietario o affittuario senza lavoro manuale - Allevatore proprietario senza lavoro manuale - Architetto che accede anche ad ambienti di lavoro - Avvocato
- Benestante senza altra attività professionale
- Cameriere - Chimico escluso il trattamento di sostanze radioattive ed esplosive - Commerciante che si dedica anche alla vendita senza carico e scarico merci e senza uso di macchine - Corniciaio
- Dirigente con lavoro manuale (esclusa azienda agricola)
- Elettricista senza accesso a ponti e a impalcature
- Fisico escluso il trattamento di sostanze radioattive ed esplosive - Fisioterapista - Fotografo
- Gelataio - Geologo - Geometra che accede anche ad ambienti di lavoro - Giornalista occupato anche all'esterno
- Idraulico senza accesso a ponti o impalcature - Impiegato amministrativo/tecnico con mansioni anche all'esterno o lavoro manuale - Infermiere - Ingegnere che accede anche ad ambienti di lavoro - Insegnante scolastico con uso di palestra o laboratorio - Istruttore di scuola guida
- Laccatore/verniciatore senza accesso a ponti e impalcature
- Massaggiatore - Mediatore di bestiame - Medico
- Odontotecnico - Orologiaio - Ostetrica - Ottico
- Pensionato - Perito Agrario - Perito danni di assicurazione - Perito elettromeccanico - Perito industriale - Perito tessile
- Radiotecnico senza collocamento di antenne su tetti
- Sarto
- Tappezziere senza uso di scale, ponti e impalcature - Tipografo
- Veterinario - Vetrinista

Condizioni di assicurazione

Rischi di categoria 3

- Addobbatore di scena senza accesso a ponti o impalcature - Agricoltore proprietario o affittuario con lavoro manuale - Archeologo - Autista (trasporto pubblico o noleggio) - Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro senza carico e scarico escluso trasporto di esplosivi e merci pericolose
- Bracciante/salariato agricolo/Raccoglitore di frutta e ortaggi
- Carpenterie - Carrozziere - Commerciante che si dedica anche alla vendita con carico e scarico merci o uso di macchine
- Dirigente di azienda agricola con lavoro manuale
- Elettrauto - Elettricista con accesso a ponti o impalcature - Esattore
- Fornaio - Facchino
- Gommista
- Idraulico con accesso a ponti o impalcature - Imbianchino senza accesso a ponti o impalcature
- Laccatore/verniciatore con accesso a ponti o impalcature - Lattoniere senza uso di macchine utensili e senza accesso a ponti e impalcature
- Magazziniere escluso trattamento di esplosivi e merci pericolose - Magliaino - Marmista senza uso di macchine utensili - Meccanico - Mugnaio - Muratore senza accesso a ponti o impalcature
- Nettezza urbana (addetto)
- Orticoltore
- Pasticciere - Pellicciaio - Pizzaiolo - Portavalori - Pozzi neri e spurgo (addetto)
- Raccoglitore di frutta o ortaggi
- Tappezziere con uso di scale, ponti o impalcature - Trattorista
- Vetraio

Rischi di categoria 4

- Addobbatore di scena con accesso a ponti o impalcature - Allevatore addetto o proprietario con lavoro manuale - Antennista - Autotrasportatore/autista di autocarro/autotreno/motocarro con carico e scarico escluso trasporto di esplosivi e merci pericolose
- Boscaiolo
- Falegname - Motorista su navi non militari
- Giardino zoologico (addetto)
- Imbianchino con accesso a ponti o impalcature - Istruttore/allenatore di equitazione
- Lattoniere con uso di macchine utensili o accesso a ponti o impalcature
- Marmista con uso di macchine utensili - Muratore con accesso a ponti o impalcature
- Scaricatore/caricatore di merci non pericolose - Stalliere/artiere
- Tornitore
- Vigile del fuoco anche con mansioni operative (non sommozzatore)

