



Contratto di Assicurazione infortuni e malattia/**Ad Personam**

Il presente Fascicolo informativo contenente la Nota informativa, le Condizioni di assicurazione e il Modulo di proposta deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Contratto di Assicurazione infortuni e malattia/**Ad Personam**



NOTA INFORMATIVA

Ad Personam/Mod. X0403.0 Edizione 2/2009

Assicurazione infortuni e malattia/Ad Personam

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP (ora IVASS), ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

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

A . INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Il contratto è concluso con Assicuratrice Val Piave S.p.A., sede legale in Belluno - Italia - Via Ippolito Caffi, 83
Telefono 0437.938611 - www.valpiave.it – e-mail: valpiave@gruppoitas.it - assicuratricevalpiave@pec.it
Assicuratrice Val Piave S.p.A. è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n° 4617 del 10.10.1962 (G.U. n° 51 del 22/02/63), è iscritta all'albo IVASS delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n° 1.00030 e fa parte del Gruppo ITAS Assicurazioni, iscritto al n° 010 dell'apposito albo IVASS.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto ammonta a 28,0 milioni di euro, di cui 7 milioni di euro relativi al capitale sociale e 21 milioni di euro relativi alle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità di Assicuratrice Val Piave Spa è pari al 253%, e rappresenta il rapporto tra i fondi propri ed il requisito di capitale regolamentare valutati secondo le regole Solvency II.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2017.

B . INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto può essere stipulato con tacito rinnovo o a scadenza automatica, a scelta del Contraente/Assicurato. La scelta effettuata risulta chiaramente indicata sul frontespizio del contratto.

AVVERTENZA

Se il contratto è stipulato **con tacito rinnovo**, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione di durata inferiore ad un anno è prorogata per un anno e così successivamente (art. 44).

Se il contratto è stipulato **senza tacito rinnovo** (cioè **a scadenza automatica**), lo stesso cessa alle ore 24 del giorno della scadenza, senza necessità di disdetta.

3 . Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto copre gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento della propria attività professionale e/o extraprofessionale (art. 1).

Le garanzie assicurabili sono:

- Morte da infortunio standard
- Morte da infortunio plus
- Invalidità permanente da infortunio standard
- Invalidità permanente da infortunio plus
- Inabilità temporanea da infortunio
- Indennità da ingessatura
- Rimborso spese mediche conseguenti ad infortunio
- Invalidità permanente da malattia
- Indennità da ricovero per infortunio
- Diaria da ricovero per infortunio e/o malattia
- Indennità da convalescenza per infortunio e/o malattia

AVVERTENZA

Relativamente a ciascuna garanzia infortuni e/o malattia sono previste alcune esclusioni alle coperture assicurative, elencate nel seguente articolo del Fascicolo delle Condizioni:

Art. 30 – Esclusioni relative alle garanzie infortuni e malattia

AVVERTENZA

Qualora siano previsti franchigie, scoperti e/o limiti di indennizzo, gli stessi vengono riportati nella tabella seguente relativamente alle singole garanzie alle quali si riferiscono:

Art.	Garanzia prestata	Operatività	Franchigia (in €, in %, in giorni per ogni sinistro)	Scoperto (in €, o in % per ogni sinistro)	Limite di indennizzo (in €, o giorni per sinistro ed anno assicurativo)
8\9	Invalità permanente da infortunio standard	Obbligatoria	Franchigia relativa fino a IP pari al 20%. Le franchigie sono così strutturate: 3% fino a 200.000; 5% da 200.000 € a 350.000 10% oltre 350.000 Valutazione della percentuale di invalidità permanente secondo tabelle INAIL		
8\9	Invalità permanente da infortunio plus	A scelta dell'assicurato	Franchigia relativa del 10% fino a postumi di invalidità del 25%. Meccanismo di raddoppio e quadruplico per invalidità superiori al 25%. Valutazione della percentuale di invalidità permanente secondo tabelle INAIL		
10\11	Inabilità temporanea da infortunio	A scelta dell'assicurato	Franchigia fissa di 5 giorni fino a 30 €; Franchigia fissa di 7 giorni da 31€ a 60€; Franchigia fissa di 14 giorni oltre 60€ Franchigia fissa di 10 giorni per lesioni muscolari e tendinee.		La diaria viene corrisposta in forma integrale o parziale per un massimo di 365 giorni. 30 giorni
12	Diaria da ingessatura Mezzi di osteosintesi	A scelta dell'assicurato			La diaria viene corrisposta per un massimo di 40 giorni. 1% del massimale con il massimo di 2.500,00 €
13\14	Rimborso spese di cura da infortunio	A scelta dell'assicurato	100,00 €	20%	90 giorni per trattamenti di cui alla lett. b)
21\22	Invalità permanente da malattia	A scelta dell'assicurato	Franchigia fissa del 25%		Somma assicurata prevista in polizza in base alle percentuali riportate nella tabella.
23\24	Indennità da ricovero da infortunio e malattia	A scelta dell'assicurato			Indennità giornaliera corrisposta per un massimo di 300 giorni; in caso di parto 7 giorni
25	Indennità da convalescenza base a seguito di infortunio e/o malattia	A scelta dell'assicurato	3 giorni di ricovero o intervento chirurgico		50% della indennità prevista per il ricovero corrisposta per una durata pari al ricovero nel limite di 180 giorni; per convalescenza a seguito di day hospital limite di 10 giorni

27	Indennità da convalescenza estesa a seguito di infortunio e/o malattia	A scelta dell'assicurato	3 giorni di ricovero o intervento chirurgico		Indennità prevista per il ricovero corrisposta nel limite di 60 giorni; per convalescenza a seguito di day hospital limite di 10 giorni
28\29	Indennità da ricovero a seguito di infortunio	A scelta dell'assicurato	3 giorni per degenze in day hospital		Indennità corrisposta per un massimo di 300 giorni
16	Danni estetici	Sempre operante			2.500,00 €
17	Anticipo indennizzo	Sempre operante	tre mesi dall'infortunio		In caso di IP superiori al 25% viene corrisposto 50% della presunta invalidità
18	Rimborso spese per assistenza infermieristica e collaborazioni domestiche	Sempre operante			In caso di IP superiori al 25% con il massimo di 2.500,00 € nei primi 6 mesi
19	Rimborso spese di trasporto	Sempre operante			2.000,00 €
20	Prostata	Sempre operante			100,00 € per esami 5.000,00 € per intervento

Illustrazione meccanismi di limitazioni all'indennizzo

• **Franchigia fissa**

Parte del danno indennizzabile, espressa in valore assoluto, che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo dovuto ai sensi di polizza 1.000,00 €

Franchigia fissa 100,00 €

Indennizzo liquidato 900,00 €

• **Franchigia relativa**

La parte di indennizzo che resta a carico dell'Assicurato per postumi di invalidità permanente non superiori al 20%.

Somma assicurata per l'invalidità permanente 500.000 € (forma standard).

Invalidità riconosciuta 15%		Invalidità riconosciuta 25%	
Franchigia 3% fino a 200.000 € quindi 12% di 200.000 €	24.000,00 €	Franchigia 3% fino a 200.000 quindi 22% di 200.000 €	Non applicate per IP superiore al 20% Quindi 25% di 500.000 €
Franchigia 5% da 200.000 € a 350.000 € quindi 10% di 150.000 €	15.000,00 €	Franchigia 5% da 200.000 € a 350.000 € quindi 20% di 150.000 €	
Franchigia 10% oltre 350.000 € quindi 5% di 150.000 €	7.500,00 €	Franchigia 10% oltre 350.000 € quindi 15% di 150.000 €	
Indennizzo totale 46.500 €		Indennizzo totale 125.000 €	

• Scoperto

Parte del danno indennizzabile, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Danno indennizzabile ai sensi di polizza 1.000,00 €

Scoperto 20%

Indennizzo liquidato 800,00 €

AVVERTENZA

Limite di età: 80 anni per le garanzie infortuni e indennità da ricovero per infortuni e/o malattia; 75 anni per la garanzia invalidità permanente da malattia. Se l'Assicurato raggiunge tale età durante il periodo di assicurazione, questo mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del contratto.

4. Periodi di carenza contrattuali

AVVERTENZA

Per le garanzie invalidità permanente da malattia e indennità da ricovero a seguito di malattia l'assicurazione ha effetto trascorsi i periodi di carenza riportati all'art. 31 del Fascicolo delle Condizioni.

5 . Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

AVVERTENZA

Eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sulla prestazione come indicato agli artt. 32, 39 e 43 del Fascicolo delle Condizioni.

AVVERTENZA

Il Contraente/Assicurato deve rispondere in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal questionario medico che forma parte integrante del contratto stesso.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e valutazioni nella professione

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta ad Assicuratrice Val Piave di ogni aggravamento e diminuzione del rischio e delle variazioni nella professione come indicato gli artt. 41 e 42.

Esempio: se al momento del sinistro l'Assicurato svolge un'attività diversa e più pericolosa rispetto a quella dichiarata in polizza può perdere il diritto all'indennizzo o essere indennizzato in forma parziale.

7 . Premi

Il contratto può avere durata annuale, poliennale o temporanea e il premio può avere frazionamento annuale, semestrale, quadrimestrale, trimestrale, mensile o pagamento unico anticipato.

In caso di frazionamento non sono previsti oneri aggiuntivi.

I mezzi di pagamento previsti dalla Società sono: assegno bancario o circolare "non trasferibile", bonifico, vaglia postale o similare, servizio SDD nonché denaro contante entro i limiti previsti dalla normativa in vigore.

Presso gli intermediari dotati degli specifici sistemi sono accettate anche carte di credito e/o pos.

AVVERTENZA

Il premio può essere soggetto a sconti, applicabili dall'intermediario o dall'impresa per motivi commerciali o di buon andamento tecnico.

8 . Diritto di recesso

AVVERTENZA

• Diritto di recesso

In caso di **contratto annuale** o **poliennale** le parti hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza.

Nel caso in cui il **contratto poliennale superi i cinque anni**, il Contraente/Assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto, mediante lettera raccomandata, con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

In caso di recesso non sono previsti oneri aggiuntivi.

• Recesso per sinistro

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo entrambe le parti – Contraente/assicurato e Assicuratrice Val Piave - hanno facoltà di recedere dal contratto previa comunicazione, mediante lettera raccomandata, a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini di polizza (art. 37).

Relativamente alle garanzie malattia Assicuratrice Val Piave rinuncia alla facoltà di recesso.

• Recesso per sinistro per le assicurazioni cumulative

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni (art. 50)

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'art. 2952 del codice civile.

10. Legge applicabile al contratto

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

11. Regime fiscale

Al contratto viene applicata l'imposta sulle assicurazioni del 2,50% sui premi imponibili.

I premi delle garanzie infortuni morte e invalidità permanente con applicazione di una franchigia del 5% e della garanzia invalidità permanente da malattia sono detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche nei limiti indicati dal Testo unico delle imposte sui redditi.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

AVVERTENZA

Il sinistro deve essere denunciato all'agenzia o alla direzione di Assicuratrice Val Piave entro 3 giorni dall'accadimento o da quando il Contraente/Vassicurato ne ha avuto la possibilità come stabilito all'art. 35. L'individuazione del sinistro da parte di Assicuratrice Val Piave avviene con la denuncia che deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento ed una descrizione delle modalità di accadimento.

Eventuali spese di accertamento sono a carico di Assicuratrice Val Piave ad eccezione delle spese per l'arbitrato sostenute da entrambe le parti nelle modalità riportate all'art.38.

Per le garanzie malattia si rispettano le seguenti modalità. Indennità da ricovero o convalescenza: l'accertamento è immediato alla consegna dei documenti; eventuali spese per la cartella clinica sono a carico dell'Assicurato. Invalità permanente da malattia: la denuncia del danno viene sempre valutata con visita medica, a spese di Assicuratrice Val Piave, e viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data della denuncia.

13. Reclami

Premesso che, ai sensi della normativa vigente, non sono considerati reclami le richieste di informazioni o chiarimenti e le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto, eventuali disservizi riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri possono essere segnalati per iscritto ai seguenti recapiti:

Assicuratrice Val Piave S.p.A. – Servizio Reclami - Piazza delle Donne Lavoratrici, 2 – 38123 Trento

Fax: 0461 891 840 – e-mail: reclami@gruppoitas.it

I reclami devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con recapito telefonico;
- b) numero della polizza e nominativo del contraente;
- c) numero dell'eventuale sinistro oggetto del reclamo;
- d) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- e) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- f) ogni documento utile per descrivere le circostanze.

Il Servizio Reclami, svolta la necessaria istruttoria, provvederà a fornire riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo. Se il reclamante non è soddisfatto della risposta, o in caso di mancato riscontro nel termine massimo di 45 giorni di cui sopra, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, a mezzo posta (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma) o fax (06.42.133.745 o 06.42.133.353), allegando copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro. Ulteriori informazioni a riguardo, incluso il modello utilizzabile, sono reperibili sul sito www.ivass.it al link "Come presentare un reclamo".

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, il reclamante avente il domicilio in Italia, può presentare reclamo all'IVASS, seguendo le indicazioni sopra descritte, o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm.

Si ricorda, infine, che in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, ferma la possibilità di rivolgersi all'IVASS come sopra specificato e/o di interessare l'Autorità giudiziaria, il reclamante potrà scegliere di avvalersi dei sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale:

1) **Mediazione finalizzata alla conciliazione:** per qualsiasi controversia civile o commerciale vertente su diritti disponibili, è possibile ricorrere alla procedura istituita dal D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010. Per avviarla occorre depositare apposita istanza presso un organismo di mediazione (il cui registro è disponibile sul sito del Ministero della Giustizia www.giustizia.it) nel luogo del giudice territorialmente competente per la controversia.

2) **Negoziazione assistita** finalizzata alla composizione bonaria della lite: è possibile attivare tale procedura rivolgendosi al proprio avvocato di fiducia (D.L. 12 settembre 2014 n. 132). In tal caso le parti sottoscrivono un accordo con cui convengono di cooperare in buona fede e con lealtà per risolvere in via amichevole la controversia entro un termine concordato.

3) **Arbitrato:** le Condizioni generali di assicurazione possono prevedere la facoltà di ricorso a procedure arbitrali, specificandone le modalità di promozione (in forza di quanto previsto dal titolo VIII, capo I, del Codice di Procedura Civile).

Maggiori informazioni in merito sono disponibili su www.gruppoptas.it, nella sezione "Reclami".

14. Arbitrato

AVVERTENZA

In caso di controversia in merito alla determinazione dell'indennizzo le Parti possono demandare per iscritto ad un "collegio medico" la valutazione del danno secondo le modalità e le indicazioni (Comune sede dell'Ordine dei medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato), richiamate nelle relative Condizioni Generali di Assicurazione (CGA).

15. Mediazione

Fermo restando quanto previsto in ordine alle negoziazioni volontarie di cui alle Condizioni Generali di Assicurazione e alla presente nota informativa, le controversie relative ai contratti assicurativi sono soggette al procedimento di mediazione di cui al D. Lgs. 04.03.2010 n. 28 e alle normative secondarie di attuazione per cui, tra il resto, l'esperimento della procedura di mediazione è condizione necessaria di procedibilità di un'eventuale successiva azione civile avanti la competente Autorità Giudiziaria.

Assicuratrice Val Piave è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.



Fabrizio Lorenz
Amministratore Delegato
Assicuratrice Val Piave S.p.A.

GLOSSARIO

DEFINIZIONI COMUNI A TUTTI I CONTRATTI**→ Assicurato**

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

→ Assicurazione cumulativa

l'assicurazione, con una unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206 del Codice del Consumo.

→ Contraente

il soggetto che stipula il contratto.

→ Indennizzo

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

→ Polizza

il documento che prova l'assicurazione.

→ Premio

la somma dovuta dal Contraente alla Società.

→ Sinistro

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

→ Società

Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti.

DEFINIZIONI SPECIFICHE PER LE POLIZZE INFORTUNI E MALATTIA**→ Beneficiario**

gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte.

→ Day hospital

struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica.

→ Infortunio

l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

→ Inabilità temporanea

la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

→ Invalidità permanente da infortunio

la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

→ Invalidità permanente da malattia

la perdita definitiva, a seguito di malattia, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

→ Istituto di cura

istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali.

→ Malattia

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

→ Ricoveri

la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital.

Ad Personam

INDICE	PAGINE
DEFINIZIONI.....	2
SEZIONI INFORTUNI - CONDIZIONI GENERALI.....	4
PRESTAZIONI.....	6
PRESTAZIONI sempre operanti.....	11
SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.....	12
SEZIONE INDENNITA' DA RICOVERO - CONVALESCENZA.....	13
ESCLUSIONI.....	16
TERMINI DI ASPETTATIVA - CARENZE.....	19
ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI.....	25
DISPOSIZIONI VARIE.....	26
CONDIZIONI VALIDE SOLO PER LE ASSICURAZIONI CUMULATIVE.....	27
CONDIZIONE SPECIALE valida per la garanzia infortuni invalidità permanente base solo se richiamata.....	28
CONDIZIONE COMPLEMENTARI valida per i ragazzi da 0 anni e fino al compimento dei 18 anni.....	29
GARANZIE COMPLEMENTARI valide per le donne.....	31

Il presente fascicolo è redatto in base alle disposizioni dell'art.166 comma 2 del nuovo Codice delle Assicurazioni private (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n.209), secondo il quale "le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente e dell'assicurato sono riportate con caratteri di particolare evidenza."

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini le Parti attribuiscono il significato qui precisato:

ASSICURATO	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione;
ASSICURAZIONE CUMULATIVA	l'assicurazione, con un'unica polizza, di più persone non costituenti nucleo familiare e/o quella stipulata da una persona giuridica e/o quella stipulata da un "professionista" ai sensi dell'art.1469 bis del Codice Civile;
BENEFICIARIO	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso morte;
CONTRAENTE	il soggetto che stipula il contratto;
CONVALESCENZA	periodo che decorre dal superamento di una malattia o successivo ad un intervento chirurgico, fino alla guarigione, ossia al recupero completo delle forze e della normale salute;
DAY HOSPITAL	struttura sanitaria avente posti letto per degenza diurna, autorizzata ad erogare prestazioni chirurgiche o terapie mediche, con redazione di cartella clinica;
INDENNIZZO	la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro;
INABILITÀ TEMPORANEA	la perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
INVALIDITÀ PERMANENTE	la perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
ISTITUTO DI CURA	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera; non sono convenzionalmente considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani; le strutture aventi prevalentemente finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche; gli stabilimenti termali;
MALATTIA	ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio;



MALATTIE COESISTENTI	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi;
MALATTIE CONCORRENTI	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessato uno stesso sistema organo-funzionale;
POLIZZA	il documento che prova l'assicurazione;
PREMIO	la somma dovuta dal Contraente alla Società;
QUESTIONARIO MEDICO	il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della polizza. Esso deve essere compilato e sottoscritto da ogni persona assicurata - in caso di minore da chi ne abbia la potestà - e trasmesso alla Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile;
RICOVERO	la degenza, comportante pernottamento, in istituto di cura; la degenza diurna in day hospital;
SINISTRO	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione;
SOCIETÀ	Assicuratrice Val Piave S.p.A. che presta l'assicurazione, quale risulta dalla polizza sottoscritta dalle Parti;
TERMINI DI ASPETTATIVA	il periodo di tempo che intercorre fra la stipulazione dell'assicurazione e l'inizio della garanzia;

SEZIONE INFORTUNI – CONDIZIONI GENERALI

Art. 1 - rischio assicurato

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

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

E' considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Sono compresi in garanzia anche:

- 1) l'asfissia non di origine morbosa;
- 2) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- 3) l'annegamento;
- 4) l'assideramento o il congelamento;
- 5) la folgorazione;
- 6) i colpi di sole o di calore;
- 7) gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
- 8) i morsi di animali e le affezioni ad essi conseguenti, nonché quelli conseguenti a punture di insetti o aracnidi, esclusa la malaria;
- 9) le lesioni muscolari determinate da sforzi e le lesioni tendinee sottocutanee, esclusi gli infarti e le ernie di qualsiasi tipo, salvo quelle traumatiche e con le limitazioni previste all'art. 11 – Franchigie sulla inabilità temporanea.

Sono in garanzia anche gli infortuni subiti a causa di malore o alterazione di coscienza, salvo che il malore o l'alterata coscienza siano conseguenza delle patologie previste dall'art. 32 - Persone non assicurabili - delle Condizioni Generali di assicurazione e fermo l'art. 30 - Esclusioni - delle Condizioni Generali di assicurazione.

Art. 2 - Infortuni cagionati da colpa grave e da tumulti popolari

A parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni causati da colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario.

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono in garanzia gli infortuni causati da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia partecipato.

Art. 3 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei

L'assicurazione comprende gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti,



esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub. Convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso. La presente estensione di assicurazione non è valida nel caso in cui la polizza abbia durata inferiore ad un anno.

Art. 4 - Infortuni determinati da calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa agli infortuni determinati da movimenti tellurici. Sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta convenuto però che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione, che colpisca più Assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di 2.600.000,00 euro per tutti gli indennizzi. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. 5 - Infortuni determinati da guerra e insurrezione

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, sono compresi nell'assicurazione gli infortuni determinati da guerra o da insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione.

Art. 6 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio, indennizzabile ai sensi di polizza, indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio può avere esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti, fermo quanto disposto dall'art. 8. - Invalidità permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione.

PRESTAZIONI

Art. 7 - Morte – standard – Se l’infortunio ha come conseguenza la morte, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari designati o, in difetto di designazione, agli eredi dell’Assicurato in parti uguali. L’indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente. Tuttavia, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, l’Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Società corrisponde ai beneficiari soltanto la differenza tra l’indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per invalidità permanente. Qualora l’Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza e, in applicazione dell’art. 60, comma 3) del Codice Civile o dell’art. 211 del Codice della Navigazione, l’autorità giudiziaria ne abbia dichiarato la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell’indennizzo, è provata l’esistenza in vita dell’Assicurato, questi e i beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell’indennizzo.

Relativamente alla “Garanzia Morte Plus”

Qualora nel medesimo evento deceda per infortunio anche il coniuge non legalmente separato, verrà corrisposta, esclusivamente ai figli minori ed in parti uguali, un’ulteriore somma pari a quella assicurata per il caso di morte. Nel caso in cui anche il coniuge risulti essere assicurato con analogo polizza emessa dalla Società con la stessa previsione del raddoppio della somma assicurata per il caso di morte, sarà presa in considerazione ai fini del riconoscimento della maggior indennità a favore dei figli minori, la sola polizza con la somma più elevata.

Art. 8 - Invalidità permanente – standard –

Se un infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi entro due anni dal giorno nel quale l’infortunio è avvenuto, la Società liquida per tale titolo, secondo le disposizioni che seguono, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente assoluta, in base alle percentuali indicate nell’allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 “Testo unico dell’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”, conosciute anche come “Tabelle INAIL” delle quali si riporta un parziale estratto nella tabella che segue:

Perdita totale	Destro	Sinistro
di un arto superiore	85%	75%
di un avambraccio	75%	65%
di una mano	70%	60%



di un arto inferiore sopra il ginocchio	65%	
di un arto inferiore all'altezza o sotto il ginocchio	50%	
di un piede	50%	
del pollice	28%	23%
dell'indice	15%	13%
del mignolo		12%
del medio		12%
dell'anulare		8%
dell'alluce		7%
di ogni altro dito del piede		3%
della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
della facoltà visiva di un occhio	35%	
della capacità uditiva di ambedue gli orecchi	60%	
della capacità uditiva di un orecchio	15%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinità le percentuali di invalidità previste per il lato destro varranno per il lato sinistro e viceversa.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali del predetto Allegato 1 vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

Nei casi di perdita anatomica o funzionale di più organi od arti, l'indennità viene stabilita mediante l'addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, fino al massimo del 100%.

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita, con riferimento alle percentuali previste dal predetto Allegato 1, tenendo conto della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

La valutazione dell'Invalidità Permanente è effettuata con rinuncia da parte della Società all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla Legge e la liquidazione verrà fatta in contanti anziché sotto forma di rendita.

Art.9 - Franchigie sulla Invalidità Permanente /Determinazione dell'indennizzo

Relativamente alla "Garanzia Invalidità permanente Base":

A parziale deroga dell'art. 8 - Invalidità Permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione, la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate.

La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

- 1.-La prima, pari a 200.000,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3%, e per la sola parte che supera questa percentuale;
- 2.-La seconda, pari all'eventuale eccedenza di 200.000,00 euro della prima e sino a 350.000,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5%, e per la sola parte che supera questa percentuale;
- 3.-La terza, pari all'eventuale eccedenza di 350.000,00 euro delle prime due, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 20% della totale.

Relativamente alla "Garanzia Invalidità permanente Plus":

A parziale deroga dell'art. 8 - Invalidità Permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione, l'indennizzo viene determinato nel seguente modo:

- qualora il grado di invalidità permanente residuo all'Assicurato sia di grado pari od inferiore al 25%, l'indennizzo sarà calcolato sulla somma base indicata in polizza.
A parziale deroga degli art. 8 - "Invalidità Permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione, non si fa luogo ad indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se risulterà superiore al 10% ma non al 25%, l'indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente;
- qualora il grado residuo risulti superiore al 25%, ma non al 50%, l'indennizzo sarà calcolato sul doppio della somma assicurata indicata in polizza;
- qualora, infine, il grado residuo risulti superiore al 50%, l'indennizzo sarà calcolato sul quadruplo della somma assicurata indicata in polizza.

Nessuna franchigia viene applicata nel caso di invalidità di grado superiore al 25%.

Art. 10 - Inabilità temporanea

Se l'infortunio ha come conseguenza una inabilità temporanea, la Società corrisponde la somma assicurata:

- a) integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;



b) al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alla proprie attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'infortunio denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno della comunicazione della denuncia e viene corrisposta per un periodo massimo di 365 giorni. Nel caso in cui l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine previsto dall'art. 35 - Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato - delle Condizioni Generali di assicurazione, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella pronosticata nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore. L'indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente.

Art. 11 - Franchigie sulla Inabilità Temporanea

A parziale deroga dell'art. 10 - "Inabilità Temporanea" - delle Condizioni Generali di assicurazione, l'indennità per inabilità temporanea viene liquidata applicando le seguenti franchigie:

1. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea non sia superiore a 30,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 6° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
2. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea sia superiore a 30,00 euro, ma non a 60,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dall' 8° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza;
3. Nel caso la somma assicurata per inabilità temporanea sia superiore a 60,00 euro, l'indennizzo viene corrisposto a decorrere dal 15° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza.

Relativamente a quanto previsto al punto 9) dell'art. 1 - Rischio assicurato - l'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a decorrere dall'11° giorno successivo a quello computabile a termini di polizza e comunque per un massimo di 30 giorni.

Art. 12 - Indennità da ingessatura

Nel caso di fratture accertate radiologicamente, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, con conseguente immobilizzazione di arti e distretti anatomici, oppure nel caso di applicazione di una ingessatura o di un tutore immobilizzante la Società indennizza l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di immobilizzazione e/o ingessatura e per un periodo massimo di 40 giorni.

Tra i mezzi di contenzione non rientrano:

- 1 le fasce elastiche in genere;
- 2 i bendaggi alla colla di zinco;

3 i busti ortopedici elastici;

4 i vari tipi di collari.

Non sono compresi in garanzia i mezzi di osteosintesi interni come placche, chiodi e similari; tuttavia, in caso di fratture trattate chirurgicamente con mezzi di osteosintesi, la Società indennizza un importo forfetario pari all'1% della somma assicurata per invalidità permanente con il massimo di 2.500,00 euro.

Art. 13 - Rimborso delle spese di cura conseguenti ad infortunio

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza la Società, entro i limiti del massimale assicurato, rimborsa, per sinistro e per anno assicurativo, le spese sostenute per:

- a) rette di degenza, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami; le spese per interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- b) trattamenti fisioterapici, rieducativi e per riabilitazione, visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici e presidi medici per medicazione, conseguenti all'infortunio;
- c) acquisto di apparecchi protesici, resi necessari dall'infortunio, comprese protesi dentarie.

Relativamente a quanto previsto alla lettera b) saranno rimborsate esclusivamente le spese sostenute nei 90 giorni successivi alla data dell'infortunio oppure dalla data di dimissione dall'istituto di cura o dalla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante.

Art. 14 - Liquidazione

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, previa detrazione di uno scoperto del 20%, con il minimo di 100,00 euro, a carico dell'Assicurato.

Art. 15 - Rinvio alle Condizioni Generali di assicurazione

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le Condizioni Generali di assicurazione.



PRESTAZIONI sempre operanti

Art. 16 – Danni estetici

In caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia comportato un indennizzo per invalidità permanente, la Società rimborsa, entro il massimale di 2.500,00 euro per evento ed annualità assicurativa, le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare eventuali danni estetici al viso.

Art. 17 – Anticipo indennizzo

In caso di infortunio che determini una invalidità permanente presumibilmente superiore al 25% è in facoltà dell'Assicurato richiedere un anticipo sulla liquidazione dell'indennizzo dovuto dalla Società. Tale anticipo non potrà essere superiore all'importo corrispondente al 50% della presunta invalidità, con successivo conguaglio e verrà corrisposto non prima che siano trascorsi tre mesi dall'infortunio.

Art. 18 - Rimborso spese per assistenza infermieristica e collaborazioni domestiche

Qualora, a seguito di infortunio, residuo all'Assicurato postumi di invalidità permanente superiori al 25%, la Società rimborsa le spese sostenute nei primi sei mesi dal giorno dell'infortunio per assistenza infermieristica e per collaborazioni domestiche fino ad un massimo di euro 2.500,00 per evento e per annualità assicurativa.

Art. 19 – Rimborso spese di trasporto

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza la Società, entro il limite di 2.000,00 euro per sinistro ed annualità assicurativa, rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo, all'Istituto di cura.

Art. 20 - Prostata

In caso di patologia della prostata, la Società rimborsa le spese sostenute per esami clinici e strumentali (ecografia, esami laboratoristici, etc.) fino ad un massimo di 100,00 euro per anno assicurativo.

In caso di intervento di resezione totale, la Società corrisponde all'Assicurato un indennizzo forfetario pari a euro 5.000,00.

SEZIONE INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 21 - Rischio assicurato L'assicurazione vale per il caso di invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione.

Art. 22 - Liquidazione dell'indennità

La percentuale di Invalidità Permanente viene accertata in un periodo compreso fra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia adottando quali parametri di valutazione le tabelle contenute nell'allegato n. 1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 "Testo unico dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali", conosciute anche come "Tabelle INAIL". Nei casi di invalidità permanente non specificati nelle citate tabelle, la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri e ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'invalidità permanente accertata sia di grado inferiore al 25%.

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE:

accertata	da liquidare	accertata	da liquidare
26	2	46	42
27	4	47	44
28	6	48	46
29	8	49	48
30	10	50	50
31	12	51	52
32	14	52	54
33	16	53	56
34	18	54	58
35	20	55	60
36	22	56	62
37	24	57	64
38	26	58	66
39	28	59	68
40	30	60	70
41	32	61	75
42	34	62	80
43	36	63	85
44	38	64	90
45	40	65	95
		66	100



SEZIONE INDENNITA' DA RICOVERO - CONVALESCENZA

Art. 23 - Indennità da ricovero per infortuni e malattia

In caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura reso necessario da malattia o da infortunio, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza e per una durata massima di 300 giorni per ricovero e per anno assicurativo. L'indennità giornaliera indicata in polizza è corrisposta anche per la degenza in regime di day hospital resa necessaria da infortunio o da malattia. In caso di ricovero dell'Assicurata in Istituto di cura per parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata in polizza per ciascun giorno di degenza, con il massimo di sette giorni per ricovero.

Art. 24 - Estensioni dell'assicurazione

Nei casi di seguito indicati, l'indennità spettante a termini di polizza è raddoppiata:

- 1 - Ricovero in reparto di rianimazione o in una unità di cura intensiva, per il periodo di permanenza in detti reparti;
- 2 - Ricovero, a seguito del medesimo evento (infortunio o malattia), dell'Assicurato e di altro parente convivente, anche non assicurato, compreso il convivente di fatto;
- 3 - Ricovero a seguito di una "grave malattia", secondo l'elenco e le definizioni di seguito riportate:

Infarto del miocardio (attacco cardiaco)

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- a) ripetuti dolori al torace
- b) cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto
- c) aumento degli enzimi cardiaci.

Coronaropatia (che necessita di intervento chirurgico o tecniche cardiologiche interventistiche)

Malattia che determina intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie coronarie, con innesto di by-pass in persone affette da una forma grave di Angina Pectoris, incluse le tecniche non chirurgiche (propriamente dette) quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla dicostruzione. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da angiografia o da angiografia digitalizzata.

Ictus cerebrale (colpo apoplettico)

Accidenti cerebro-vascolari aventi ripercussioni neurologiche di dura-

ta superiore alle 24 ore e che implicano morte di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da fonte estranea al cranio. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da: evidenza di deficienza neurologica permanente, T.A.C. o R.M.N. (risonanza magnetica nucleare) ed E.E.G. (elettroencefalogramma).

Cancro

Tumore maligno caratterizzato dalla crescita incontrollata e dalla diffusione di cellule maligne e dall'invasione dei tessuti. Ciò include la leucemia (ad eccezione della leucemia linfatica cronica) ma esclude il cancro localizzato e non invasivo (cancro in situ), i tumori dovuti alla presenza del virus di immunodeficienza (A.I.D.S.) ed il cancro della pelle che non sia melanoma maligno. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da esame istopatologico o da altra certificazione ospedaliera.

Paralisi

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (braccia o gambe) in seguito a paralisi. La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

4 - Ricovero per trapianto di organi, qualora l'Assicurato sia ricevente o donatore.

I raddoppi di indennità sopra previsti non si cumulano tra di loro, ma l'Assicurato ha diritto di ottenere quello a lui più favorevole.

ART. 25 – Convalescenza – base –

In caso di degenza domiciliare dell'Assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'istituto di cura nel quale sia stato ricoverato per intervento chirurgico o, se per altre cause, qualora il ricovero abbia avuto una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, la Società corrisponde una indennità pari al 50 per cento di quella indicata in polizza per il ricovero, escluse le maggiorazioni eventuali di cui all'art. 24 delle Condizioni Generali di assicurazione. Detta indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza, e comunque per una durata non superiore a quella del ricovero ed entro il limite di 180 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo. La convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, da prodursi in originale. L'indennità di convalescenza non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto; qualora conseguente a ricoveri in regime di day hospital l'indennità viene corrisposta, esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa.



Art. 26 - Rischio calamità naturali

A parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile, l'assicurazione è estesa ai ricoveri conseguenti a infortuni causati da movimenti tellurici. Sono compresi nell'assicurazione i ricoveri conseguenti a infortuni e malattie causati da eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni. Resta però convenuto che in caso di movimento tellurico, eruzione vulcanica, alluvione o inondazione che colpisca più assicurati con la Società, l'esborso massimo di quest'ultima non potrà comunque superare la somma di 500.000,00 euro per tutti gli indennizzi. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedessero il limite sopra indicato, gli indennizzi spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il detto limite e il totale delle somme da liquidarsi a favore degli Assicurati predetti.

Art. 27 - Convalescenza - estesa -

Il testo dell'art. 25 - Convalescenza - delle Condizioni Generali di assicurazione si intende totalmente sostituito dal testo che segue: In caso di degenza domiciliare dell'Assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'Istituto di cura nel quale sia stato ricoverato per intervento chirurgico o, se per altre cause, qualora il ricovero abbia avuto una durata non inferiore a 3 giorni consecutivi, alle condizioni tutte previste dal suddetto articolo, la Società corrisponde per ciascun giorno di convalescenza una indennità pari a quella indicata in polizza per il ricovero, escluse le maggiorazioni eventuali di cui all'art. 24 delle Condizioni Generali di assicurazione. La convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, da prodursi in originale. Detta indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione suddetta, entro il limite di 60 giorni per evento e annualità assicurativa; qualora conseguente a ricoveri in regime di day hospital l'indennità viene corrisposta, esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa. L'indennità di convalescenza non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto.

Art. 28 - Indennità da ricovero per infortuni

La Società, in caso di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza che abbia come conseguenza un ricovero dell'Assicurato - non in day hospital - corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per tanti giorni quanto è durato il ricovero, con il massimo di 300 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo.

Art. 29 - degenza in Day hospital a seguito di infortunio

Per i ricoveri in day hospital, l'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta soltanto per i ricoveri che abbiano avuto una durata non inferiore a tre giorni consecutivi, esclusi i festivi. Nel limite massimo di indennizzo di 300 giorni di cui all'articolo precedente rientrano anche i giorni di ricovero in day hospital.

ESCLUSIONI

ART. 30 - ESCLUSIONI

Relativamente alle garanzie infortuni Morte e Invalidità permanente "Base" e "Plus"

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- 1) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- 2) dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi delta-plani, ultraleggeri, parapendio, salvo quanto disposto dall'art. 3 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei - delle Condizioni Generali di assicurazione;
- 3) da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 4) da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- 5) da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- 6) da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art.5 - Infortuni determinati da guerra e insurrezione - delle Condizioni Generali di assicurazione;
- 7) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi gli infortuni causati:

- 8) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- 9) dalla pratica dei seguenti sport: paracadutismo, pugilato, lotta nelle sue varie forme, sollevamento pesi, arti marziali, alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, speleologia, immersione con auto-respiratore, sci estremo;
- 10) dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.
Gli infarti sono comunque esclusi.

Relativamente alla garanzia Indennità per ricovero da infortunio

L'indennità giornaliera non viene corrisposta:

1. per la cura di lesioni che non siano conseguenza diretta ed esclusiva dell'infortunio;
2. per ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come case di cura.

Sono altresì operanti tutte le esclusioni previste per le garanzie infortuni "Base" e "Plus".



Relativamente alla garanzia Indennità per ricovero e convalescenza

L'assicurazione non comprende i ricoveri per:

- 1) le conseguenze di infortuni, nonché le malattie e gli stati patologici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato in quanto oggetto di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- 2) le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici che, preesistenti alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato, siano stati sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione della polizza;
- 3) i trattamenti delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) stati patologici correlati alla infezione da HIV, S.A.R.S. (Sindrome respiratoria acuta grave) e sindromi correlate al Morbo di Creutzfeldt-Jacob;
- 5) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da interventi demolitivi);
- 6) la cura delle malattie dentarie, salvo le cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- 7) l'aborto non terapeutico;
- 8) le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
- 9) le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124;
- 10) gli infortuni e le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- 11) i ricoveri in istituti, case e cliniche non rispondenti alla definizione "Istituto di cura";
- 12) le conseguenze di infortuni causati:
 - dall'uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
 - dalla guida di aeromobili, nonché dalla guida e dall'utilizzo di apparecchi per il volo da diporto o sportivo, quali ultraleggeri, deltaplani, parapendio;
 - dalla pratica del paracadutismo;
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato (sono invece comprese le conseguenze di infortuni derivanti da imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi);
- 13) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X,

ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;

14) guerre ed insurrezioni.

Relativamente alla garanzia Invalidità permanente da malattia

L'assicurazione non è operante per le conseguenze di:

- a) malattie e stati patologici insorti anteriormente alla stipulazione del contratto e conosciuti dall'Assicurato;
- b) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici;
- c) delitti dolosi dell'Assicurato (sono comprese le conseguenze della colpa grave dell'Assicurato);
- d) stati patologici correlati alla infezione da HIV, S.A.R.S. (Sindrome respiratoria acuta grave) e sindromi correlate al Morbo di Creutzfeldt-Jacob;
- e) abuso di alcool, uso di allucinogeni e uso non terapeutico di stupefacenti e psicofarmaci;
- f) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- g) trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- h) guerre e insurrezioni.



TERMINI DI ASPETTATIVA - CARENZE

Art. 31 – Termini di aspettativa - Carenze

Relativamente alla garanzia Invalidità permanente da malattia

La garanzia vale per le invalidità permanenti conseguenti a malattia manifestatasi dopo il 90° giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 40 - Pagamento del premio - ha effetto l'assicurazione.

Relativamente alla garanzia Indennità per ricovero e convalescenza

La garanzia decorre dalle ore 24:

- a) del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni e per l'aborto post-traumatico
- b) del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti anteriormente alla stipulazione della polizza;
- c) del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie varicose - fermo quanto previsto relativamente alla garanzia Indennità per ricovero e convalescenza dall'art. 30, punto 1) "Esclusioni" delle Condizioni Generali di assicurazione per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
- d) del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le altre malattie. In caso di ricovero verificatosi durante la carenza non verrà corrisposto alcun indennizzo, anche nel caso di ricovero protrattosi oltre il periodo di carenza.

Relativamente alla garanzia Invalidità permanente da malattia e alla garanzia Indennità per ricovero e convalescenza

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, riguardante gli stessi Assicurati, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita per le prestazioni e le indennità da quest'ultima previste, ma unicamente per le garanzie assicurate anche nel nuovo contratto;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori indennità da essa previste.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 32 – Persone non assicurabili

La Società presta l'assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non risulta affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi ad essa correlate, né dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, indipendentemente dalla concreta

valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 39 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Il manifestarsi nell'Assicurato di una o più delle suddette affezioni o malattie nel corso del contratto di assicurazione costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale essa non avrebbe consentito l'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato medesimo: si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Assicurato la parte di premio, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 33 - Validità territoriale L'assicurazione è valida in tutto il mondo. Ogni indennizzo dovuto dalla Società viene sempre liquidato in Italia, in euro. L' inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è **indennizzabile limitatamente al periodo del ricovero ospedaliero**; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 34 - Limite d'età dell'Assicurato

Relativamente alle garanzie infortuni Base e Plus, Indennità per ricovero e convalescenza:

La Società può, dopo il superamento del 80° anno di età da parte dell'Assicurato, far cessare l'assicurazione nei confronti di questi secondo le modalità di cui all'art. 44 - Proroga dell'assicurazione - delle Condizioni Generali di assicurazione.

Relativamente alla garanzia Invalidità Permanente da malattia:

L'assicurazione vale per le persone di **età non superiore a 75 anni**. Tuttavia, per le persone che raggiungono tale età durante il periodo di assicurazione, questo mantiene la sua validità fino alla successiva scadenza annuale del premio.

Art. 35 - Denuncia del sinistro e obblighi dell'Assicurato - Accertamento, liquidazione e pagamento

In caso di sinistro, l'assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società **entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità**, ai sensi dell'art.1913 del codice civile. **La denuncia del sinistro deve contenere:**

- **la descrizione dell'infortunio**, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, **oppure della malattia**, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente;



- **il certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell’attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell’assicurato, oppure **la certificazione medica** sulla natura dell’infermità.

Il decorso delle lesioni o della malattia deve essere documentato da **ulteriori certificati medici, fino all’eventuale certificato di guarigione** o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

Si specifica che le spese relative ai **certificati medici** e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono **a carico dell’assicurato**.

L’assicurato o, in caso di morte, i suoi eredi o aventi causa devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, da eseguirsi in Italia.

L’assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti da e dei soggetti da essa incaricati per la gestione della posizione oggetto di esame, **i medici che lo hanno visitato e curato.**

In caso di morte dell’assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:

- **documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica nel caso vi sia stato ricovero, ed ogni documentazione necessaria;
- **certificato di morte;**
- **certificato di stato di famiglia** relativo all’assicurato;
- **atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l’identificazione degli eredi;
- **qualora vi siano dei minorenni o dei soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare** che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace; eventuale ulteriore documentazione necessaria per l’accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

L’inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all’indennizzo, ai sensi dell’art.1915 del codice civile.

Accertamento, liquidazione e pagamento

In caso di infortunio, la percentuale di invalidità verrà accertata alla stabilizzazione dei postumi di natura permanente e comunque **entro 12 mesi dalla data di denuncia dell'infortunio**. In caso di malattia, la percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un **periodo compreso tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della malattia**.

La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata al presente articolo, si impegna a fornire, **entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali**, l'esito della valutazione del sinistro all'assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa, e, riconosciuta l'indennizzabilità del sinistro e determinato l'indennizzo dovuto, a provvedere al pagamento dell'importo offerto **entro 30 giorni dall'accettazione dello stesso**. L'indennizzo verrà corrisposto in Italia.

Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa. Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere strettamente personale, tuttavia, **nel caso in cui l'assicurato muoia prima che tale indennizzo sia stato pagato**, la Società liquida agli eredi o agli aventi causa:

- l'importo già concordato, o in mancanza,
- l'importo offerto, o in mancanza,
- l'importo offribile, se oggettivamente determinabile con le modalità e nei termini stabiliti in polizza, a condizione che **gli eredi o aventi causa dimostrino la stabilizzazione dei postumi invalidanti** mediante produzione del certificato di guarigione o di idonea documentazione attestante tale stabilizzazione.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro e su formale richiesta della Società, **gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'assicurato**, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno.

Art. 36 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione di cui all'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 37 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e **fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo**, ciascuna delle Parti può recedere dall'assicurazione dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata, **a condizione che almeno due altri precedenti sinistri siano stati denunciati a termini di polizza**. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; **il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione**. La Società, entro 30 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

Art. 38 - Determinazione dell'indennizzo - Perizia contrattuale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'art. 6 - Criteri di indennizzabilità - delle Condizioni Generali di assicurazione debbono essere demandate, per iscritto, ad un **collegio di tre medici**, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune, sede dell'Ordine dei Medici nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato. **In caso di disaccordo** sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. **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**. E' data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.



Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e **sono vincolanti per le Parti**, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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



ALTRI DIRITTI E DOVERI DELLE PARTI

Art. 39 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 40 - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurato non paga i premi o le rate di premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 41 - Aggravamento del rischio

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

Art. 42 - Diminuzione del rischio

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione dell'Assicurato, ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 43 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per il medesimo rischio. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Società non è tenuta a corrispondere l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 44 - Proroga dell'assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno sessanta giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno, e così successivamente. Nei confronti di ITAS Mutua debbono peraltro essere osservate le modalità di disdetta stabilite dall'art. 8 dello Statuto Sociale.

DISPOSIZIONI VARIE

Art. 45 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 46 - Oneri fiscali

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

Art. 47 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.



CONDIZIONI VALIDE SOLO PER LE ASSICURAZIONI CUMULATIVE

Art. 48 - Assicurazioni di gruppo

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

Art. 49 - Limite di indennizzo per sinistri aeronautici

Fermo quanto disposto dall'art. 3 - Infortuni occorsi durante viaggi aerei - delle Condizioni Generali di assicurazione, la somma dei capitali assicurati dalla presente e da altre assicurazioni infortuni comuni cumulative che includano la copertura del rischio volo, stipulate dal Contraente, dall'Assicurato o da altri in favore degli stessi Assicurati, non potrà superare i limiti di :

- **per il caso morte:**
1.000.000,00 euro per persona e 5.200.000,00 euro per aeromobile;
- **per il caso di Invalidità permanente totale:**
1.000.000,00 euro per persona e 5.200.000,00 euro per aeromobile;
- **per il caso di Inabilità temporanea:**
260,00 euro per persona e 5.000,00 euro per aeromobile.

Nei limiti sopra indicati rientrano i capitali di altre polizze infortuni comuni cumulative che includono il rischio volo, stipulate dalla stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.

Qualora i capitali complessivamente assicurati eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare, sommate, i limiti suddetti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi, al netto dell'imposta, nella stessa proporzione.

Eventuali aumenti dei limiti sopra indicati devono essere preventivamente concordati con la Società.

Art. 50 - Recesso in caso di sinistro

L'art. 37 - Recesso in caso di sinistro - delle Condizioni Generali di assicurazione è totalmente sostituito dal seguente:

Dopo ogni sinistro, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, la Società può recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

In tal caso essa, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte del premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di rischio non corso.

CONDIZIONE SPECIALE

valida per la garanzia infortuni invalidità permanente "base" solo se richiamata

Art. 51 - Condizione speciale - Franchigie sulla Invalidità Permanente

Il testo dell'art. 9 - Franchigie sulla invalidità permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione, si intende sostituito totalmente dal testo che segue: A parziale deroga dell'art. 8 - Invalidità permanente - delle Condizioni Generali di assicurazione, la liquidazione dell'indennità per invalidità permanente viene determinata secondo le modalità di seguito riportate. La somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. La prima, pari a 250.000,00 euro, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;
2. La seconda, pari all'eventuale eccedenza di 250.000,00 euro della prima, sulla quale la Società liquida l'indennizzo dovuto ai sensi di polizza soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.

Le franchigie qui previste non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 40% della totale.



GARANZIE COMPLEMENTARI

Valide per i ragazzi da 0 anni e fino al compimento dei 18 anni

Art. 52 – Indennizzo per recupero lezioni

Se a causa di un infortunio indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato, frequentante la scuola dell'obbligo o secondaria superiore, non sia nella possibilità di frequentare le lezioni per un periodo continuativo superiore a 30 giorni, la Società rimborsa, entro il limite di 500,00 euro per evento e anno assicurativo, le spese sostenute per lezioni private e/o di recupero.

Art. 53 – Indennizzo per aspettativa del genitore

Qualora a seguito di infortunio dell'Assicurato, purché minorenne, un genitore debba ricorrere ad aspettativa non retribuita per un periodo minimo di tre mesi allo scopo di prestare assistenza al figlio, la Società corrisponde un indennizzo forfetario di 500,00 euro. La corresponsione di tale indennizzo viene effettuata a condizione che il genitore dell'Assicurato produca documentazione rilasciata dal proprio datore di lavoro comprovante la suindicata astensione dal lavoro.

Art. 54 – Raddoppio somme assicurate

Nel caso in cui l'infortunio, indennizzabile a sensi di polizza, sia accaduto mentre l'Assicurato era alla guida di ciclomotori o motocicli e sia stato provocato per colpa e/o responsabilità esclusiva di terzi ed abbia per conseguenza la morte oppure una invalidità permanente superiore al 50%, la Società liquiderà un indennizzo determinato su una somma assicurata doppia rispetto a quella indicata in polizza con il limite massimo di euro 500.000,00.

Art. 55 – Raddoppio indennità per ricovero

Qualora in caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di assistenza continuativa, comprovata da idonea documentazione rilasciata dall'istituto di cura, la Società liquiderà una indennità giornaliera doppia rispetto a quella indicata in polizza. La presente garanzia complementare non si cumula con i raddoppi previsti all'art.24.

Art. 56 – Rimborso spese mediche

In caso di infortunio indennizzabile a sensi di polizza che abbia comportato un ricovero in istituto di cura, non in day hospital, la Società, entro il massimale di 1.500,00 euro per sinistro e anno assicurativo, rimborsa:

- a. Le spese relative al periodo di ricovero per: rette di degenza, assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali

-
- ed esami; le spese per interventi chirurgici, e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- b. Le spese per visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici, conseguenti all'infortunio, nei 90 giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura;
 - c. Le spese per l'acquisto di apparecchi protesici, resi necessari dall'infortunio, comprese protesi dentarie.

La denuncia dell'infortunio, anche agli effetti della presente estensione di garanzia, deve essere fatta nei termini e con le modalità previste all'art.35 - Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato -.

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute debitamente quietanzate, previa detrazione di uno scoperto del 20% con il minimo di 100,00 euro, a carico dell'Assicurato, delle spese liquidabili ai sensi di polizza.

Il presente articolo è valido solo nel caso in cui non venga richiamata in polizza la garanzia Rimborso Spese Mediche.



GARANZIE COMPLEMENTARI

valide per le donne

Art. 57 - Rimborso spese mediche ospedaliere per chirurgia riparatrice da infortunio

La Società assicura, per ciascun anno assicurativo e fino a concorrenza del 5% della somma assicurata per invalidità permanente e con il massimo di 2.000,00 euro, il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero in istituto di cura per onorari dei medici e dei chirurghi, spese farmaceutiche, nonché rette di degenza a seguito di interventi di chirurgia riparatrice di sfregi e deturpazioni di natura estetica e fisiognomica, conseguenti ad infortunio occorso durante il periodo di validità della polizza. L'intervento di chirurgia riparatrice dovrà avvenire entro un anno dalla data di guarigione clinica dell'infortunio e sempreché, a tale data, l'Assicurata produca la documentazione medica dalla quale risulti che il danno di natura estetico-fisiognomica è diretta ed esclusiva conseguenza dell'infortunio subito.

Art. 58 - Indennizzo per infortunio o malattia dei figli minorenni

Qualora a seguito di infortunio o malattia del figlio minorenni l'Assicurata debba ricorrere ad aspettativa non retribuita per un periodo minimo di tre mesi, la Società corrisponde un indennizzo forfetario di euro 2.500,00. La corresponsione di tale indennizzo viene effettuata a condizione che l'Assicurata produca documentazione rilasciata dal proprio datore di lavoro comprovante la suindicata astensione dal lavoro, nonché documentazione medica relativa all'infortunio o alla malattia del figlio.

Art. 59 - Scippo

Qualora a seguito di scippo, intendendo per tale il furto strappando le cose di mano o di dosso alla persona, l'Assicurata subisca lesioni fisiche, la Società corrisponde un indennizzo forfetario di euro 500,00 in aggiunta ad eventuali indennizzi previsti ai sensi di polizza.

La corresponsione di tale indennizzo viene effettuata a condizione che l'Assicurata produca documentazione medica dalla quale risulti che le lesioni fisiche subite siano conseguenti allo scippo nonché copia della denuncia presentata all'Autorità Giudiziaria.

Art. 60- Garanzie Speciali

- a) La Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurata per esame mammografico e relativa termografia od ecografia, fino ad un massimo di 100,00 euro per ciascun anno assicurativo.
- b) La Società, in caso di intervento chirurgico per isterectomia totale o mastectomia totale uni- o bilaterale, corrisponde all'Assicurata un indennizzo forfetario di 5.000,00 euro.

