

INFORTUNI INDIVIDUALI

Sommario

Ultimo aggiornamento: 1 gennaio 2011

Norme che regolano l'assicurazione in generale Pag. 3

- Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 - Altre assicurazioni
- Art. 3 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione
- Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione
- Art. 5 - Aggravamento del rischio (vedi anche Articolo A.9)
- Art. 6 - Diminuzione del rischio
- Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi
- Art. 8 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 9 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
- Art. 10 - Variazioni nella persona del Contraente
- Art. 11 - Variazioni del personale assicurato
- Art. 12 - Oneri fiscali
- Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

- Art. A.17 - Anticipo indennizzi per invalidità permanente
- Art. A.18 - Inabilità temporanea
- Art. A.19 - Franchigia assoluta per inabilità temporanea
- Art. A.20 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofali
- Art. A.21 - Modalità di valutazione del danno
- Art. A.22 - Rinuncia al diritto di surrogazione

Norme che regolano la Sezione B) Assistenza Pag. 11

- Art. B.1 - Prestazioni
- Art. B.2 - Delimitazioni, esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni
- Art. B.3 - Modalità per la richiesta di assistenza

Garanzie Complementari relative alla Sezione A) Infortuni Pag. 13

A) Indennità da ricovero per infortunio

- Art. i - Rischio assicurato
- Art. ii - Day hospital
- Art. iii - Indennità di convalescenza post-ricovero
- Art. iv - Anticipo dell'indennizzo
- Art. v - Criteri di liquidazione

B) Indennità da ingessatura per infortunio

- Art. vi - Rischio assicurato
- Art. vii - Criteri di liquidazione

C) Rimborso spese mediche per infortunio

- Art. viii - Rischio assicurato
- Art. ix - Esclusioni
- Art. x - Criteri di liquidazione

Norme che regolano la Sezione A) Infortuni Pag. 5

- Art. A. 1 - Rischio assicurato
- Art. A. 2 - Rischi esclusi
- Art. A. 3 - Rischio volo
- Art. A. 4 - Rischio guerra
- Art. A. 5 - Danni estetici
- Art. A. 6 - Limiti di età
- Art. A. 7 - Persone non assicurabili
- Art. A. 8 - Validità territoriale
- Art. A. 9 - Attività professionale diversa da quella dichiarata
- Art. A.10 - Indipendenza da obblighi assicurativi di legge
- Art. A.11 - Criteri di indennizzabilità
- Art. A.12 - Morte
- Art. A.13 - Morte presunta
- Art. A.14 - Commorienza
- Art. A.15 - Invalidità permanente
- Art. A.16 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente

Condizioni Particolari relative alla Sezione A) Infortuni	Pag. 15
Tabella delle Attività Professionali	Pag. 17
Tabella INAIL	Pag. 20
Articoli del Codice Civile richiamati nel testo e nella scheda di polizza	Pag. 22
Informativa ai sensi dell'articolo 13 del "Codice in materia di protezione dei Dati Personali" - D.Lgs. 196/2003	Pag. 25

INFORTUNI INDIVIDUALI

Norme che regolano l'assicurazione in generale

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e 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 dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 - Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Se il Contraente o l'Assicurato omette dolosamente di dare tale comunicazione, la Compagnia non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo.

Qualora le somme assicurate con altre polizze stipulate dal Contraente o dall'Assicurato superino complessivamente il 50% di quelle garantite con la presente assicurazione, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione, ha facoltà di recedere dall'assicurazione stessa con preavviso di almeno 30 giorni.

La Compagnia, 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.

A parziale deroga dell'art. 1910 del Codice Civile il Contraente o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio:

- relative a polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, **a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;**
- relative a polizze di cui l'Assicurato benefici automaticamente in quanto titolare di carte di credito, conti correnti bancari od altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

Nel caso in cui la presente polizza sia stipulata da Aziende, Enti, Associazioni, Scuole, in forma cumulativa a favore dei propri dipendenti\collaboratori\associati\alunni, il Contraente o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula in proprio di altre assicurazioni per lo stesso rischio da parte dei singoli assicurati.

In caso di sinistro, il Contraente o 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. 3 - Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione

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. Qualora la polizza, di durata annuale (o poliennale), preveda il frazionamento del premio, questo, essendo unico ed indivisibile, è dovuto per l'intero anno; pertanto, anche in caso di anticipata risoluzione del contratto, **il Contraente è tenuto a corrispondere le rimanenti rate del premio stesso.**

I premi devono essere pagati all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia.

Se il Contraente 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, fermi le successive scadenze ed il diritto della Compagnia al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5 - Aggravamento del rischio (vedi anche Articolo A.9)

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento di rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla

Compagnia 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. 6 - Diminuzione del rischio

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

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi relativi

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto, devono darne avviso scritto all'Intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Compagnia entro cinque giorni da quando ne hanno avuto conoscenza, a deroga del termine previsto dall'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze.

L'Assicurato o, in caso di morte, i Beneficiari, devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari da eseguirsi in Italia.

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.

Art. 8 - 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. Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Compagnia ha effetto trascorsi 30 giorni dalla data di invio della comunicazione. La Compagnia, 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. 9 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

In mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono

al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stata stipulata per una minore durata, nel qual caso essa coincide con la durata del contratto.

Art. 10 - Variazioni nella persona del Contraente

Valido nel caso in cui il Contraente sia un'azienda, un ente o un'associazione.

Il Contraente stipula per sé e per i suoi eredi i quali sono solidamente obbligati a continuare l'assicurazione fino alla divisione dell'eredità. Dopo la divisione l'assicurazione continua con l'erede o con gli eredi cui siano state assegnate le attività alle quali sono addette le persone assicurate.

Nel caso di alienazione dell'azienda o di parte delle attività alle quali sono addette le persone assicurate, il Contraente, fermo l'ordine del pagamento del premio per il periodo di assicurazione in corso, deve trasmettere all'acquirente l'obbligo di mantenere l'assicurazione per la parte che lo riguarda.

Nel caso di fusione dell'impresa Contraente con una o più imprese, l'assicurazione continua con l'impresa incorporante o con la nuova impresa costituita.

Nei casi di trasformazione, di cambiamento di denominazione o di ragione sociale, il contratto continua con l'impresa nella sua nuova forma o sotto la nuova denominazione sociale.

Nel caso di scioglimento dell'impresa Contraente o di sua messa in liquidazione, il contratto continua fino alla chiusura della liquidazione.

Le variazioni sopra indicate devono essere comunicate per iscritto dal Contraente, suoi eredi od aventi causa, entro il termine di quindici giorni dal loro verificarsi, alla Compagnia la quale nei trenta giorni successivi ha facoltà di recedere dall'assicurazione, dandone comunicazione con preavviso di quindici giorni.

Art. 11 - Variazioni del personale assicurato

Valido nel caso in cui il Contraente sia un'azienda, un ente o un'associazione.

L'assicurazione vale per le persone designate in polizza ed in quanto permanga rispetto ad esse il rapporto in considerazione del quale fu fatta l'assicurazione. **Le variazioni del personale assicurato devono essere comunicate per iscritto alla Compagnia, la quale ne prende atto con appendice.**

L'assicurazione rispetto alle nuove persone vale dalle ore 24 del giorno del perfezionamento dell'appendice, con pagamento del maggior premio che risulti dovuto.

La cessazione di singoli assicurati, non seguita da sostituzione, dà luogo a corrispondente riduzione di premio a partire dalla scadenza annuale successiva alla data di comunicazione.

Art. 12 - Oneri fiscali

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

Art. 13 - Rinvio alle norme di legge

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

Norme che regolano la Sezione A) Infortuni

Art. A.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**.

Sono considerati infortuni anche:

- l'asfissia **non di origine morbosa**;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- i morsi di animali e le punture di insetti, **escluse la malaria, le malattie tropicali nonché le malattie per le quali gli insetti sono in genere portatori necessari**;
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti**;
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo con l'intesa che:
 - a) qualora l'ernia risulti operabile, verrà corrisposta l'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera da ricovero (sempreché previste in polizza), fino ad un massimo di sessanta giorni;
 - b) qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale;
 - c) qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia la decisione è rimessa al Collegio medico di cui all'Articolo A.21;
- gli esiti di rotture tendinee sottocutanee di:
 - a) tendine di Achille (trattata chirurgicamente o non);
 - b) tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
 - c) tendine dell'estensore del pollice;
 - d) tendine del quadricipite femorale;
 - e) cuffia dei rotatori.

In tali casi la Compagnia liquiderà, indipendentemente dal quadro clinico obiettivo, un grado di invalidità pari al 4%,

con il massimo di € 6.000,00 senza l'applicazione delle franchigie eventualmente previste.

- le conseguenze dirette di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche, resi necessari da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

Sono in garanzia anche:

- gli infortuni subiti in conseguenza di malore od in stato di incoscienza;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari o da atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**, nonché quelli causati da movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni ed alluvioni, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice Civile;
- gli infortuni causati da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato e del Beneficiario, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice Civile.

Art. A.2 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di veicoli e natanti 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;
- b) dall'uso e guida di mezzi subacquei ed aerei (salvo quanto previsto dall'Articolo A.3);
- c) da abuso di alcolici e di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
- d) da reati dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- e) da guerra (salvo quanto previsto dall'Articolo A.4) ed insurrezioni;
- f) dalla partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche, sci estremo);
- g) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleari, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'assicurazione gli infortuni occorsi:

- h) nell'esercizio di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- i) nell'esercizio delle seguenti discipline sportive anche se svolte a carattere ricreativo: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, scalata di roccia o ghiaccio oltre il grado terzo della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale Associazioni Alpinistiche), arrampicata libera

(freeclimbing), canoa fluviale, hydrospeed e rafting, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, sci acrobatico, guidoslitta, discesa con skeleton, bob o slittino da gara, rugby e football americano, tuffi controllati da corda elastica (bungee jumping), speleologia, paracadutismo, parapendio e sport aerei in genere (compresi deltaplani, ultraleggeri e simili), immersione con autorespiratore;

- l) nell'esercizio dei seguenti sport: calcio, calcetto, ciclismo, sci, sport equestri, pallavolo, pallamano, pallacanestro, tennis, atletica leggera, ginnastica, pentathlon moderno, triathlon, tuffi, hockey nelle sue varie forme, praticati a livello professionistico e semiprofessionistico; sono inoltre esclusi i suddetti sport svolti - in occasione della partecipazione a competizioni o relative prove ed allenamenti - sotto l'egida delle relative Federazioni o per i quali, comunque, l'Assicurato percepisca una qualunque forma di remunerazione. Pertanto è compresa la pratica dei suddetti sport svolti esclusivamente a carattere ricreativo;
- m) durante le attività proprie del servizio militare prestato in qualunque forma, durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Art. A.3 - Rischio volo

Non valido per polizze di durata temporanea.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità Civili e Militari durante servizio non regolare di traffico civile.

Sono comunque esclusi i viaggi aerei effettuati:

- su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri;
- su aeromobili di aeroclub;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

Art. A.4 - Rischio guerra

L'assicurazione è prestata anche durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace. Sono comunque esclusi dall'assicurazione gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e della Repubblica di S. Marino.

Art. A.5 - Danni estetici

In caso di infortunio che comporti, oltre all'indennizzo a titolo di invalidità permanente anche conseguenze di carattere estetico al viso, la Compagnia rimborserà un ulteriore importo massimo di € 5.000,00 per le spese documentate e sostenute dall'Assicurato a seguito di cure ed interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare i danni estetici al viso.

Art. A.6 - Limiti di età

L'assicurazione vale per le persone di età compresa fra i 3 e gli 80 anni.

L'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento dell'ottantesimo anno di età dell'Assicurato.

L'eventuale incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Compagnia, dà diritto all'Assicurato di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali.

Art. A.7 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, AIDS e sindromi ad essa correlate o dalle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi. Di conseguenza l'assicurazione cessa al manifestarsi di tali affezioni e, in tal caso, la Compagnia, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. A.8 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. Tuttavia, il caso di inabilità temporanea, al di fuori dell'Europa, è indennizzabile limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero; tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa.

Art. A.9 - Attività professionale diversa da quella dichiarata

Fermo il disposto degli Articoli 1, 5, 6 e A.2, se nel corso del contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata, senza che il Contraente o l'Assicurato ne abbia dato comunicazione alla Compagnia, in caso di sinistro che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- 1) l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
- 2) l'indennizzo sarà corrisposto nella ridotta misura indicata nella tabella delle percentuali di indennizzo che segue, se la diversa attività aggrava il rischio.

A tal fine per determinare il livello di rischio dell'attività effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla "Tabella delle attività professionali" sotto riportata.

Per la classificazione di attività eventualmente non specificate in tabella saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia ad un'attività elencata.

ATTIVITÀ PROFESSIONALE

Dichiarata	Svolta al momento del sinistro			
	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
Classe A	100%	80%	53%	40%
Classe B	100%	100%	65%	50%
Classe C	100%	100%	100%	73%
Classe D	100%	100%	100%	100%

Art. A.10 - Indipendenza da obblighi assicurativi di legge

La presente polizza è stipulata dal Contraente in aggiunta ed in ogni caso indipendentemente da qualsiasi obbligo assicurativo stabilito da leggi vigenti e future.

Art. A.11 - Criteri di indennizzabilità

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui all'Articolo A.15 sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. A.12 - Morte

L'indennizzo per il caso di morte è dovuto se la morte stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

Tale indennizzo viene liquidato 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 il caso di invalidità permanente. Pertanto, se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infortunio, l'Assicurato muore in conseguenza del medesimo infortunio, la Compagnia corrisponde ai Beneficiari soltanto la differenza tra l'indennizzo per morte – se superiore – e quello già pagato per invalidità permanente.

Art. A.13 - Morte presunta

Qualora l'Assicurato sia scomparso a seguito di infortunio indennizzabile a termini 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 Compagnia 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, la Compagnia ha diritto di agire nei confronti sia dei Beneficiari sia dell'Assicurato stesso per la restituzione della somma corrisposta.

Art. A.14 - Commorienza

In caso di morte in un unico sinistro dei coniugi, entrambi assicurati con la presente polizza, la quota di indennizzo spettante ai figli minori conviventi e/o ai figli maggiorenni portatori di handicap sarà maggiorata del 50%. **In ogni caso la maggiorazione totale non potrà superare l'importo complessivo di € 100.000,00.**

Art. A.15 - Invalidità permanente

L'indennizzo per il caso di invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica, anche successivamente alla scadenza della polizza, **entro due anni dal giorno dell'infortunio**.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata per invalidità permanente.

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata **in proporzione al grado di invalidità permanente accertato secondo i criteri e le percentuali seguenti:**

PERDITA TOTALE,ANATOMICA O FUNZIONALE

A. Parte superiore del corpo	destro		sinistro
di un occhio		25%	
di ambedue gli occhi		100%	
dell'udito (sordità completa di un orecchio)		10%	
dell'udito (sordità completa bilaterale)		40%	
di un arto superiore	70%		60%
di una mano o un avambraccio	60%		50%
di un pollice	18%		16%
di un indice	14%		12%
di un medio	8%		6%
di un anulare	8%		6%
di un mignolo	12%		10%
di una falange ungueale del pollice	9%		8%
di una falange di altro dito della mano		1/3 del valore del dito	
B. Parte inferiore del corpo			
di un arto inferiore al di sopra della metà della coscia		70%	
di un arto inferiore al di sotto della metà della coscia, ma al di sopra del ginocchio		60%	
di un arto inferiore al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba		50%	
di un piede		40%	
di ambedue i piedi		100%	
di un alluce		5%	
di un altro dito del piede		1%	
della falange ungueale dell'alluce		2,5%	
di un rene		15%	
della milza senza compromissioni significative della crisi ematica		10%	

ANCHILOSI

A. Parte superiore del corpo	destro		sinistro
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%		20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%		15%
del polso in estensione rettilinea con prono-supinazione libera	10%		8%
B. Parte inferiore del corpo			
dell'anca in posizione favorevole		35%	
del ginocchio in estensione		25%	
della tibio-tarsica ad angolo retto		10%	
della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica		15%	

PARALISI COMPLETA

	destro		sinistro
del nervo radiale	35%		30%
del nervo ulnare	20%		17%
del nervo sciatico popliteo esterno		15%	

(segue)

(segue)

ESITI DI FRATTURA

	destro	sinistro
scomposta di una costa	1%	
amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
• una vertebra cervicale	12%	
• una vertebra dorsale	5%	
• 12 ^a dorsale	10%	
• una vertebra lombare	10%	
• del sacro	3%	
• del coccige con callo deforme	5%	

STENOSI NASALE ASSOLUTA

	destro	sinistro
monolaterale	4%	
bilaterale	10%	

In caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto superiore destro e la mano destra, varranno per l'arto superiore sinistro e la mano sinistra e viceversa.

Se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali sopraindicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella di cui sopra, l'indennizzo è stabilito, in riferimento alle percentuali dei casi sopra riportati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa, **indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.**

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

Nel caso l'infortunio determini menomazioni di uno o più dei segmenti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma aritmetica **fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.**

Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente **tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.** L'accertamento del grado di invalidità viene effettuato in Italia.

Art. A.16 - Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente

In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:

- **sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza liquidando per i primi cinque punti di invalidità permanente accertata le seguenti percentuali della somma stessa:**

Percentuale di invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare
1	0,3
2	0,6
3	1
4	1,5
5	2,5

- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;**
- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 e fino al massimo della somma assicurata, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.**

Art. A.17 - Anticipo indennizzi per invalidità permanente

Trascorsi centoventi giorni dalla data di accadimento del sinistro, l'Assicurato può richiedere, previa presentazione di idonea documentazione medico legale, il pagamento di un anticipo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo per invalidità permanente, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del danno.

Questo anticipo sarà dovuto **sempreché non sussistano ragionevoli o giustificati dubbi circa l'indennizzabilità del sinistro e sia prevedibile un grado di invalidità permanente superiore al 25%.** L'acconto non potrà comunque essere superiore a € 150.000,00, qualunque sia l'ammontare stimato del sinistro.

Il pagamento dell'acconto non costituisce impegno definitivo della Compagnia sul grado percentuale di invalidità permanente da liquidarsi.

Art. A.18 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per inabilità temporanea è dovuto:

- a) **integralmente**, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle sue occupazioni;
- a) **parzialmente**, per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle sue occupazioni.

L'indennizzo per inabilità temporanea, che è corrisposto per il periodo della necessaria cura medica, **decorre dal giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato o, in caso di ritardo, dal giorno successivo a quello della denuncia.** Nel caso che l'Assicurato non abbia inviato successivi certificati medici nel termine prescritto dall'Articolo 7, la liquidazione dell'indennità viene fatta considerando data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato regolarmente inviato, **salvo che la Compagnia possa stabilire una data anteriore.**

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto **per un periodo massimo di 365 giorni** ed è cumulabile con quelli dovuti per morte, invalidità permanente, indennità da ricovero per infortunio (o indennità da ingessatura per infortunio) e rimborso spese mediche per infortunio.

Art. A.19 - Franchigia assoluta per inabilità temporanea

In caso di infortunio che determini un'inabilità temporanea resta inteso che:

- a) se la somma assicurata per inabilità temporanea è **pari o inferiore a € 25,00**, l'indennizzo sarà corrisposto **dalle ore 24 del settimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato;**
- b) se la somma assicurata per inabilità temporanea è **superiore a € 25,00**, l'indennizzo sarà corrisposto **dalle ore 24 del decimo giorno successivo a quello dell'infortunio regolarmente denunciato.**

Indipendentemente dalla somma assicurata, la franchigia:

- c) è ridotta a 5 giorni quando le prime cure mediche conseguenti all'infortunio siano prestate e certificate da un Pronto Soccorso dipendente da un presidio ospedaliero;
- d) è ridotta a 3 giorni qualora l'infortunio comporti un periodo di ricovero pari o superiore a tre giorni in Istituto di cura.

In caso di ritardata denuncia, le franchigie di cui sopra verranno computate a partire dal giorno successivo a quello della denuncia anziché a quello dell'infortunio.

Art. A.20 - Limite di indennizzo per sinistri catastrofali

Nel caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate con la Compagnia in conseguenza di un

unico evento, l'esborso massimo complessivo a carico della Compagnia non potrà comunque superare l'importo di € 5.000.000,00. Qualora gli indennizzi complessivamente dovuti eccedano il limite sopraindicato, le somme spettanti a ciascun Assicurato saranno ridotte in proporzione al rapporto che intercorre fra detto limite e il totale degli indennizzi dovuti.

Art. A.21 - Modalità di valutazione del danno

Le divergenze sul grado di invalidità permanente, sulla durata dell'inabilità temporanea o del ricovero o del periodo di ingessatura, sul rimborso delle spese mediche, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dall'Articolo A.11, sono demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei medici. Il Collegio medico risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso entro un anno, 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 rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo. L'applicazione delle disposizioni contenute nel presente articolo è facoltativa per entrambe le Parti, qualora il Contraente debba essere considerato "consumatore" ai sensi dell'art. 3 del Codice del consumo (D.Lgs. 206/2005).

Art. A.22 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

Norme che regolano la Sezione B) Assistenza

Art. B.1 - Prestazioni

A. Organizzazione degli spostamenti

In caso di necessità, **fino a 2 volte la settimana**, potrà essere fornito all'Assicurato un accompagnatore per recarsi dal medico o presso uffici pubblici.

B. Consulenza medica

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto direttamente o tramite il proprio medico curante con i medici della Struttura Organizzativa che valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in suo favore.

C. Consulenza geriatrica

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un consulto telefonico urgente e non riesca a reperire il proprio medico specialista potrà, mettendosi in comunicazione direttamente o tramite il proprio medico curante con il servizio medico della Struttura Organizzativa, ricevere consigli ed indicazioni sulle prime terapie da eseguire.

D. Network Salute: Ricerca e prenotazione di istituti di cura - centri diagnostici - laboratori di analisi

Qualora l'Assicurato necessiti di un ricovero, debba sottoporsi ad un intervento chirurgico, oppure debba effettuare accertamenti diagnostici od esami di laboratorio, potrà telefonare alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito il medico curante, individuerà e prenoterà, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura attrezzato, il centro diagnostico od il laboratorio di analisi ritenuto più idoneo per il caso. Le prestazioni mediche e sanitarie (visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici, ecc.) saranno messe a disposizione dell'Assicurato a condizioni di favore, grazie a convenzioni stipulate con case di cura, centri diagnostici, laboratori di analisi e centri di medicina specialistica.

E. Ricerca di struttura attrezzata di lungo degenza

Qualora l'Assicurato non sia più in grado di rimanere nel suo domicilio e preferisca essere ricoverato in una casa di accoglienza, verranno forniti:

- consulenza sulle migliori soluzioni possibili;
- indirizzo delle strutture;
- caratteristiche dei servizi e tariffe applicate.

F. Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato necessiti di un

trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, verrà inviata direttamente un'autoambulanza, **sostenendone le spese fino a concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

G. Trasporto in autoambulanza o taxi a seguito di dimissioni

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio, necessiti di essere trasportato dall'istituto di cura presso il quale è stato ricoverato alla propria residenza, verrà inviata direttamente un'autoambulanza oppure un taxi per permettere all'Assicurato e ad un eventuale accompagnatore di raggiungere la propria abitazione, **sostenendone le spese fino ad un massimo di € 150,00 per sinistro.**

H. Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la Struttura Organizzativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere professionale, assumendone la Compagnia l'onorario **fino ad un massimo di € 500,00 complessivi per sinistro.**

I. Invio di un fisioterapista al domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture e/o per riabilitazione cardiovascolare di base, derivanti da infortunio e/o malattia improvvisa, necessiti dell'assistenza di un fisioterapista al domicilio, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarlo con oneri a carico della Compagnia **fino ad un massimo di € 500,00 per nucleo familiare e per anno assicurativo.**

L. Consegna esiti a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici in strutture situate nella provincia di residenza e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà a recapitare gli esiti di tali accertamenti o all'Assicurato o al medico da lui indicato.

Restano in ogni caso a carico dell'Assicurato i costi degli accertamenti.

M. Consegna medicinali a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno, come da prescrizione medica scritta, di medicine e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa, dopo aver ritirato la relativa ricetta presso l'Assicurato, provvederà alla consegna di quanto prescritto dal medico curante.

Il costo dei medicinali rimane a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà comunicare il motivo della sua richiesta e specificare il luogo in cui si trova e il recapito telefonico.

N. Prelievo sangue a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di effettuare un prelievo, la Struttura Organizzativa invierà al suo domicilio un medico per effettuare il prelievo, tenuto conto delle disponibilità del laboratorio di analisi di zona e della deteriorabilità del sangue prelevato. La Compagnia terrà a proprio carico l'onorario del medico inviato, mentre **restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti diagnostici.**

La presente prestazione potrà essere richiesta dall'Assicurato anche indipendentemente da un infortunio o malattia, anche sul posto di lavoro, ed **in questo caso il costo del servizio rimarrà interamente a carico dell'Assicurato stesso.**

O. Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora a seguito di infortunio l'Assicurato sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza, per caratteristiche obiettive accertate dai medici della Struttura Organizzativa previa analisi del quadro clinico e d'intesa con il medico curante, la Struttura Organizzativa provvederà, sostenendone le spese, ad:

- individuare e prenotare, tenuto conto delle disponibilità esistenti, l'istituto di cura italiano ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo tra i seguenti:
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso;
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della Struttura Organizzativa.

Non danno luogo alla prestazione le lesioni che a giudizio dei medici possono essere curate presso l'unità ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, nonché le terapie riabilitative.

P. Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui alla precedente lettera O), venga dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la Struttura Organizzativa provvederà, sostenendone le spese, al suo rientro con il mezzo che i medici della Struttura Organizzativa stessa ritengono più idoneo tra i seguenti:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;

- treno, prima classe, e, occorrendo, il vagone letto;
- autoambulanza, senza limiti di percorso.

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

L'Assicurato deve comunicare alla Struttura Organizzativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente al nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la Struttura Organizzativa possa stabilire i necessari contatti.

Q. MAP (Medical Advise Program)

La prestazione è operante dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

Se l'Assicurato, a seguito di infortuni diagnosticati o trattati terapeuticamente, necessita di consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute, potrà contattare direttamente o tramite il proprio medico curante i medici della Struttura Organizzativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

La Struttura Organizzativa metterà in contatto l'Assicurato, o il medico curante, con la centrale di telemedicina.

Per beneficiare della prestazione, l'Assicurato o il medico curante dovranno spiegare ai medici della centrale di telemedicina il caso clinico per il quale richiede l'approfondimento o la seconda opinione medica. I medici della centrale di telemedicina, inquadrato il caso con l'Assicurato o il medico curante, procedono alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria ed elaborano i quesiti che verranno sottoposti ai medici specialisti.

La richiesta di seconda opinione medica così formulata sarà trasmessa al centro medico di riferimento che, eseguite le opportune valutazioni cliniche e diagnostiche e ottenuti i pareri da parte dei propri medici specialisti, formula una risposta scritta, che verrà inviata nel più breve tempo possibile all'Assicurato per il tramite della Struttura Organizzativa.

Entro 7 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della Struttura Organizzativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico di riferimento mediante collegamento telefonico o video conferenza.

Concordata con la centrale di telemedicina e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante, ecc.) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla centrale di telemedicina, alla video conferenza. La Compagnia terrà a proprio carico le relative spese **sino a un massimo di € 500,00 per sinistro.**

Art. B.2 - Delimitazioni, esclusioni ed effetti giuridici relativi a tutte le prestazioni

- a) La garanzia Assistenza è operante - ove non espressamente derogato - esclusivamente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
- b) Tutte le prestazioni sono fornite fino ad un massimo di tre volte per anno assicurativo.
- c) L'Assicurato libera dal segreto professionale, relativamente ai sinistri formanti oggetto della presente assicurazione, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima del sinistro, nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.
- d) Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:
 - 1) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
 - 2) dolo dell'Assicurato;
 - 3) suicidio o tentato suicidio;
 - 4) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
 - 5) malattie nervose e mentali;
 - 6) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.
- e) Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Compagnia non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
- f) Ogni diritto nei confronti della Compagnia si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità a quanto previsto all'art. 2952 del Codice Civile.
- g) Il diritto alle assistenze fornite dalla Compagnia decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro.
- h) La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le

controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

- i) Per tutto quanto non è qui espressamente disciplinato si applicano le disposizioni della legge italiana.

Art. B.3 - Modalità per la richiesta di assistenza

Dovunque si trovi ed in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla Struttura Organizzativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

800 - 010.911

oppure al numero di Milano

02 - 58.28.62.08

Oppure se non può telefonare può inviare un telegramma a: EUROPE ASSISTANCE ITALIA S.p.A.

Piazza Trento, 8

20135 MILANO.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1) Il tipo di assistenza di cui necessita;
- 2) Nome e Cognome;
- 3) Numero di polizza preceduto dalla sigla **ROST**;
- 4) Indirizzo del luogo in cui si trova;
- 5) Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Garanzie complementari relative alla Sezione A) Infortuni

Valide a condizione che nel frontespizio di polizza sia stata indicata la somma assicurata e sia stato corrisposto il relativo premio.

A) Indennità da ricovero per infortunio

Art. I - Rischio assicurato

La Compagnia corrisponde l'indennità assicurata in polizza per ciascun giorno di degenza con pernottamento, in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura, reso necessario da infortunio indennizzabile a termini di polizza.

L'indennità viene corrisposta per un periodo massimo di 250 giorni, anche non consecutivi, per ogni ricovero e per anno assicurativo.

Art. II - Day hospital

La Compagnia corrisponde un'indennità pari al **50%** di quella garantita in caso di ricovero anche nei casi di day hospital, quando questo si protragga **per almeno 2 giorni** anche non consecutivi, **sino ad un massimo di 15 giorni per sinistro e per anno assicurativo a condizione che abbia riguardato prestazioni relative a terapie chirurgiche e mediche conseguenti ad infortunio indennizzabile a termini di polizza.**

Sono esclusi i day hospital per visite specialistiche, analisi cliniche ed esami strumentali eseguiti ai soli fini diagnostici.

Art. III - Indennità di convalescenza post-ricovero

La Compagnia corrisponde a seguito di ricovero che abbia determinato **almeno 3 pernottamenti**, un'indennità supplementare **pari al 75%** di quella garantita in caso di ricovero. Detta indennità viene corrisposta a decorrere dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura e **per un numero di giorni pari al doppio di quelli del ricovero con il massimo di 15 giorni.**

Art. IV - Anticipo dell'indennizzo

Qualora il ricovero si protragga per una durata superiore a 60 giorni, su richiesta dell'Assicurato, la Compagnia anticiperà, entro i 30 giorni successivi, un importo pari all'indennità dovuta per i primi 60 giorni di ricovero.

Questo anticipo sarà dovuto **sempreché non sussistano ragionevoli o giustificati dubbi circa la indennizzabilità del sinistro.**

Art.V - Criteri di liquidazione

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza su **presentazione della cartella clinica completa rilasciata dall'Istituto di cura, dalla quale risulti la diagnosi circostanziata, il numero dei pernottamenti o dei giorni di day hospital. Per i ricoveri e i day hospital avvenuti all'estero l'indennità verrà corrisposta al rientro dell'Assicurato in Italia, nella valuta corrente in Italia.**

B) Indennità da ingessatura per infortunio

Art.VI - Rischio assicurato

Se a seguito di infortunio - indennizzabile a termini di polizza - all'Assicurato sia stata applicata un'ingessatura, **limitatamente al tronco ed ai grandi segmenti articolari**, la Compagnia corrisponde l'indennità assicurata in polizza per ogni giorno in cui l'Assicurato stesso non sia stato in grado di attendere autonomamente alle occupazioni professionali principali e secondarie dichiarate, per un periodo **massimo di 60 giorni per ogni sinistro e per ogni anno assicurativo.**

Sono incluse nell'assicurazione le ingessature che riguardano le singole dita della mano o del piede **purché compertino**

l'immobilizzazione totale del corrispondente segmento articolare. **Detta indennità non è cumulabile con quella da ricovero per infortunio compresa l'eventuale indennità di convalescenza post-ricovero;** nel caso di coesistenza viene riconosciuta quella più favorevole all'Assicurato.

Art.VII - Criteri di liquidazione

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza **dietro presentazione dei documenti giustificativi che ne riportino l'esatta durata. La giornata di applicazione dell'ingessatura e quella di rimozione sono considerate un'unica giornata.**

C) Rimborso spese mediche per infortunio

Art.VIII - Rischio assicurato

La Compagnia rimborsa, sino alla concorrenza della somma indicata in polizza a tale titolo, **per ogni sinistro e per anno assicurativo**, le spese sostenute dall'Assicurato, rese necessarie a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza, per:

- **in caso di sinistro che comporti un ricovero, con o senza intervento chirurgico -**
 - a) gli onorari dei medici chirurghi;
 - b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
 - c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
 - d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse le cure termali**), effettuate nel periodo di ricovero e **sino al 60° giorno successivo a quello di dimissione;**
 - e) le rette di degenza, **esclusa ogni spesa di natura alberghiera;**
 - f) il trasporto dell'Assicurato dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, con qualsiasi mezzo di soccorso sanitario ritenuto utile allo scopo, **entro il limite del 10% della somma assicurata;**
- **in caso di sinistro senza ricovero -**
 - a) gli onorari dei medici chirurghi;
 - b) gli accertamenti diagnostici, le analisi di laboratorio e i relativi tickets;
 - c) l'assistenza medica e i medicinali prescritti dal medico curante;
 - d) le cure e i trattamenti fisioterapici e rieducativi (**escluse le cure termali**), **sino al 45° giorno successivo a quello dell'infortunio, con il massimo di € 400,00 per sinistro;**
 - e) il trasporto dell'Assicurato in autoambulanza, dal luogo dell'infortunio all'Istituto di cura, **entro il limite del 10% della somma assicurata con il massimo di € 500,00.**

Art. IX - Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le spese odontoiatriche, quelle necessarie al rilascio delle notule dei medici di parte e quelle necessarie per la stesura delle relazioni medico-peritali.

Art. X - Criteri di liquidazione

La Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto e su **presentazione in originale dei documenti giustificativi, debitamente quietanzati, e della certificazione medica (compresa l'eventuale cartella clinica completa).**

A richiesta dell'Assicurato la Compagnia restituisce i documenti giustificativi previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale dei predetti documenti per ottenere il rimborso, la Compagnia effettua il pagamento di quanto dovuto a termini di polizza, su presentazione di una certificazione delle spese effettivamente sostenute al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, nella valuta corrente in Italia.

Per tutto quanto non regolato dalle presenti Garanzie Complementari, valgono le Condizioni Generali di Assicurazione e le vigenti norme di legge.

Condizioni particolari relative alla Sezione A) Infortuni

Valide soltanto se espressamente richiamate nel frontespizio di polizza.

- a) **Limitazione dell'assicurazione agli infortuni extraprofessionali**
L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge senza carattere di professionalità.
- b) **Limitazione dell'assicurazione agli infortuni professionali**
L'assicurazione vale esclusivamente per le attività che l'Assicurato svolge con carattere di professionalità, nonché per gli infortuni in itinere come da art. 12 del D.Lgs. n. 38/2000.
- c) **Riferimento alla tabella di legge per i casi di invalidità permanente (tabella INAIL)**
Non concedibile in abbinamento alla Condizione Particolare f).
A parziale deroga dell'Articolo A.15, la tabella delle percentuali di invalidità permanente ivi prevista, si intende sostituita con quella, riportata in calce alla polizza, di cui all'allegato n. 1 al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124.
La Compagnia rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge stessa.
- d) **Franchigia assoluta per invalidità permanente**
L'Articolo A.16 si intende annullato e sostituito dal seguente:
In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:
- **sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00**, la Compagnia corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di polizza senza applicazione di alcuna franchigia;
- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 e fino al massimo della somma assicurata**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
- e) **Franchigia differenziata per invalidità permanente**
L'Articolo A.16 si intende annullato e sostituito dal seguente:
In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata come segue:
- **sulla parte della somma assicurata fino a € 150.000,00**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 3%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente; tuttavia, se l'invalidità permanente accertata supera il 20% della totale, non verrà applicata la suddetta franchigia;
- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 150.000,00 e fino a € 250.000,00**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 5%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente;
- **sulla parte della somma assicurata eccedente € 250.000,00 e fino al massimo della somma assicurata**, la Compagnia non corrisponderà alcun indennizzo qualora l'invalidità permanente non sia di grado superiore al 10%; se invece l'invalidità permanente risulterà superiore a tale percentuale, l'indennizzo verrà corrisposto solo per la parte eccedente.
- f) **Tabella per il calcolo dell'indennizzo dell'invalidità permanente**
L'Articolo A.16 si intende annullato e sostituito dal seguente:
In caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza, che determini un'invalidità permanente, la liquidazione dell'indennizzo verrà effettuata secondo lo schema che segue:

Grado di invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare
1	0
2	0
3	0
4	0
5	0
6	1
7	2
8	3
9	4
10	5
11	6
12	7
13	8
14	9
15	10
16	11
17	12
18	13
19	14
20	15
21	17
22	19
23	21
24	23
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	32
32	34
33	36
34	38
35	40
36	42
37	44
38	46
39	48
40	50
41	52
42	54
43	56
44	58
45	60
46	62
47	64
48	66
49	68
50	70

Grado di invalidità permanente accertata	Percentuale da liquidare
51	72
52	74
53	76
54	78
55	80
56	82
57	84
58	86
59	88
60	90
61	92
62	94
63	96
64	98
65	100
66	100
67	100
68	100
69	100
70	100
71	100
72	100
73	100
74	100
75	100
76	100
77	100
78	100
79	100
80	100
81	100
82	100
83	100
84	100
85	100
86	100
87	100
88	100
89	100
90	100
91	100
92	100
93	100
94	100
95	100
96	100
97	100
98	100
99	100
100	100

TABELLA DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI

Classe di rischio "A"

- Agenti:
 - cinematografici
 - di borsa/cambio
 - di commercio/industria **occupati solo in ufficio**
 - di pubblicità
 - di viaggio
 - immobiliari
 - marittimi
 - teatrali
- Albergatori **senza lavoro manuale**
- Amministratori di beni propri o altrui
- Antiquari (**solo vendita**)
- Architetti **senza accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature**
- Artigiani **senza lavoro manuale**
- Avvocati
- Barbieri
- Benestanti senza altre occupazioni
- Biologi
- Casalinghe
- Clero (appartenenti al)
- Commercialisti
- Commercianti (proprietari e/o addetti) **solo servizio clienti, senza lavoro manuale (esclusi gioiellieri e orefici)**
- Consiglieri di amministrazione
- Consulenti del lavoro
- Consulenti **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Dirigenti **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Disegnatori **senza accesso a cantieri ed officine**
- Estetisti, callisti, manicure
- Farmacisti
- Fisioterapisti
- Fotografi
- Geometri **senza accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature**

- Impiegati e quadri **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Imprenditori (**esclusi agricoltori**) **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature e senza lavoro manuale**
- Indossatori
- Infanti
- Infermieri
- Ingegneri **senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Insegnanti (**esclusi quelli di educazione fisica**)
- Magistrati
- Massaggiatori
- Medici
- Notai
- Odontotecnici
- Ostetrici
- Ottici, optometristi
- Parrucchieri
- Pensionati
- Pittori **solo di quadri**
- Postini
- Procuratori legali
- Psicologi
- Pubblicitari
- Ristoratori **senza lavoro manuale**
- Sarti
- Scrittori
- Studenti
- Vetrinisti

Classe di rischio "B"

- Addetti in imprese di pulizie
- Agenti di commercio/industria occupati anche all'esterno
- Agricoltori **senza uso di macchine**
- Agronomi

- Albergatori con lavoro manuale
- Allenatori sportivi
- Allevatori di bestiame **senza lavoro manuale**
- Antiquari con restauro **solo di quadri**
- Apicoltori
- Architetti con accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature
- Assistenti sociali
- Autisti di autovetture in servizio pubblico e privato
- Autotrasportatori **senza guida di autocarri**
- Ballerini
- Baristi
- Benzinai
- Bidelli
- Calzolai
- Camerieri
- Cantanti
- Ceramisti
- Collaboratori familiari
- Commercianti (proprietari e/o addetti) con lavoro manuale, **esclusi quelli appartenenti alle classi di rischio "C", "D" e "R.E."**
- Consulenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Coreografi
- Corniciai
- Direttori d'orchestra
- Dirigenti con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Disegnatori con accesso a cantieri ed officine
- Enologi, enotecnici
- Facchini (portabagagli)
- Fattorini
- Floricoltori
- Geometri con accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature
- Gestori di autorimesse (**senza autoriparazione**)
- Giardinieri **senza potatura di alberi**
- Gioiellieri
- Giornalisti
- Gommisti (riparazione e vendita)
- Grafici
- Guardiacaccia
- Guardiapesca
- Guide turistiche, **escluse guide alpine**
- Imbianchini **senza accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature**
- Impiegati e quadri con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Imprenditori (**esclusi agricoltori**) con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature e **senza lavoro manuale**
- Ingegneri con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Insegnanti di educazione fisica
- Istruttori di scuola guida
- Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, **senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Litografi
- Musicisti
- Orefici
- Paramedici
- Periti (**esclusi periti navali**)
- Pizzaioli
- Portieri di stabili **senza conduzione caldaie**
- Rappresentanti
- Restauratori (**solo di quadri**)
- Riparatori radio - TV, elettrodomestici, videogiochi, **senza installazione di antenne**
- Ristoratori con lavoro manuale
- Scenografi
- Spedizionieri
- Tappezzieri
- Tassisti
- Tipografi
- Veterinari
- Vigili urbani **non motociclisti**
- Vivaisti

Classe di rischio "C"

- Antiquari con restauro in genere
- Artigiani **senza uso di macchine e senza accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature**
- Autotrasportatori con guida di autocarri di portata **fino a 4 t. a pieno carico**
- Bagnini
- Carrozzeri di autoveicoli
- Casari
- Cavaioi **senza uso di mine**
- Chimici **non a contatto con esplosivi od energia nucleare**
- Commercianti (proprietari e/o addetti) con lavoro manuale:
 - di bestiame
 - di calce, cemento
 - di combustibili
 - di legnami
 - di materie ferrose
- Cuochi
- Elettrauti
- Elettrecisti che lavorano **solo all'interno di edifici ed a contatto con correnti a bassa tensione (<600 V. corrente continua e < 400 V. corrente alternata)**

- Fornai
- Geologi
- Idraulici
- Imbianchini con accesso a cantieri, ponteggi ed impalcature
- Marmisti **senza accesso a cave**
- Meccanici di autofficina
- Netturbini
- Orafi
- Pavimentatori, piastrellisti
- Periti navali
- Portieri di stabili con conduzione caldaie
- Registi
- Restauratori in genere
- Scultori

Classe di rischio "D"

- Abbattitori di piante, boscaioli
- Agricoltori con uso di macchine
- Allevatori di bestiame con lavoro manuale
- Artigiani con uso di macchine e/o con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Autisti di autobus, motocarri, macchine operatrici
- Autotrasportatori con guida di autocarri di portata superiore a 4 t. a pieno carico
- Carpenteri
- Elettricisti che lavorano anche all'esterno di edifici ed a contatto anche con correnti ad alta tensione
- Fabbri
- Facchini addetti al carico e scarico di merci in genere
- Falegnami
- Giardinieri con potatura di alberi
- Lavoratori dipendenti, diversi da impiegati, quadri e dirigenti, con uso di macchine e/o con accesso a cantieri, officine, ponteggi ed impalcature
- Macellai con partecipazione ad attività di macellazione
- Muratori
- Operai
- Pescatori
- Portavalori
- Riparatori radio - TV, elettrodomestici, videogiochi, con installazione di antenne
- Vetrai
- Vigili urbani motociclisti

Rischi classificati "R.D."

(Riservati alla Direzione)

- Agenti e mediatori di assicurazioni
- Arbitri sportivi
- Attori
- Battellieri
- Cavaioli con uso di mine
- Fotoreporter
- Giocolieri
- Guardie notturne/giurate
- Marinai
- Marittimi
- Marmisti con accesso a cave
- Personale di volo (**esclusi i piloti**)
- Speleologi

Rischi classificati "R.E."

(Rischi esclusi)

- Acrobati
- Agenti:
 - di custodia
 - di pubblica sicurezza
- Artificieri
- Calciatori
- Carabinieri
- Cavallerizzi
- Chimici a contatto con esplosivi od energia nucleare
- Collaudatori di veicoli o natanti a motore
- Commercianti (proprietari e/o addetti) di esplosivi
- Commissari di pubblica sicurezza
- Corridori
- Domatori
- Fantini
- Giostrai
- Guardia di finanza (appartenenti alla)
- Guide alpine
- Militari in servizio effettivo
- Minatori
- Palombari
- Piloti in genere
- Pirotecnici
- Pugili
- Sommozzatori
- Vigili del fuoco

N.B.: la descrizione di alcune attività professionali potrà essere riportata nella scheda di polizza in forma abbreviata.

TABELLA INAIL

TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Allegato n. I al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124

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

TABELLA DI LEGGE PER I CASI DI INVALIDITÀ PERMANENTE (SEGUE)

Descrizione	Percentuali	
	destro	sinistro
Anchilosi totale dell'articolazione del gomito in estensione completa o quasi:		
a) in semipronazione	40%	35%
b) in pronazione	45%	40%
c) in supinazione	55%	50%
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35%	30%
Anchilosi completa dell'articolazione radio-carpi 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'avanpiede 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%

N.B.: in caso di constatato mancinismo le percentuali stabilite per l'arto superiore destro si intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

TABELLA DI VALUTAZIONE DELLE MENOMAZIONI DELL'ACUTEZZA VISIVA

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

Note:

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

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

ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI NEL TESTO E NELLA SCHEDA DI POLIZZA

Gli articoli sono riportati integralmente; nel testo e nella scheda di polizza può essere fatto riferimento anche soltanto ad una parte degli stessi.

Art. 60 - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

Oltre che nel caso indicato nell'art. 58, può essere dichiarata la morte presunta nei casi seguenti:

- 1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;
- 2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;
- 3) quando alcuno è scomparso per un infortunio e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto.

Art. 1341 - Condizioni generali di contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni

alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso, o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi

abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 - Assicurazione in nome e per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome e per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave.

L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'assicurato deve rispondere. Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del contraente, dell'assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni dell'assicuratore.

Art. 1901 - Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, indicando ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1912 - Terremoto, guerra, insurrezione, tumulti popolari

Salvo patto contrario, l'assicuratore non è obbligato per i danni determinati da movimenti tellurici, da guerra, da insurrezione o da tumulti popolari.

Art. 1913 - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o

all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 - Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

Informativa ai sensi dell'articolo 13 del "Codice in materia di protezione dei Dati Personali" - D.Lgs. 196/2003

Gentile Cliente, in applicazione della normativa sulla "privacy", La informiamo sui trattamenti dei Suoi dati personali e sui diritti che Le spettano¹.

I. Trattamenti dei dati personali per finalità assicurative²

Al fine di fornire i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, la nostra Compagnia tratta dati personali che La riguardano - raccolti presso di Lei o presso altri soggetti³ e/o che devono essere forniti da Lei o da terzi per obblighi di legge⁴ - nel quadro delle finalità assicurative (e, a titolo esemplificativo e non esaustivo, per : valutazione del rischio, predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri, attività antifrode e di tutela dei propri diritti, ecc.)⁵, secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione. Per quanto attiene ai dati personali comuni si tratta in generale di casi nei quali il trattamento può essere effettuato senza consenso.

Le chiediamo pertanto di esprimere il consenso per il trattamento:

- dei Suoi dati comuni strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi, per eventuali ipotesi diverse dai casi nei quali il trattamento dei dati personali può essere effettuato senza consenso ai sensi dell'art. 24 del Codice;
- per il trattamento degli eventuali dati sensibili⁶ strettamente inerenti alla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi citati (il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela⁷ - ad esempio i dati giudiziari - è effettuato, nei limiti strettamente necessari, come previsto dalle norme e dalle Autorizzazioni generali del Garante per la protezione dei dati personali).

Inoltre, esclusivamente per le finalità assicurative sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente con la nostra Compagnia, i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero⁸ - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la c.d. "catena assicurativa"⁹. Gli ulteriori consensi che chiediamo riguardano, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni ai soggetti suddetti

¹ Come previsto dall'art. 13 del Codice per la protezione dei dati personali (decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e succ. mod.), in prosieguo per brevità "codice".

² La "finalità assicurativa" richiede necessariamente, tenuto conto anche della raccomandazione del Consiglio d'Europa REC(2002)9, che i dati siano trattati per: predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistiche.

³ Ad esempio: contraenti di assicurazioni cui l'interessato risulti assicurato, beneficiario, ecc.; coobbligati; agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.; soggetti che, per soddisfare le richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro, ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo (v. nota 7, quarto e quinto trattino); altri soggetti pubblici (v. nota 9, sesto e settimo trattino).

⁴ Ad esempio: ai sensi della normativa contro il riciclaggio, per Casellario Centrale Infortuni e Motorizzazione Civile.

⁵ Per maggiori dettagli v. nota 2.

⁶ Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, ossia: "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

⁷ Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. e), del Codice, ossia: "i dati personali idonei a rivelare provvedimenti di cui all'articolo 3, comma 1, lettere da a) a o) e da r) a u), del D.P.R. 14 novembre 2002, n. 313, in materia di casellario giudiziale, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti, o la qualità di imputato o di indagato ai sensi degli articoli 60 e 61 del codice di procedura penale".

⁸ Anche extra UE.

⁹ Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:

- assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti e broker di assicurazione e di riassicurazione, loro collaboratori e dipendenti e incaricati, nonché produttori, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, SIM; legali; periti; fiduciari; autofficine; centri di demolizione di autoveicoli;
- società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali - per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela - (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari e di rating; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti; (v. tuttavia anche nota 13);
- altre società del Gruppo a cui appartiene la nostra Compagnia (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- ANIA - Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici (Via della Frezza, 70 - Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa; ciò anche con riferimento all'attività svolta da ANIA, di concerto con l'Autorità Giudiziaria e le Forze dell'Ordine, a tutela dei diritti dell'industria assicurativa e della collettività rispetto alle frodi;
- organismi consortili propri del settore assicurativo - che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati - quali (ripartiti secondo i rami assicurativi interessati);
- assicurazioni R.C. generale: Pool per l'Assicurazione R.C. Inquinamento (C.so Venezia, 48 - Milano), per la valutazione dei rischi da inquinamento e/o

e trasferimenti all'estero¹⁰, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti dei dati personali ed eventualmente sensibili all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti¹¹.

Precisiamo che senza i dati suddetti e senza il conferimento dei consensi ora indicati, trattandosi di trattamenti obbligatori o comunque di trattamenti la cui omissione rende impossibile in tutto o in parte l'erogazione, dei servizi e/o prodotti assicurativi citati, non potremo fornire in tutto o in parte i servizi e/o prodotti stessi.

II. Trattamento dei dati personali per finalità di profilazione

La nostra Compagnia intende inoltre effettuare trattamenti dei dati per finalità di profilazione al fine di individuare le Sue necessità, in modo da poter creare offerte personalizzate che Le consentano di effettuare scelte rispondenti alle Sue esigenze assicurative. Le chiediamo quindi di voler esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati per finalità di profilazione.

Inoltre, per le medesime finalità, tali dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari¹². Il consenso richiesto riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti ed eventuali comunicazioni effettuati da tali soggetti autonomi per dette attività di profilazione che vengono svolte tramite i soggetti stessi.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto a concederlo non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi.

III. Trattamento dei dati personali per ricerche di mercato e/o finalità promozionali

Le chiediamo inoltre di voler esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati da parte della nostra Compagnia al fine di rilevazione della qualità dei servizi o dei bisogni della clientela e di effettuazione di ricerche di mercato ed indagini statistiche, nonché di svolgimento di attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi (anche per l'invio di comunicazioni commerciali o pubblicitarie al Suo indirizzo), così da consentirci un costante miglioramento dei nostri prodotti / servizi e di tenerLa informata.

Per le medesime finalità, tali dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano per nostro conto - in Italia o all'estero - come autonomi titolari¹³ e che collaborano ai trattamenti indicati; il consenso riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati da tali soggetti per le finalità suddette.

Solo se Lei conferisce apposito ulteriore consenso, le attività promozionali suddette potranno essere, inoltre, svolte anche mediante l'utilizzo della posta, posta elettronica, fax, oppure avvalendosi di sistemi automatizzati di chiamata e messaggi del tipo MMS, SMS o di altro tipo.

I trattamenti per finalità promozionali potranno essere effettuati, solo se Lei presta il relativo consenso, anche mediante l'incrocio dei dati ricavabili dall'attività di profilazione e/o utilizzando gli stessi, di cui al punto II della informativa, anche al fine di poter creare

assunzione e conseguente ripartizione degli stessi in riassicurazione tra le imprese assicuratrici consorziate;

- assicurazioni R.C. auto e natanti: Consorzio per la Convenzione Indennizzo Diretto - CID (Piazza S. Babila, 1 - Milano), per la gestione della Convenzione per l'indennizzo diretto, che impegna le imprese assicuratrici aderenti a risarcire, nell'interesse e in nome di ogni altra impresa partecipante, i propri assicurati R.C. auto per sinistri imputabili a soggetti assicurati presso ogni altra impresa aderente, ottenendone successivamente il rimborso da quest'ultima; Convenzione CARD (Piazza S. Babila, 1 - Milano) per la cooperazione tra imprese assicuratrici in ordine alla organizzazione ed alla gestione del sistema del Risarcimento Diretto ed ai rimborsi ed alle compensazioni conseguenti ai risarcimenti operati ai sensi degli artt. 141, 148 e 150 del D.Lgs 209/2005 e del DPR N° 254/2006 ; Ufficio Centrale Italiano - UCI S.c. a r.l. (Corso Sempione, 39 - Milano), il quale gestisce e liquida i sinistri provocati in Italia da veicoli immatricolati in Stati esteri alle condizioni di cui agli artt. 125 e 126 del D. Lgs. 209/2005, garantisce le "carte verdi" emesse dalle imprese assicuratrici socie, garantisce il rimborso dei sinistri causati all'estero da veicoli immatricolati in Italia non assicurati o assicurati presso imprese assicuratrici poste in liquidazione coatta amministrativa;
- CONSAP - Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici (Via Yser Roma, 14 - Roma), la quale, in base alle specifiche normative, gestisce lo stralcio del Conto consortile R.C. auto, il Fondo di garanzia per le vittime della strada, il Fondo di garanzia per le vittime della caccia, gli aspetti amministrativi del Fondo di solidarietà per le vittime dell'estorsione, regola fra le imprese i rapporti

economici derivanti dalla liquidazione dei sinistri in regime di Risarcimento Diretto e altri Consorzi costituiti o da costituire, la riassicurazione dei rischi agricoli, le quote delle cessioni legali delle assicurazioni vita; commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 - Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;

- nonché altri soggetti, quali: Banca d'Italia - Via Nazionale 92 Roma; Casellario Centrale Infortuni (Via R. Ferruzzi, 38 - Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; Ministero delle infrastrutture - Dipartimento Trasporti Terrestri (Via di Settebagni 333 - Roma) - il quale, in base all'art. 226 cod. strad., gestisce l'Archivio nazionale dei veicoli e l'Anagrafe nazionale degli abilitati alla guida; CONSOB - Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G.B. Martini, 3 - Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP - Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e delle politiche sociali (Via Veneto, 56 - Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 - Roma), ecc.; Ministero dell'economia e delle finanze - Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 - Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605; Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da

e farLe conoscere, con comunicazioni dirette, apposite offerte elaborate tenendo conto delle Sue esigenze su misura per Lei.

Precisiamo che tutti i consensi richiesti in questa sezione sono del tutto facoltativi e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi.

IV. Modalità di utilizzo dei dati personali

I dati sono trattati¹⁴ dalla nostra Compagnia - Titolare del trattamento - solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie, rispettando le misure minime di sicurezza previste dal Codice, per fornirLe i servizi e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti e/o le attività di natura assicurativa sopra indicate, ovvero, qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche, attività promozionali e/o di profilazione; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati ed eventualmente trasferiti all'estero¹⁵, per i suddetti fini ai soggetti in precedenza già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta si sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa e conformi alla normativa. Nella nostra Compagnia, i dati sono trattati dai dipendenti e collaboratori, espressamente designati, Incaricati e/o Responsabili, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa; lo stesso avviene presso i soggetti

già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia - operanti talvolta anche all'estero - che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa¹⁶, che sono stati designati di norma¹⁷ Responsabili Esterni di trattamento; lo stesso possono fare anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. I consensi sopra richiesti si riferiscono, come precisato, anche alle modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

V. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati trattati dalla nostra Compagnia e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento¹⁸. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può rivolgersi al nostro Responsabile per il riscontro con gli interessati, presso **RSA - Sun Insurance Office Ltd. - Ufficio Privacy**, Via Martin Piaggio 1, 16122 Genova, telefono 010.8330333, telefax 010.8330594, e-mail: info.privacy@it.rsagroup.com¹⁹. L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile consultando il sito internet www.rsagroup.it.

altri eventi naturali, i quali, in base alle leggi sui rischi agricoli, possono operare come delegatari delle imprese assicuratrici consorziate per l'assicurazione dei danni prodotti dalla grandine e dal gelo (il consorzio a cui aderisce l'assicurato); Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; V.V.F.F.; V.V.U.U.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.

¹⁰ Anche extra UE.

¹¹ Vedasi nota 9.

¹² I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene il Titolare (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti e società assimilate; assicuratori, coassicuratori; agenti e broker di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, SIM.

¹³ I dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società del Gruppo a cui appartiene la nostra Compagnia (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori, coassicuratori; agenti, sub-agenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim.

¹⁴ Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati.

¹⁵ Anche extra UE.

¹⁶ Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di Responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti "Titolari" di trattamento rientrano, come detto, nella c.d. "catena assicurativa" con funzione organizzativa (v. nota 9, secondo trattino).

¹⁷ Salvo alcuni che operano come Titolari Autonomi.

¹⁸ Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

¹⁹ L'elenco completo e aggiornato dei soggetti ai quali i dati sono comunicati e quello dei responsabili del trattamento, nonché l'elenco delle categorie dei soggetti che vengono a conoscenza dei dati in qualità di incaricati del trattamento, sono disponibili gratuitamente chiedendoli all'Ufficio indicato in informativa. L'elenco completo e aggiornato dei responsabili del trattamento è disponibile alla pagina "Responsabili trattamento dati personali".

