



Gruppo Assicurativo Allianz 

PERSONA PROTETTA

Fascicolo Informativo

Modello: FI 04 - IN12- 01/2013 – 31/05/2016

Contratto di assicurazione contro gli Infortuni

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- 1) Nota Informativa al Contraente comprensiva del Glossario;
- 2) Condizioni di Assicurazione;

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

AVVERTENZA

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

Contratto di Assicurazione contro gli Infortuni Polizza "PERSONA PROTETTA"

LA PRESENTE NOTA INFORMATIVA E' REDATTA SECONDO LO SCHEMA PREDISPOSTO DALL'IVASS, MA IL SUO CONTENUTO NON E' SOGGETTO ALLA PREVENTIVA APPROVAZIONE DELL'IVASS.
IL CONTRAENTE DEVE PRENDERE VISIONE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

A. INFORMAZIONE SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Denominazione sociale e forma giuridica dell'Impresa assicuratrice

CreditRas Assicurazioni S.p.A., società appartenente al gruppo assicurativo Allianz, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 018, soggetta alla direzione e coordinamento di Allianz S.p.A..

Sede legale

Corso Italia, 23 - 20122 Milano (Italia).

Recapito Telefonico – 800 11 66 33

Sito Internet - www.creditrasassicurazioni.it

Indirizzo e-mail - info_creditras@allianz.it.

Indirizzo Mail PEC: creditrasassicurazioni@pec.allianz.it

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

L'Impresa è stata autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 19/03/1990, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31/03/1990 ed iscritta all'Albo delle imprese di assicurazioni n. 1.00088.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Informazioni Patrimoniali

Il Patrimonio netto dell'Impresa è pari a 75,578 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa al capitale sociale è pari a 12 milioni di euro.

La parte del patrimonio netto relativa alle riserve patrimoniali è pari a 58,503 milioni di euro.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari a 371,5 % e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

I dati di cui sopra sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione patrimoniale al 31/12/2015.

Si precisa, inoltre, che gli aggiornamenti del Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative saranno consultabili sul sito internet www.creditrasassicurazioni.it.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Rinnovo del Contratto

AVVERTENZA: il contratto in assenza di disdetta inviata da una delle Parti a mezzo lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della sua naturale scadenza, si rinnova tacitamente. Nel caso in cui sia inoltrata regolare disdetta si ricorda che la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà quindi applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Articolo 1901 c.c., secondo comma. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio" e "Durata e proroga dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

3.

Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Coperture assicurative

Il presente contratto permette di assicurarsi contro i Danni derivanti dagli INFORTUNI subiti nell'esercizio delle attività professionali indicate in polizza e nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati: "Oggetto dell'assicurazione" presente nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI, "Invalidità permanente da infortunio", "Morte da infortunio", "Rimborso spese mediche" presenti nella Sezione GARANZIE.

L'offerta si compone di tre soluzioni predefinite e non modificabili che, ferme le garanzie, si differenziano unicamente per gli importi delle somme assicurate, e tra cui il Contraente potrà scegliere, ovvero:

Soluzione	Invalidità Permanente	Morte da Infortunio	Rimborso Spese Mediche	Assistenza
BASE	100.000 Euro	50.000 Euro	5.000 Euro	a seconda delle prestazioni previste
PLUS	200.000 Euro	100.000 Euro	7.500 Euro	a seconda delle prestazioni previste
TOP	300.000 Euro	150.000 Euro	10.000 Euro	a seconda delle prestazioni previste

Limitazioni e Esclusioni

AVVERTENZA: il contratto prevede una serie di limitazioni ed esclusioni per ciascuna delle coperture assicurative offerte, nonché ipotesi di sospensione delle stesse, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Le stesse vengono riportate di seguito. Si rinvia per maggior dettaglio alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati: "Oggetto dell'Assicurazione", "Esclusioni", "Persone non assicurabili" presenti nella Sezione CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI, "Morte da Infortunio" presente nella Sezione GARANZIE, "Variazioni delle attività professionali assicurate" presente nella Sezione OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE, "Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio", "Dichiarazioni inesatte od omissioni", "Altre assicurazioni" presenti nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

AVVERTENZA: nel contratto le garanzie vengono prestate entro il limite dei massimali e/o delle somme assicurate prescelte; si rammenta inoltre che può essere prevista l'applicazione di scoperti e/o franchigie in sede di corresponsione dell'indennizzo. Per maggior dettaglio sull'ambito di applicazione di tali limiti si rinvia agli Articoli di seguito indicati: "Invalidità permanente da infortunio", "Determinazione dell'indennità per il caso di invalidità permanente da infortunio", "Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di invalidità permanente da infortunio", "Rimborso spese mediche" presenti nella Sezione GARANZIE.

Esemplificazione dell'applicazione di scoperto e/o franchigia:

- **Franchigia presente in polizza 7%**
 - Capitale assicurato = € 100.000
 - Invalidità Permanente da Infortunio accertata = 10%
 - Applicazione della tabella di liquidazione prevista dalla "Franchigia 7%" (stabilisce che a fronte di un'invalidità del 10% si liquida il 3% del capitale assicurato)
 - Invalidità Permanente da Infortunio liquidata = il 3% di € 100.000 = 3.000

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

4.

Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze di rischio

Dichiarazioni del Contraente e/o dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

AVVERTENZA: le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte dell'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Articoli 1892, 1893 e 1894 c.c..

Per maggior dettaglio si rinvia all'Articolo "Dichiarazione inesatte od omissioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

5.

Aggravamento e Diminuzione del rischio

Aggravamento e Diminuzione del rischio

Tutte le circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscono sulla valutazione del rischio e danno luogo ad un aggravamento o ad una diminuzione dello stesso, nonché eventuali variazioni della professione svolta, devono essere tempestivamente comunicate per iscritto dal Contraente e/o dall'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia agli Articoli "Modifiche dell'assicurazione", "Dichiarazioni inesatte od omissioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Esemplificazione:

- **Aggravamento**
- STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO
La sopravvenienza in corso di contratto di una malattia grave (ad esempio l'epilessia) o di una invalidità permanente comporta aggravamento di rischio.
- **Diminuzione**
- VARIAZIONE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE DICHIARATA
Un cambiamento dell'attività professionale svolta, che comporti il passaggio da una categoria di rischio più elevato ad una categoria di rischio inferiore (ad esempio da "Boscaiolo" a "Cameriere") costituisce diminuzione di rischio.

6.

Premi

Pagamento del Premio

Il premio consiste nel corrispettivo pagato dal contraente per poter usufruire della copertura assicurativa.

Il premio è determinato per periodi di assicurazione di un anno, ed è dovuto per intero, anche se ne sia stato concesso il frazionamento.

In caso di pagamento frazionato del premio in rate mensili non sono previste addizionali.

8.

Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

Prescrizione dei Diritti

Ai sensi dell' Articolo 2952 c.c. i diritti derivanti dal contratto dei soggetti nel cui interesse è stipulato il contratto stesso si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

9.

Legge applicabile al contratto

Legge applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana.

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

10. Regime Fiscale

CONTRAENTE PERSONA FISICA NON NELL'ESERCIZIO D'IMPRESA

Nel caso in cui il Contraente persona fisica non nell'esercizio d'impresa coincida con l' Assicurato, i premi versati per le assicurazioni sulla vita di "puro rischio", intendendosi per tali le assicurazioni aventi ad oggetto esclusivo i rischi di morte, di invalidità permanente (in misura non inferiore al 5%) o di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, e a condizione che l'Impresa non abbia facoltà di recesso, danno diritto annualmente ad una detrazione dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dal Contraente nella misura e per gli importi massimi previsti dalla normativa pro tempore vigente.

Nel caso in cui il Contraente persona fisica non nell'esercizio d'impresa non coincida con l' Assicurato, per poter beneficiare della detrazione è necessario che l'Assicurato risulti fiscalmente a carico del Contraente.

Ai fini della detrazione d'imposta devono essere considerati, oltre ai premi versati per le assicurazioni sopra indicate, anche eventuali premi versati dal Contraente a fronte di assicurazioni sulla vita o assicurazioni infortuni stipulate anteriormente al 1° gennaio 2001 (che conservano il diritto alla detrazione d'imposta), fermo restando il limite massimo previsto dalla normativa pro tempore vigente. In virtù della detrazione d'imposta, il costo effettivo della copertura potrebbe risultare inferiore ai premi versati.

CONTRAENTE PERSONA GIURIDICA, SOCIETA' DI PERSONE O IMPRESA INDIVIDUALE

Nel caso in cui il Contraente sia persona giuridica, società di persone o impresa individuale, l'eventuale trattamento fiscale del premio dipenderà dalla normativa e dalle disposizioni fiscali tempo per tempo vigenti e da una serie di elementi fra i quali la natura del rapporto fra Contraente e Assicurato.

11. Nuova Area Riservata per la consultazione via web della posizione assicurativa

Si informa la clientela che il 30 ottobre 2013 è stata attivata nel sito internet di CreditRas Assicurazioni S.p.A. all'indirizzo www.creditrasassicurazioni.it un'apposita Area Riservata a disposizione di ciascun titolare di posizione assicurativa ed i cui contenuti sono quelli richiamati dal provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013.

Si tratta, nello specifico, di un nuovo spazio dedicato attraverso cui ciascun cliente può accedervi con la possibilità di consultare nonché di tenere costantemente monitorata la propria posizione assicurativa. Per accedere basta selezionare l'apposito link presente nella homepage del sito internet della Compagnia e, dopo una semplice registrazione, l'utente riceverà, all'indirizzo di posta elettronica dallo stesso indicato, le credenziali identificative rilasciate per l'accesso.

Tramite l'Area Riservata, con riferimento ai contratti assicurativi sottoscritti dal 1° settembre 2013, diventa possibile consultare le proprie coperture attive, le relative condizioni contrattuali nonché le comunicazioni della Compagnia e tenere costantemente sotto controllo lo stato dei pagamenti dei premi e delle relative prossime scadenze.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri liquidazione dell'indennizzo

Modalità e termini della denuncia

AVVERTENZA: il contratto prevede obblighi relativi a modalità e termini per la denuncia dei sinistri ed eventuali spese per l'accertamento del danno, nonché le ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia per maggior dettaglio delle procedure liquidative alla disciplina specifica degli Articoli di seguito indicati:

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

- “Obblighi”, “Criteri di indennizzabilità”, “Pagamento dell’indennità”, “Anticipo sull’indennità per il caso di Invalidità permanente”, presenti nella Sezione Norme in caso di Sinistro, “Invalidità permanente da infortunio”, “Determinazione dell’indennità per il caso di invalidità permanente da infortunio”, “Criteri di corresponsione dell’indennità per il caso di invalidità permanente da infortunio” presenti nella Sezione GARANZIE.

AVVERTENZA: per tutte le garanzie la denuncia del sinistro deve essere effettuata direttamente presso la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l., con le modalità e nei termini di cui all’Articolo “Obblighi” delle Norme in caso di Sinistro della Sezione Infortuni e della Sezione Assistenza, cui si rinvia per maggior dettaglio.

13. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale, compresi quelli relativi alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa, possono essere presentati alla Compagnia mediante:

- posta cartacea indirizzata a: CreditRas Assicurazioni S.p.A. – Servizio Clienti - Corso Italia, 23 - 20122 Milano;
- e-mail: reclami@creditrassicurazioni.it
- fax: 02 72.16.25.88;

La Società fornirà risposta entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

In caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo o qualora l’esito dello stesso non sia stato ritenuto soddisfacente o in assenza di riscontro da parte della Compagnia nel termine massimo sopracitato, il reclamante potrà rivolgersi a:

IVASS

Servizio Tutela degli utenti

Via del Quirinale 21, 00187 Roma

Fax: 06.42.13 37 45 o 06.42.13 33.53

ivass@pec.ivass.it

corredando l’esposto con copia del reclamo già inoltrato alla Compagnia e con copia del relativo riscontro, qualora pervenuto da parte della Compagnia. In caso di reclamo inoltrato tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati vengano trasmessi in formato pdf.

Il modello per presentare un reclamo all’IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla Sezione PER IL CONSUMATORE - Come presentare un reclamo.

I reclami indirizzati per iscritto all’IVASS contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l’operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell’eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Si ricorda tuttavia che in tutti i casi di controversie resta salva la facoltà degli aventi diritto di adire

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

l'Autorità Giudiziaria.

Prima di adire l'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- ✓ mediazione (L. 9/8/2013, n.98 e successive eventuali modifiche): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- ✓ negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162 e successive eventuali modifiche): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

14. Arbitrato

Ricorso all'Arbitrato

In caso di sinistro, qualora le Parti siano in disaccordo sulla quantificazione dell'ammontare del danno, hanno la facoltà di risolvere la controversia incaricando a tale scopo uno o più Arbitri da nominarsi con apposito atto. Si rammenta che l'utilizzo di tale procedura non esclude la possibilità di adire comunque all'Autorità Giudiziaria.

Il Luogo di svolgimento dell'Arbitrato è la città sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

15. Conflitto d'Interesse

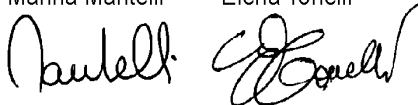
CREDITRAS ASSICURAZIONI è una compagnia facente parte del gruppo assicurativo ALLIANZ S.p.A., il cui capitale sociale è posseduto in ugual misura (50%) da ALLIANZ S.p.A. e Unicredit S.p.A.

CREDITRAS ASSICURAZIONI, pur in presenza di inevitabile potenziale conflitto di interessi derivante dal rapporto di affari con il Gruppo Unicredit, opera in modo da non recare pregiudizio agli Assicurati e si impegna ad ottenere per gli Assicurati stessi il miglior risultato possibile indipendentemente da tale conflitto.

CreditRas Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota Informativa.

CreditRas Assicurazioni S.p.A.

Marina Mantelli Elena Tonelli



NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

GLOSSARIO

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

Beneficiari: eredi legittimi o testamentari o i soggetti designati ai quali spettano le prestazioni previste dal contratto.

Centrale operativa: struttura di AWP Service Italia S.c.a.r.l., con sede operativa in via Ampère n. 30, 20131 Milano e sede legale in Piazzale Lodi 3, 20137 Milano - in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che in virtù di specifica convenzione stipulata con l'Impresa provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato ed organizza ed eroga, con costi a carico dell'Impresa stessa, le prestazioni previste in polizza nella specifica sezione.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione.

Day Hospital: ricovero in Struttura sanitaria che si esaurisca in giornata.

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

Ditta Contraente: il Contraente persona giuridica.

Franchigia/Scoperto: la parte di danno che l'Assicurato tiene a suo carico.

Impresa: CreditRas Assicurazioni S.p.A.

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

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o una inabilità temporanea.

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

Polizza: documento cartaceo attestante l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio: somma dovuta dal Contraente all'Impresa a titolo di corrispettivo per la prestazione.

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

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

Ricovero: degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

Sinistro: verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Condizioni di assicurazione

Nota bene

Le clausole delle condizioni che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie, oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono evidenziate con caratteri di particolare evidenza.

INDICE

1. DEFINIZIONI (integralmente contenute nel glossario di cui alla Nota Informativa al Contraente)
2. CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
3. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI
4. CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA
5. NORME IN CASO DI SINISTRO

CONDIZIONE PARTICOLARE

TABELLA LIQUIDATIVA Tabella (INAIL)

CLASSIFICAZIONE DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' PROFESSIONALI

2 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 2.1 - Decorrenza dell'assicurazione e pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I premi, secondo il frazionamento prescelto, sono pagati mediante addebito su rapporto intrattenuto con UniCredit S.p.A..

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze ed il diritto dell'Impresa di agire per la riscossione dei premi scaduti (art. 1901 Codice Civile).

In caso di chiusura del predetto rapporto con UniCredit S.p.A., la garanzia prestata cessa dalle ore 24 della prima scadenza annuale (o di rata mensile se previsto il frazionamento del premio) successiva, con contestuale risoluzione del contratto di assicurazione. In tal caso, nell'ipotesi di pagamento frazionato è data facoltà al Contraente, mediante richiesta scritta all'Impresa, di far proseguire la copertura fino alla prima scadenza annuale successiva alla chiusura del predetto rapporto intrattenuto, mediante pagamento del premio residuo, a completamento dell'annualità, in un'unica soluzione. Da tale scadenza il contratto di assicurazione dovrà intendersi comunque risolto.

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

Art. 2.2 - Durata e proroga dell'assicurazione

L'assicurazione scade alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata indicata in polizza.

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

Trattandosi di contratto quinquennale, al solo Contraente è riconosciuta, ai sensi di legge, la facoltà di recedere annualmente dal contratto, con preavviso di 30 giorni rispetto alla scadenza della singola annualità.

La disdetta da parte del Contraente deve essere effettuata compilando l'apposito modulo presso lo sportello della Banca ove è intrattenuto il rapporto, oppure dandone comunicazione a mezzo lettera raccomandata A.R. alla Impresa.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 2.3 - Modifiche dell'assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e risultare da apposito atto firmato dall'Impresa e dal Contraente.

Art. 2.4 - Dichiarazioni inesatte od omissioni

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze, originarie o sopravvenute, che influiscano sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita, totale o parziale, del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione.

Art. 2.5 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni sinistro regolarmente denunciato a termini di polizza e fino al 60° giorno dalla data dell'atto di pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'Impresa avrà diritto di recedere dall'assicurazione con preavviso di 30 giorni.

La stessa facoltà di recesso viene riconosciuta dall'Impresa al Contraente qualora quest'ultimo rientri nella categoria dei consumatori ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206.

In tutti i casi verrà rimborsata al Contraente, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, la quota del premio, al netto delle imposte, relativa al periodo di rischio non trascorso sulle somme assicurate in essere al momento del recesso.

Resta inteso che la riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro, o qualunque atto dell'Impresa, non potranno essere interpretati come rinuncia dell'Impresa stessa a valersi della facoltà di recesso di cui al presente articolo.

Art. 2.6 – Diritto di Recesso del Contraente

Il Contraente entro sessanta giorni dalla stipula della polizza, a condizione che in tale periodo non sia avvenuto alcun sinistro, ha diritto di recedere dall'Assicurazione.

Il recesso deve essere effettuato compilando l'apposito modulo presso la filiale della Banca ove è stata stipulata la polizza, oppure dandone comunicazione a mezzo lettera raccomandata A.R. all'Impresa.

Qualora il Contraente abbia già corrisposto il Premio, l'Impresa provvederà - per il tramite della banca - al rimborso del Premio comprensivo di tasse.

Art. 2.7 – Altre assicurazioni

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare all'Impresa l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi se i capitali complessivamente assicurati superano l'importo di 500.000,00 Euro, ad eccezione di quelle stipulate per suo conto da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e di quelle di cui è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie ad altri servizi.

Art. 2.8 – Aggravamento del rischio

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

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art. 2.9 – Diminuzione del rischio

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

Art. 2.10 - Rinvio alle norme di legge

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

3 CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA INFORTUNI

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

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

- a) nell'esercizio dell'attività professionale indicata in polizza;
- b) nello svolgimento di ogni altra attività che non abbia carattere professionale;
- c) durante il servizio di volontariato svolto in qualità di iscritto all'Associazione di Volontariato riconosciuta dalla vigente legge, limitatamente all'attività svolta sul territorio Italiano.

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni:

1. subiti in qualità di passeggero durante i viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri su velivoli o elicotteri da chiunque eserciti, **salvo quanto previsto dall'articolo 3.2;**
2. sofferti in conseguenza di malore o in stato di incoscienza;
3. subiti a causa di imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
4. derivanti da tumulti popolari, da atti di terrorismo, da aggressioni o da atti violenti aventi movente politico, sociale o sindacale, a condizione che l'Assicurato non vi abbia partecipato in modo volontario
5. derivanti da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o da insurrezioni che l'Assicurato subisca mentre si trova al di fuori del proprio Stato di residenza, per il periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità o dell'insurrezione, sempreché l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio di tali eventi in un Paese che sino ad allora era in pace e a condizione con vi abbia partecipato in modo volontario. La presente estensione non comprende comunque gli infortuni derivanti dai suddetti eventi che colpiscano l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Città del Vaticano e delle Repubblica di San Marino.

La garanzia è estesa anche ai seguenti casi:

1. asfissia non di origine morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze dovuti a causa fortuita e involontaria;
3. avvelenamento del sangue e infezione sempreché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo attraverso una lesione esterna traumatica contemporaneamente al verificarsi della lesione stessa;
4. annegamento;
5. lesioni determinate da sforzo (intendendosi per sforzo il dispiego improvviso e anomalo, al di fuori della comune gestualità, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale e inaspettato), limitatamente a quelle muscolari, **con esclusione** comunque delle rotture sottocutanee dei tendini (intendendosi per tali le lacerazioni totali o parziali di un tendine senza che vi sia stata soluzione di continuo del tessuto cutaneo e sottocutaneo);
6. ernie, **limitatamente** a quelle addominali da sforzo **ed esclusivamente con riferimento alla garanzia Invalidità permanente;**
7. lesioni causate da infezioni acute obiettivamente accertate che derivino direttamente da morsi di animali o da punture di insetti o aracnidi, con esclusione della malaria;
8. folgorazione;
9. colpi di sole o di calore;
10. assideramento o congelamento.

Art. 3.2 – Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati:

- a) dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni di Legge in vigore o in caso di patente scaduta e non ancora rinnovata, l'Assicurato stesso non abbia, al momento del sinistro, i requisiti atti a ottenere il rinnovo;
- b) dall'uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore su circuiti o piste, nonché in competizioni non di regolarità pura e nelle relative prove;
- c) dall'uso, anche come passeggero
 1. di aeromobili di Società/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 2. di aeromobili di aeroclubs;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

3. di apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- d) dalla pratica di sport aerei in genere;
- e) dalla pratica dei seguenti sport:
1. arti marziali in genere, atletica pesante, guidoslitta (bob), bungee jumping, kayak, canoa fluviale, torrentismo, idrospeed, football americano, hockey, lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, kitesurf, alpinismo con scalate di grado superiore al terzo della scala UIAA, arrampicata libera (free climbing), sci acrobatico, sci alpinismo, sci estremo, skeleton, speleologia, paracadutismo;
 2. immersioni con autorespiratore;
- f) dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente o che comunque comporti remunerazione sia diretta che indiretta;
- g) da ubriachezza, dall'uso di allucinogeni, dall'uso non terapeutico di stupefacenti e/o di psicofarmaci, o comunque da volontaria alterazione psichica da qualsiasi altra causa determinata;
- h) dalla partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi commessi o tentati;
- i) da imprese temerarie, salvo gli atti compiuti per solidarietà umana o legittima difesa;
- j) da stato di guerra internazionale o civile, dichiarata e non, o insurrezioni, salvo quanto stabilito all'art. 3.1;
- k) da partecipazione a operazioni e interventi militari derivanti da obblighi verso lo stato italiano fuori dai confini di quest'ultimo o da richiamo al servizio militare per esercitazioni, incarichi o missioni;
- l) da movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche;
- m) da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.).

Sono altresì esclusi dall'assicurazione:

- a) le conseguenze di operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da infortunio;
- b) gli infarti da qualsiasi causa determinati.

Art. 3.3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da:

- alcolismo e tossicodipendenza;
- sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- epilessia;
- psicosi e disturbi gravi della personalità.

Qualora una o più delle affezioni sopraindicate insorgano nel corso del contratto si applica quanto disposto dall'articolo 1898 del Codice Civile e dal precedente art.2.8 in tema di aggravamento del rischio, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato.

GARANZIE

Art. 3.4 – Invalidità permanente da infortunio

Qualora l'infortunio abbia per conseguenza una invalidità permanente e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infortunio è avvenuto, l'Impresa liquiderà a tale titolo, secondo le percentuali indicate nella "Tabella INAIL" allegata, una indennità calcolata in proporzione al grado di invalidità accertato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale indicata in polizza.

Art. 3.5 - Determinazione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da infortunio

Per la valutazione delle menomazioni visive e uditive si procederà alla quantificazione del grado di invalidità permanente tenendo conto dell'eventuale possibilità di applicazione di presidi correttivi.

Nei confronti dei mancini le percentuali previste per gli arti superiori saranno invertite.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; **se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita totale, le percentuali previste dalla "Tabella INAIL" allegata vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

In caso l'infornuonio determini menomazioni a più di uno dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con criteri aritmetici fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita anatomica totale dell'arto stesso.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati nella "Tabella INAIL" allegata, l'indennizzo è stabilito in riferimento ai valori previsti dalla tabella stessa e ai criteri sopra indicati, **tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità generica lavorativa**, indipendentemente dall'attività professionale dell'Assicurato.

In caso di ernia addominale da sforzo, anche se bilaterale, non operabile secondo parere medico, verrà corrisposta una indennità, a titolo di invalidità permanente, non superiore al 10% della relativa somma assicurata indicata in polizza. In questo caso la garanzia ha effetto dalle ore 24 del 180° giorno successivo a quello di perfezionamento del contratto; nel caso la polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra riflettente la garanzia di cui sopra, il termine di 180 giorni ha effetto:

- dalla data di entrata in vigore della precedente polizza, per le somme e le prestazioni dalla stessa previste;
- dalla data di entrata in vigore della presente polizza limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da questa previste.

Art. 3.6 - Criteri di corresponsione dell'indennità per il caso di Invalidità permanente da infornuonio

L'indennità per invalidità permanente viene corrisposta in base ai criteri stabiliti in polizza e secondo la seguente modalità:

Franchigia del 7% assoluta

Sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente sia di grado pari o inferiore al 7% della totale; se invece essa risulterà di grado compreso tra l'8% e il 48% della totale, l'indennità verrà corrisposta in base alla percentuale eccedente il 7%.

Per le invalidità permanenti di grado compreso tra il 49% e il 65% della totale, l'indennità verrà corrisposta nella misura del 100% del capitale assicurato.

Per le invalidità permanenti di grado superiore al 65% della totale, l'Impresa applicherà una supervalutazione e liquiderà in base alle percentuali che seguono:

% Inv. Perm.	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
% da liquidare	102	104	106	108	110	113	116	119	122	125	128	131	134	137	140	143	146	149	152	155

% Inv. Perm.	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
% da liquidare	158	161	164	167	170	173	176	179	182	185	188	191	194	197	200

Art. 3.7 - Morte da infornuonio

Qualora l'infornuonio non abbia effetto invalidante indennizzabile ma abbia per conseguenza diretta ed esclusiva la morte dell'Assicurato e questa si verifichi - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro due anni dal giorno nel quale l'infornuonio è avvenuto, l'Impresa liquiderà ai beneficiari designati la somma assicurata per il caso Morte indicata in polizza.

Qualora invece l'infornuonio abbia effetto invalidante indennizzabile e, successivamente al pagamento dell'indennità per invalidità permanente, ma entro due anni dal giorno dell'infornuonio ed in conseguenza diretta ed esclusiva delle lesioni riportate nell'infornuonio, l'Assicurato muore, gli eredi dell'Assicurato non sono tenuti ad alcun rimborso dell'indennità per Invalidità permanente già corrisposta all'Assicurato, mentre i beneficiari designati in polizza hanno diritto soltanto alla differenza tra l'indennizzo per morte, se

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

superiore, e quello già pagato per invalidità permanente.

L'indennizzo per morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente.

In caso di scomparsa dell'Assicurato conseguente a infortunio, la liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli articoli 60 e 62 del Codice Civile.

Se, dopo che l'Impresa avrà pagato l'indennità, risulterà che l'Assicurato è vivo l'Impresa avrà comunque diritto alla restituzione dell'indennizzo corrisposto.

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

Art. 3.8 - Rimborso spese mediche

L'Impresa rimborserà, **fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato in polizza e con uno scoperto per sinistro del 10% con il minimo di Euro 100,00**, le spese sostenute dall'Assicurato per prestazioni effettuate entro un anno dalla data di avvenimento dell'infortunio, per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio stesso, indennizzabile a termini di polizza:

- per accertamenti diagnostici
- per prestazioni mediche specialistiche (**con esclusione** della sostituzione di protesi di qualsiasi genere)
- per trattamenti fisioterapici e rieducativi **fino a concorrenza del 20% del massimale** indicato in polizza

ed in caso di ricovero in Struttura sanitaria pubblica o privata, con o senza intervento chirurgico, Day Hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, anche le spese per :

- rette di degenza
- gli onorari dei medici curanti
- i medicinali
- i diritti di sala operatoria
- i materiali d'intervento (compresi gli apparecchi protesici e terapeutici applicati durante l'intervento **con esclusione** della sostituzione di protesi posizionate anteriormente al sinistro).

L'Impresa effettua il pagamento di quanto dovuto all'Assicurato a cura ultimata e comunque dietro presentazione di idonea documentazione sanitaria comprovante l'infortunio occorso.

OPERATIVITA' DELLE GARANZIE PRESTATE

Art. 3.9 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 3.10 - Variazioni delle attività professionali assicurate

Qualora in corso di contratto si verifichi un cambiamento dell'attività professionale dichiarata in polizza, il Contraente o l'Assicurato deve darne immediata comunicazione all'Impresa:

- se la variazione non implica aggravamento di rischio, l'assicurazione per la nuova attività dichiarata diviene valida dalle ore 24 del giorno in cui viene fatta la comunicazione anzidetta;
- se la variazione implica aggravamento di rischio, valgono le disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Al riguardo si precisa che l'Impresa può chiedere la relativa modificazione delle condizioni in corso mediante emissione di un nuovo contratto, in sostituzione di quello in corso, con scadenza non anteriore a quella inizialmente convenuta.

Inoltre, se in corso di contratto si verifica un cambiamento delle attività professionali dichiarate senza che il Contraente ne abbia dato comunicazione all'Impresa, in caso di infortunio che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio;
 - l'indennizzo sarà corrisposto nella misura del 60%, se la diversa attività aggrava il rischio.
- A tal fine, per determinare il livello di rischio dell'attività professionale dichiarata in polizza rispetto a quella

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

effettivamente svolta al momento del sinistro, si farà riferimento alla classificazione delle attività professionali riportate in calce alla polizza. In caso di attività eventualmente non specificata in tale classificazione, saranno utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a un'attività elencata;

- **non sarà corrisposto alcun indennizzo qualora l'attività svolta al momento dell'infortunio sia annoverabile fra le seguenti:**
 - Agente di custodia, guardia carceraria, secondino
 - Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
 - Attività circense
 - Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
 - Collaudatore di veicoli / Istruttore di guida sportiva
 - Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
 - Fantino / Driver (trotto)
 - Guardia del corpo / Buttafuori
 - Guardia giurata, notturna, metronotte
 - Guida alpina
 - Istruttore o allenatore di Alpinismo / Bob / Deltaplano / Idrospeed / Paracadutismo / Parapendio / Rafting / Roccia / Salto dal trampolino con gli sci / Sci acrobatico / Sci alpinismo / Slittino / Volo
 - Istruttore di corsi di sopravvivenza
 - Palombaro / Sommozzatore / Sub professionista
 - Speleologo
 - Sportivi professionisti/semiprofessionisti

Art. 3.11 - Rinuncia al diritto di surrogazione

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

4 CONDIZIONI RELATIVE ALLA GARANZIA ASSISTENZA

Le garanzie ed i servizi di Assistenza, di seguito precisati, sono prestati dall'Impresa, tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l., con sede operativa in via Ampère N. 30, 20131 Milano e sede legale in Piazzale Lodi 3, 20137 Milano – in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno,

Garanzie prestate

Chiamando il numero verde gratuito **800 802 164** - attivo 24 ore su 24 per tutti i giorni dell'anno - sono assicurate le prestazioni di seguito riportate.

Assistenza sanitaria

L'assicurazione vale per il mondo intero, fatta eccezione di quanto eventualmente specificato all'interno di ogni singola prestazione.

Second Opinion - Consulenza sanitaria di Altissima Specializzazione

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

identificherà a livello internazionale il centro medico ritenuto eccellente per la specifica patologia dell'Assicurato e vi si rivolgerà per ottenerne la Second Opinion scientifico-specialistica fornendo altresì all'Assicurato, tramite il proprio staff medico, il necessario ed adeguato supporto medico specialistico, anche per ciò che riguarda un primo sostegno psicologico per l'Assicurato e/o per i suoi familiari conviventi, tenendone a proprio carico i relativi costi. Se necessario, la Centrale Operativa provvederà alla traduzione di tutta la documentazione medica necessaria ad ottenere la refertazione scientifico-specialistica e della successiva relativa refertazione, sempre tenendo a proprio carico i relativi costi.

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

Trasferimento ad un centro ospedaliero di alta specializzazione

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

Traduzione della documentazione medica

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

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

Guardia Medica in collegamento telefonico 24 ore su 24

Quando l'Assicurato necessita di informazioni sanitarie e/o consigli medici a seguito di infortunio o malattia, la Guardia Medica della Centrale Operativa è a sua disposizione per un consulto telefonico. Il servizio è gratuito, non fornisce diagnosi o prescrizioni. Se l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo per sottoporsi a interventi di particolare complessità, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie. Inoltre, la Guardia Medica può collaborare per individuare e segnalare medici specialisti o Centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il Centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua. I medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso del paziente per fornire una consulenza specialistica immediata e, se necessario, organizzare appuntamenti e consulti con le suddette strutture in Italia e all'estero. Infine, se l'Assicurato necessita di un consiglio medico-specialistico telefonico, può conferire tramite la Guardia Medica della Centrale Operativa con uno specialista in: Dermatologia, Cardiologia, Dietologia, Geriatria, Ginecologia, Ortopedia, Medicina dello Sport e Pediatria, a sua disposizione per dare informazioni di prima necessità.

La consulenza è gratuita e **non fornisce diagnosi o prescrizioni.**

Consulenza telefonica su viaggi e medicina

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

- vaccinazioni e profilassi per i viaggiatori in procinto di partire per un Paese a rischio sanitario;
- consigli igienico-sanitari e norme da adottare durante un viaggio in un Paese a rischio sanitario;

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- segnalazione di medici o Centri specializzati in medicina tropicale o infettivologia, sia in Italia che all'estero. Il servizio è gratuito e **non fornisce diagnosi o prescrizioni.**

Organizzazione di visite specialistiche e accertamenti diagnostici a tariffe agevolate

Tramite la Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, verranno organizzate visite specialistiche e accertamenti diagnostici a condizioni economiche agevolate presso i centri medici privati convenzionati con la Centrale Operativa più vicini alla residenza dell'Assicurato. La Centrale Operativa, oltre a fissare l'appuntamento, informa preventivamente l'Assicurato sui costi agevolati a lui riservati delle visite e degli eventuali accertamenti clinico- diagnostici- strumentali richiesti. Fissato l'appuntamento col centro medico privato convenzionato, **su richiesta dell'Assicurato**, la Centrale Operativa provvederà a ricordare telefonicamente all'Assicurato l'appuntamento fissato il giorno prima dello stesso.

Sono a carico dell'Assicurato i soli costi delle visite mediche e degli accertamenti.

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

Invio di un medico o di un'ambulanza a domicilio

Quando, in caso di necessità l'Assicurato richieda un medico presso la propria abitazione, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviare gratuitamente uno dei propri medici convenzionati. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza, tenendo a proprio carico i relativi costi, il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza al pronto soccorso.

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

Invio di un medico o di un'ambulanza in viaggio

Quando l'Assicurato, in caso di malattia o infortunio occorso in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, necessita di una visita medica, la Centrale Operativa provvede, previa valutazione della propria Guardia Medica, a inviargli un proprio medico convenzionato. In caso di irreperibilità immediata del medico e qualora le circostanze lo rendano necessario, la Centrale Operativa organizza il trasferimento dell'Assicurato con ambulanza presso una struttura ospedaliera per le cure del caso, tenendo a proprio carico i relativi costi.

Collegamento continuo con il centro ospedaliero

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

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

Interprete a disposizione all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, sia ricoverato in un istituto di cura a seguito di infortunio o malattia improvvisa, e trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa metterà a sua disposizione un interprete, o telefonicamente tramite la propria Centrale Operativa o, in alternativa, inviandolo direttamente sul posto.

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

Invio medicinali all'estero

Quando l'Assicurato, trovandosi in viaggio all'estero, necessita di medicinali regolarmente prescritti e commercializzati in Italia irreperibili sul posto, e a giudizio dei medici della Centrale Operativa non vi siano specialità medicinali equivalenti nel Paese in cui si trova l'Assicurato, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso il medico curante dell'Assicurato in Italia, invierà i medicinali occorrenti con il mezzo più rapido,

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

tenendo conto delle norme internazionali che ne regolano il trasporto. I costi del reperimento ed invio dei medicinali rimangono a carico della Centrale Operativa, **mentre resta a carico dell'Assicurato il costo dei medicinali stessi.**

Anticipo denaro per spese mediche all'estero

Quando l'Assicurato, in viaggio all'estero, necessita di un anticipo di denaro per sostenere spese mediche impreviste, conseguenti ad infortunio o malattia improvvisa, la Centrale Operativa anticiperà all'Assicurato il necessario importo, **fino ad un massimo di Euro 1.000,00 per evento**, a fronte di adeguata garanzia bancaria. L'Assicurato dovrà restituire alla Centrale Operativa la somma ricevuta a titolo di anticipo, **entro un mese dal suo rientro al domicilio in Italia. In mancanza, dovrà versare alla Centrale Operativa anche gli interessi al tasso legale corrente nel frattempo maturati.**

Familiare accanto

Quando, in caso di infortunio o malattia avvenuti in viaggio al di fuori della propria provincia di residenza, l'Assicurato viene ricoverato in ospedale o casa di cura **per un periodo superiore a 4 giorni**, la Centrale Operativa mette a disposizione di un parente un biglietto aereo (classe turistica A/R) o ferroviario (1a classe A/R), per recarsi sul posto ad assistere l'Assicurato. In alternativa il parente potrà richiedere alla Centrale Operativa che gli venga messa a disposizione una vettura a noleggio per raggiungere l'Assicurato, per cui non sopporterà alcuna spesa entro il limite di costo del biglietto aereo o ferroviario che gli avrebbe fornito alla Centrale Operativa. **A carico del parente resterà l'eventuale maggior spesa oltre il limite predetto.**

Nel caso in cui il ricovero sia per un **periodo superiore a 7 giorni**, la Centrale Operativa provvederà anche ad organizzare il soggiorno del familiare in un albergo in loco, tenendo a proprio carico le spese di pernottamento e di prima colazione **fino al limite massimo di Euro 500,00 per evento.**

Rientro al domicilio o rimpatrio sanitario

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

- aereo sanitario con équipe medica
- aereo di linea in classe turistica con eventuale barella
- ambulanza
- treno (se necessario in vagone letto)
- ogni altro mezzo ritenuto opportuno e adeguato.

Se necessario, l'Assicurato sarà accompagnato da personale medico o infermieristico. **L'aereo sanitario potrà essere utilizzato esclusivamente per i trasporti effettuati a livello continentale o per i rimpatri verso l'Italia dai Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.**

Rientro/Rimpatrio figli minori

Quando, a seguito di ricovero ospedaliero o di decesso dell'Assicurato avvenuto in viaggio per infortunio o malattia improvvisa, eventuali minori di anni 15 rimangano senza accompagnatore, la Centrale Operativa provvederà a proprie spese al loro rimpatrio, mettendo a loro disposizione un accompagnatore.

Trasferimento/Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia improvvisa verificatisi in viaggio, la Centrale Operativa si incarica, a proprie spese, dell'adempimento di tutte le formalità sul posto e del trasporto della salma (incluse le spese del feretro, in conformità con le norme internazionali), fino al luogo di sepoltura. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre ed all'inumazione. In alternativa, qualora l'Assicurato avesse

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

espresso il desiderio di essere inumato sul posto, la Centrale Operativa vi provvede a proprie spese.

Temporary Inability Care

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

Le seguenti garanzie operano in seguito all'avvenuto ricovero dell'Assicurato, causato da infortunio, presso un pronto soccorso, day hospital od ospedale qualora l'Assicurato riceva una **prognosi di inabilità temporanea superiore a sette giorni.**

La Centrale Operativa provvede alle esigenze mediche e logistico organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto per un periodo massimo di 37 giorni continuativi e non frazionabili dalla data della sua dimissione.

La tipologia, l'articolazione e la durata dell'erogazione all'Assicurato delle prestazioni previste avverrà a giudizio della Guardia Medica della Centrale Operativa in riferimento alle sue condizioni di salute. Per consentirne la necessaria programmazione, le prestazioni potranno essere erogate dopo 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato e comunque dalla ricezione da parte della Guardia Medica della Centrale Operativa di copia della documentazione medica di dimissione da cui emerga la condizione di inabilità temporanea dell'Assicurato.

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

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

Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendano necessario, la Guardia Medica della Centrale Operativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: delle stampelle, una sedia a rotelle, un letto ortopedico e/o un materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Centrale Operativa stessa provvederà a rimborsare l'Assicurato delle relative spese **sino a un massimo di Euro 350,00 per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

Controllo a distanza delle condizioni di salute

La Centrale Operativa telefonerà periodicamente all'Assicurato per verificare l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al suo caso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di controllo, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

Controllo a distanza di parametri medici

La Centrale Operativa, qualora le condizioni di salute dell'Assicurato lo rendessero necessario, metterà temporaneamente a sua disposizione in comodato d'uso delle apparecchiature elettromedicali idonee al monitoraggio telefonico a distanza dei seguenti parametri vitali: battito e frequenza cardiaca, pressione sanguigna, saturazione ossigeno e peso corporeo. La Centrale Operativa sorveglierà l'evoluzione clinica e il buon esito delle terapie e delle prescrizioni mediche assegnate al caso attraverso la ricezione telefonica ed il controllo medico dei parametri vitali oggetto del monitoraggio stesso. Qualora venisse riscontrata la necessità di un intervento medico domiciliare durante l'azione di monitoraggio, la Centrale Operativa organizzerà tale intervento inviando al domicilio dell'Assicurato un proprio medico o, se ritenuto necessario, invierà un'ambulanza per trasportare l'Assicurato al più vicino centro di pronto soccorso. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Invio di un infermiere al domicilio

Quando l'Assicurato necessita di assistenza infermieristica entro i primi 30 giorni successivi alla sua dimissione, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa stessa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi**.

Esami del sangue a domicilio

L'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa di effettuare al domicilio gli esami del sangue prescritti dal proprio medico curante qualora le sue condizioni di salute, certificate dal medico stesso, non gli permettano di lasciare il proprio domicilio. La Centrale Operativa, entro due giorni lavorativi dal momento della richiesta, organizzerà il prelievo del sangue al domicilio dell'Assicurato.

Il costo relativo all'organizzazione del servizio ed al prelievo di sangue rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami ed accertamenti eseguiti**.

Consegna esiti a domicilio

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

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

Consegna medicinali a domicilio

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

Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, **il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato**.

Disbrigo pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità temporanea, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potersi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari**.

Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessita di un aiuto domestico durante il periodo di ricovero e comunque non oltre i primi 30 giorni successivi alla dimissione, la Centrale Operativa provvede a inviargli a domicilio una colf, baby-sitter, dog-sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa **sino a un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi**.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale**.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

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

Ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita

La Centrale Operativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, al reperimento ed al suo ricovero presso una Residenza Sanitaria Assistita vicina al suo domicilio, dove potrà ricevere adeguate cure mediche ed assistenza 24 ore su 24. La Centrale Operativa terrà a proprio carico la relativa spesa per la retta di degenza **fino ad un massimo giornaliero pari a Euro 150,00.**

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile fornire direttamente il servizio, la Centrale Operativa stessa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato con il limite di **Euro 160,00 al giorno, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.**

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

a) Disbrigo pagamento utenze domiciliari: la Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di ricovero dell'Assicurato presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.**

b) Disbrigo faccende domestiche: la Centrale Operativa provvederà ad inviare al domicilio dell'Assicurato una collaboratrice domestica per sostituirlo nella conduzione della sua casa e nella cura dei suoi animali domestici durante il suo periodo di ricovero nella Residenza Sanitaria Assistita. L'erogazione del servizio potrà avvenire solo in concomitanza della presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato presso la sua abitazione. La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi **costi fino ad un massimo di Euro 150,00 ogni 7 giorni di prognosi.** Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato **nel limite di Euro 170,00 ogni 7 giorni di prognosi,** dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale. **Su richiesta dell'Assicurato,** la Centrale Operativa provvederà, inoltre, ad organizzare il ricovero temporaneo dei suoi animali domestici presso un centro specializzato, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.**

c) Protezione abitazione: la Centrale Operativa provvederà per l'Assicurato – ricoverato presso la Residenza Sanitaria Assistita - al reperimento ed all'invio di una guardia giurata per la sorveglianza della sua abitazione qualora i mezzi di chiusura della stessa risultassero compromessi e non più operanti a seguito di effrazione e/o scasso. **L'erogazione del servizio potrà avvenire solo a seguito di regolare denuncia sporta presso le competenti autorità territoriali.** La Centrale Operativa terrà a proprio carico i relativi costi **fino ad un massimo per evento di Euro 250,00 oppure di Euro 280,00 qualora non fosse in grado di erogare direttamente il servizio.** Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il ripristino dei mezzi di chiusura dell'abitazione, **il cui costo rimarrà interamente a carico dell'Assicurato.**

d) Ricovero auto: la Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione durante il periodo di ricovero dell'Assicurato stesso presso la Residenza Sanitaria Assistita. Il ritiro del veicolo da parte degli incaricati della Centrale Operativa potrà avvenire solo in

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

presenza di una persona di fiducia dell'Assicurato sul posto. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, **mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.**

CLAUSOLA RADDOPPIO MASSIMALI

Si conviene di raddoppiare i massimali previsti per le garanzie Assistenza di questa polizza nel caso in cui l'Assicurato sia già titolare di analoghe prestazioni in quanto presenti su altre polizze da questi sottoscritte con l'Impresa in corso di validità al momento della sua richiesta.

ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI DELLA GARANZIA ASSISTENZA

1. L'utente libera dal segreto professionale, relativamente agli eventi formanti oggetto di questo servizio, i medici che lo hanno visitato o curato dopo o anche prima dell'evento.

2. Sono escluse le prestazioni richieste in dipendenza:

- dall'esercizio di alpinismo con scalata di rocce o con accesso ai ghiacciai;
- di guerre, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari;
- di terremoti o fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturali;
- di dolo dell'Assicurato;
- di abuso di alcolici e psicofarmaci e l'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- di fenomeni di trasmutazione dell'atomo o radiazioni provocate dalla accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- da malattie croniche o che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione del contratto e già note in quel momento all'Assicurato;
- di gravidanza oltre il sesto mese e malattie infettive qualora l'intervento di assistenza venga impedito da norme sanitarie internazionali;
- patologie neuropsichiatriche, nervose e mentali;
- di suicidio o tentativo di suicidio.

Sono inoltre escluse:

- le spese di ricerca in montagna, in mare o nei deserti;
- le prestazioni in quei Paesi che si trovassero in stato di belligeranza e nei casi in cui le autorità locali impongano un divieto o rendano impossibile l'intervento di assistenza.

3. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Centrale Operativa non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni di alcun genere a titolo di compensazione.

4. Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Centrale Operativa derivante dal presente servizio si prescrive al compimento di un anno dalla data di scadenza del servizio stesso.

5. Tutte le prestazioni sono fornite in Italia, per la durata contrattuale e secondo quanto previsto nelle singole garanzie; all'estero esclusivamente per soggiorni non superiori a 60 giorni consecutivi.

5 NORME IN CASO DI SINISTRO

INFORTUNI

Art. 5.1 – Obblighi

Obblighi

In caso di sinistro il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi deve:

- fare denuncia telefonica entro 5 giorni da quando ne ha avuto conoscenza ai sensi dell'art. 1913 Codice Civile, alla Centrale Operativa chiamando ai seguenti numeri:
 - 800.802164 Linea Verde per telefonare dall'Italia;
 - 02.26609626 (chiamando dall'estero anteporre i prefissi necessari per l'Italia).
- In fase di denuncia dell'infortunio occorre indicare il luogo, giorno e ora dell'evento, le cause che lo hanno

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- determinato e la stessa dovrà essere successivamente corredata da certificato medico;
- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'infortunio denunciato;
 - inviare successivamente, sino a guarigione avvenuta, i certificati medici sul decorso delle lesioni; tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Impresa.

La documentazione relativa al sinistro dovrà essere inoltrata a:

CreditRas Assicurazioni S.p.A. c/o Allianz
Ufficio Protocollo Sinistri
Piazza Velasca 7/9
20122 Milano

L'inadempimento di tale obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato deve altresì:

- sottoporsi agli accertamenti e controlli medici richiesti dall'Impresa,
- fornire alla stessa ogni altra informazione, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

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

Qualora la morte dell'Assicurato sopravvenga durante il periodo di cura, il **Contraente** - se diverso dall'Assicurato - o i **beneficiari** designati in polizza **devono dare immediato avviso all'Impresa.**

Art. 5.2 - Criteri di indennizzabilità

L'Impresa corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive 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 senso, di un organo o di un arto già minorato, le percentuali di cui alla "Tabella INAIL" allegata, sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 5.3 - Valutazione del danno

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

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

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

Il Collegio Medico definisce se ed in quale misura è dovuto l'indennizzo a norma e nei limiti delle condizioni di polizza.

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

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 5.4 - Pagamento dell'indennità

Ricevuta la necessaria documentazione e compiuti gli accertamenti del caso, l'Impresa determina l'indennità che risulta dovuta, ne dà comunicazione agli interessati e, avuta notizia della loro accettazione, provvede al pagamento entro 15 giorni da quest'ultima.

Il diritto all'indennità è di carattere personale e quindi non è trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo sia stato ufficialmente offerto o liquidato in misura determinata, l'Impresa paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto.

L'indennità verrà corrisposta in Italia in Euro.

Art. 5.5 - Anticipo sull'indennità per il caso di Invalidità permanente

Su richiesta dell'Assicurato, in caso di infortunio con postumi invalidanti stimati dall'Impresa in misura prevedibilmente non inferiore al 20%, sarà pagato un acconto pari al 50% del presumibile indennizzo, da conguagliarsi in sede di definitiva liquidazione del sinistro che dovrà avvenire comunque entro 3 anni.

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

L'obbligo dell'Impresa sorge comunque non prima che siano trascorsi 120 giorni dalla data di accadimento dell'infortunio.

ASSISTENZA

Art. 5.6 – Obblighi

Per richiedere l'attivazione e l'erogazione delle prestazioni di assistenza **l'Assicurato dovrà contattare telefonicamente** la Centrale Operativa chiamando i seguenti numeri:

- numero verde 800 802 164 dall'Italia;
- numero + 39 02 26 609 626 (anche per chiamate dall'estero);
- telefax +39 02 70 630 091

indicando con precisione:

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

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

AWP Service Italia S.c.a.r.l.
Ufficio Liquidazione Sinistri
Piazzale Lodi, 3
20137 Milano (MI)

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

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

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale rimborso successivo;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il codice IBAN del conto corrente sul quale si chiede di effettuare il bonifico.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONE PARTICOLARE

Pagamento dell'indennità alla Ditta Contraente (Condizione valida solo se richiamata nella Scheda di Polizza)

A parziale deroga di quanto indicato nella Scheda di Polizza e nelle Condizioni di Assicurazione, il beneficiario delle somme assicurate indicate nella Scheda di Polizza per le garanzie:

- Morte da infortunio
- Invalidità Permanente da infortunio

deve intendersi la Ditta Contraente.

Essendo il presente contratto stipulato dalla Ditta Contraente per coprirsi nei limiti e alle condizioni convenute, del danno economico che a essa possa derivare da sinistri subiti dalle persone assicurate, si conviene:

- che i rapporti fra l'Impresa e le persone danneggiate si limiteranno all'accertamento delle conseguenze del sinistro, mentre la liquidazione del danno verrà effettuata unicamente nei confronti del Contraente;
- che le indennità liquidate a termine di contratto verranno versate unicamente alla Contraente che ne rilascerà quietanza con pieno effetto liberatorio per l'Impresa. La Contraente soddisferà direttamente e sotto la propria esclusiva responsabilità ogni pretesa o diritto dell'Assicurato o aventi causa impegnandosi a manlevare l'Impresa solvente da ogni richiesta o azione che venga da chiunque avanzata per il sinistro o la polizza;
- l'Assicurato, con la sottoscrizione della presente Condizione Particolare, manifesta il suo esplicito consenso a quanto sopra convenutosi.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Tabella (INAIL)

Allegato n. 1 al
Regolamento per
l'esecuzione del
D.P.R. 30/6/65
n. 1124

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva

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

- 1) In caso di menomazione binoculare, si procede a conglobamento delle valutazioni effettuate in ciascun occhio.
- 2) La valutazione è riferita all'acutezza visiva quale risulta dopo la correzione ottica, sempre che la correzione stessa sia tollerata; in caso diverso la valutazione è riferita al visus naturale.
- 3) Nei casi in cui la valutazione è riferita all'acutezza visiva raggiunta con correzione, il grado di invalidità permanente, calcolato secondo le norme che precedono, viene aumentato in misura variabile da 2 a 10 punti a seconda dell'entità del vizio di refrazione.
- 4) La perdita di 5/10 di visus in un occhio, essendo l'altro normale, è valutata il 16% se si tratta di infortunio agricolo.
- 5) In caso di afachia monolaterale con visus corretto:

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CLASSIFICAZIONE DELLE PRINCIPALI ATTIVITA' PROFESSIONALI

Attività professionali a BASSO RISCHIO

Dirigenti e Imprenditori

- Amministratore
- Dirigente
- Funzionario
- Imprenditore senza lavoro manuale

Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione

- Assistente sociale
- Avvocato
- Fisioterapista
- Giornalista
- Insegnante
- Musicista
- Ricercatore universitario

Professioni mediche

- Assistente sanitario
- Infermiere
- Medico specialista /generico
- Odontotecnico
- Veterinario

Professioni tecniche

- Architetto
- Fotografo
- Geologo
- Geometra
- Grafico pubblicitario /Disegnatore
- Ingegnere
- Perito agrario /edile /industriale
- Programmatore informatico
- Tipografo

Impiegati

Attività commerciali e di servizi

- Addetto impresa pulizie
- Barista /Barman
- Bidello
- Cameriere
- Commesso
- Cuoco /Addetto alla cucina
- Collaboratore domestico /Badante
- Estetista
- Farmacia (titolare/addetto)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- Operatore /agente turistico
- Parrucchiere /Barbiere
- Portiere
- Proprietario /Direttore d'albergo /bar /ristorante
- Tabaccaio, Cartolaio, Libraio

Artigiani

- Bustaia
- Elettricista senza accesso a ponti o impalcature
- Idraulico senza accesso a ponti o impalcature
- Orafo /Orologiaio
- Ricamatrice /Merlettaia
- Sarto /Camiciaia
- Tappezziere senza uso di scale, ponti o impalcature

Agricoltura

- Agricoltore proprietario/affittuario senza lavoro manuale
- Allevatore proprietario senza lavoro manuale

Attività non remunerate

- Casalinga
- Disoccupato
- Minore in età prescolare
- Pensionato
- Studente

Attività professionali ad ALTO RISCHIO

Imprenditori

- Imprenditore con lavoro manuale

Professioni mediche

- Inserviente in struttura sanitaria
- Portantino / barelliere

Professioni tecniche

- Archeologo
- Termotecnico

Attività commerciali e di servizi

- Benziaino / Addetto a stazione di servizio-autolavaggio
- Commerciante con carico e scarico di merci o uso di macchine
- Macellaio
- Nettezza urbana (addetto)
- Pasticciere / Fornaio / Pastaio / Rosticciere / Panettiere
- Pizzaiolo
- Venditore ambulante

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Artigiani e Operai

- Arrotino
- Autista /Autotrasportatore
- Carpentiere
- Elettricista con accesso a ponti o impalcature /Elettrauto
- Fabbro
- Falegname
- Idraulico con accesso a ponti o impalcature
- Imbianchino
- Meccanico /Gommista
- Mobiliere
- Muratore
- Operaio
- Piastrellista

Agricoltura

- Agricoltore proprietario/affittuario con lavoro manuale
- Allevatore proprietario con lavoro manuale
- Bracciante agricolo
- Giardiniere /Vivaista
- Orticoltore
- Pescatore
- Raccoglitore di frutta o ortaggi

Elenco delle Principali Professioni NON ASSICURABILI

- Agente di custodia, guardia carceraria, secondino
- Attività a contatto con sostanze radioattive, esplosivi e merci pericolose
- Attività circense
- Attività dello spettacolo, cinema/teatro e simili esposte a rischi speciali come incendi, presenza di belve, colluttazioni, acrobazie e simili
- Collaudatore di veicoli /Istruttore di guida sportiva
- Corpi Armati dello Stato (Militari o di Polizia)
- Fantino /Driver (trotto)
- Guardia del corpo /Buttafuori
- Guardia giurata, notturna, metronotte
- Guida alpina
- Istruttore o allenatore di Alpinismo /Bob /Deltaplano /Idrospeed /Paracadutismo /Parapendio /Rafting /Roccia /Salto dal trampolino con gli sci /Sci acrobatico /Sci alpinismo /Slittino /Volo
- Istruttore di corsi di sopravvivenza
- Palombaro /Sommozzatore /Sub professionista
- Speleologo
- Sportivi professionisti/semiprofessionisti