

RETAIL

ASSICURAZIONE PERSONA VHV

Modello INF - Edizione 04/2026

VHV 
ASSICURAZIONI

ASSICURAZIONE PERSONA VHV

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione, comprensive del Glossario, sono redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti e sono consegnate al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

Prima della sottoscrizione, si invita il Contraente a leggere con attenzione i Documenti Informativi Precontrattuali, disponibili anche sul sito internet della Compagnia www.vhv.it.

Il testo completo della Polizza è consultabile, in ogni momento, accedendo **all'area riservata** con le credenziali personali.

Le Condizioni di Assicurazione evidenziano in **grassetto** gli elementi di particolare rilevanza, tra cui gli **obblighi a carico** del Contraente e dell'Assicurato, le ipotesi di nullità, decadenza, i limiti di operatività e le esclusioni.



INDICE

ASSICURAZIONE PERSONA VHV	2
NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	9
SEZIONE INFORTUNI	13
Cosa è assicurato	13
Garanzie Base	14
Garanzie Opzionali	18
Cosa non è assicurato	24
Limiti di copertura	25
SEZIONE MALATTIA	30
Cosa è assicurato	30
Garanzia Base	30
Garanzie Opzionali	30
<i>Informativa In Merito Alle Disposizioni Per La Prevenzione Delle Discriminazioni E La Tutela Dei Diritti Delle Persone Che Sono State Affette Da Malattie Oncologiche</i>	32
Cosa non è assicurato	34
Limiti di copertura	35
SEZIONE ASSISTENZA PERSONA	36
Cosa è assicurato	36
Cosa non è assicurato	40
Limiti di copertura	41
SEZIONE TUTELA LEGALE	43
Cosa è assicurato	43
Cosa non è assicurato	44
Limiti di copertura	45
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	46
IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI	48
IN CASO DI SINISTRO MALATTIA	51
IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA PERSONA	53
IN CASO DI SINISTRO TUTELA LEGALE	54
ALLEGATO 1 – TABELLA DI BARTHEL	57
ALLEGATO 2 – CLASSIFICAZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALI	58
ALLEGATO 3 – GRUPPI DI VEICOLI	68
<i>Informativa firma elettronica avanzata fea</i>	69
<i>Informativa sul trattamento dei dati personali</i>	70



GLOSSARIO

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione ed a favore del quale operano le garanzie previste dalla polizza.
Assicurazione	il contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento del Premio, si impegna a prestare le garanzie pattuite.
Beneficiario	gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone designate dal Contraente, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Carenza	periodo successivo alla decorrenza del contratto durante il quale le garanzie assicurative non sono efficaci.
Contraente	il soggetto che stipula e sottoscrive la Polizza e si impegna al pagamento del Premio.
Convalescenza domiciliare	periodo di degenza domiciliare successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica.
Costituzione di parte civile	azione civile esercitata nel processo penale dalla persona offesa per ottenere il risarcimento del danno.
Day Hospital	degenza diurna in istituto di cura con redazione di cartella clinica.
Day Surgery	intervento chirurgico eseguito senza Ricovero.
Decisione passata in giudicato	sentenza definitiva su cui non è più possibile proporre impugnazione.
Epidemia	qualsiasi Malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o dal governo italiano.
Esecuzione forzata	procedura mediante la quale il creditore attua coattivamente il proprio diritto nei confronti del debitore (es. pignoramento).
Fase giudiziale	la fase della vertenza che si svolge davanti all'autorità giudiziaria.
Fase stragiudiziale	la fase della vertenza finalizzata al raggiungimento di un accordo tra le parti senza l'intervento dell'autorità giudiziaria.
Fatto illecito	l'azione o l'omissione contraria all'ordinamento giuridico in quanto violazione di un dovere o di un obbligo imposti da una norma di legge.
Franchigia	la parte di danno esclusa dall'Indennizzo, espressa in: <ul style="list-style-type: none">- percentuale di invalidità permanente;- giorni per le indennità giornaliere;- importo fisso per il rimborso spese mediche.
Fine Trattamento attivo	momento in cui si conclude il percorso terapeutico oncologico finalizzato alla cura della malattia (quali, a titolo esemplificativo, chirurgia, chemioterapia, radioterapia o terapie

	farmacologiche attive), come attestato dalla documentazione sanitaria, a decorrere dal quale iniziano a computarsi i termini previsti dalla normativa in materia di oblio oncologico.
Inabilità temporanea	la perdita temporanea, a seguito di Infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.
Infortunio	evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Infortunio del conducente	Infortunio subito dall'Assicurato in qualità di guidatore di un gruppo di veicoli contraddistinto dai numeri 1,2,3 riportati nell'Allegato 3 - Gruppi di veicoli. È inoltre prestata per gli infortuni subiti dall'Assicurato in qualità di guidatore di ciclomotori e biciclette.
Infortunio extraprofessionale	infortunio subito dall'Assicurato durante attività inerenti alla vita privata, allo svolgimento delle occupazioni familiari e domestiche, ai passatempi e alla pratica di hobby.
Infortunio professionale	Infortunio subito dall'Assicurato durante attività professionali (principali e secondarie) dichiarate nella scheda di Polizza. Per attività professionali secondarie si intendono le attività lavorative svolte a scopo di lucro, per conto proprio o di terzi, anche se esercitate in via accessoria e temporanea.
Intervento chirurgico	atto medico praticato in istituto di cura o in ambulatorio che prevede un'azione cruenta a fine terapeutico sui tessuti utilizzando sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica (laser). Sono equiparati ad un intervento chirurgico anche l'accertamento diagnostico invasivo, che comporta il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche o la cruentazione dei tessuti attraverso l'introduzione di idoneo strumento (diverso da aghi per terapie iniettive) all'interno dell'organismo, nonché la riduzione incruenta di fratture e lussazioni.
Invalidità permanente	la perdita definitiva della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione, in misura totale o parziale.
Istituto di cura	istituto universitario, ospedale, clinica, casa di cura, <i>hospice</i> , regolarmente autorizzato, in base ai requisiti di legge e dalle Autorità competenti, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati istituti di cura, le case di cura per convalescenza, di lungo degenza, di soggiorno per anziani, le strutture con prevalenti finalità dietologiche, fisioterapiche, rieducative ed estetiche, gli stabilimenti termali.
Malattia	ogni alterazione dello stato di salute che non dipende da Infortunio, oggettivamente constatabile da un medico.
Malattie coesistenti	malattie o invalidità preesistenti nel soggetto, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla invalidità da questa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti	malattie o invalidità presenti nel soggetto, che determinano una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sulla invalidità da questa causata, in quanto interessato uno stesso sistema organo-funzionale.
Malattia preesistente	malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche, malformazioni o difetti fisici preesistenti o che si sono manifestate prima della stipula del contratto.
Malattia tropicale	gruppo medicalmente eterogeneo di infezioni tropicali come riconosciute dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) al momento del Sinistro. Di seguito alcuni esempi: Cisticercosi e taeniasi, Dracunculiasi, Echinococcosi, Elmintiasi trasmessa dal suolo, Febbre Dengue e chikungunya, Filariosi linfatica, Framboesia, Lebbra, Leishmaniosi, Malattia di Chagas, Oncocercosi, Rabbia, Schistosomiasi, Tracoma, Trematodiasi di origine alimentare, Tripanosomiasi africana, Ulcera del Buruli.
Non autosufficienza	difficoltà a svolgere in maniera permanente e definitiva le funzioni dell'attività quotidiana riportate nell'Allegato 1 - Tabella di Barthel.
Oblio oncologico	diritto, ai sensi della Legge 7 dicembre 2023, n. 193, delle persone guarite da patologia oncologica di non dichiarare né subire indagini sulla pregressa malattia, decorso il termine di legge dalla conclusione dei trattamenti e in assenza di recidive.
Pandemia	qualsiasi Malattia dichiarata come tale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità o dal governo italiano.
Periodo di assicurazione	periodo durante il quale la garanzia è operante. Se superiore a un anno, il primo periodo termina alla prima ricorrenza annuale.
Periodo di tolleranza	periodo successivo alla scadenza del premio durante il quale la copertura resta valida anche in assenza di pagamento (ove previsto).
Perito	tecnico incaricato da una delle parti o dal giudice per effettuare valutazioni (CTU/CTP).
Polizza	documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.
Premio	somma dovuta dal Contraente alla Società per la prestazione delle garanzie.
Prescrizione	estinzione di un diritto per mancato esercizio entro i termini previsti dalla legge.
Prestazione	per la sezione "Assistenza Persona": l'assistenza da erogarsi in natura, cioè l'aiuto che deve essere fornito all'Assicurato nell'accadimento di un Sinistro rientrante nella garanzia assistenza ovvero nel momento del bisogno, da parte della Società, tramite la Struttura Organizzativa, in caso di Sinistro.
Questionario medico	documento mediante il quale l'Assicurato dichiara i propri dati anamnestici, malattie e stati patologici conosciuti o diagnosticati anteriormente alla stipulazione della polizza; esso costituisce parte integrante del contratto e deve essere compilato in modo



completo e veritiero, senza omissioni, poiché contiene informazioni essenziali per la valutazione del rischio da parte della Società. Il questionario deve essere sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minori, da chi ne ha la potestà, e trasmesso alla Società ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il questionario è conforme alla legge 193/2023 e al decreto attuativo del 5 luglio 2024, che garantiscono il diritto alla riservatezza sui dati sanitari. In particolare, le persone guarite da una patologia oncologica da oltre 10 anni (o 5 anni se insorta prima dei 21 anni) non sono tenute a dichiararla ai fini della stipula della polizza.

Reato	comportamento punito dalla legge penale che può consistere in delitti o contravvenzioni.
Residenza	luogo in cui la persona fisica ha la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.
Responsabilità contrattuale	inadempimento agli obblighi derivanti da un contratto.
Responsabilità extracontrattuale	responsabilità derivante da un fatto illecito che causa un danno ingiusto a terzi.
Ricovero	permanenza in istituto di cura con pernottamento.
Risarcimento	somma dovuta per compensare il danno provocato a terzi (in ambito RC).
Rischio	la probabilità che si verifichi un sinistro e la gravità dei suoi effetti.
Sanzione amministrativa	provvedimento sanzionatorio previsto per violazioni non penali (es. multe).
Sci estremo	discesa con sci su pendii superiori a 45 gradi di pendenza.
Scippo	furto commesso strappando le cose di mano o di dosso alla persona.
Scoperto	parte del danno indennizzabile, espressa in valore percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo	dispiego improvviso e anomalo, al di fuori dalla gestualità comune, di energia muscolare a fronte di un evento eccezionale ed inaspettato.
Sinistro	il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione. Per la sezione "Assistenza Persona": il singolo fatto o avvenimento che si può verificare nel corso di validità della Polizza e che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato.
Società	VHV Italia Assicurazioni S.p.A., che presta l'Assicurazione, come risulta dalla Polizza sottoscritta dalle parti.
Spese di giustizia	spese definite dal D.P.R. 115/2002, sostenute nell'ambito di procedimenti giudiziari.



Spese di soccombenza	spese processuali che la parte soccombente è tenuta a rimborsare alla parte vittoriosa.
Sport agonistico	sport praticati in qualità di tesserati di federazioni Sportive o associazioni/enti riconosciute dal CONI per prepararsi e partecipare a competizioni Sportive di carattere agonistico.
Sport del tempo libero	sport con finalità strettamente ricreative non finalizzato alla partecipazione a competizioni Sportive di carattere agonistico.
Sport professionistico	sport svolti nell'ambito di discipline regolamentate dal CONI per le quali è prevista remunerazione in denaro e/o contributo di qualunque natura derivante da un obbligo contrattuale sottoscritto tra le parti che costituisca fonte di reddito per l'assicurato, ad eccezione dei rimborsi spese. Sono considerati sport professionistici quelli praticati da coloro che partecipano a competizioni internazionali come Olimpiadi, Campionati europei o mondiali, indipendentemente dai compensi percepiti.
Struttura Organizzativa	per la sezione "Assistenza Persona": la struttura di Ima Servizi Scarl costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che provvede al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le Prestazioni di assistenza previste in Polizza.
Vertenza	conflitto di pretese tra soggetti, che può sfociare in controversia civile, penale o amministrativa.



NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

Art. 1.1 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, **possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione** secondo gli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

Art. 1.2 – PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA GARANZIA

L'Assicurazione ha effetto dalle 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle 24 del giorno del pagamento.

I premi devono essere pagati all'intermediario incaricato oppure alla Società, anche tramite l'area riservata.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle 24 del giorno del pagamento, fermi le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti come previsto dall'art. 1901 del Codice civile.

Art. 1.3 – MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

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

Art. 1.4 – AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio con particolare riferimento al cambiamento delle attività professionali dell'Assicurato dichiarate nella scheda di Polizza.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione come previsto dall'art. 1898 del Codice civile.

Art. 1.5 – DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successivi alla comunicazione del Contraente o dell'Assicurato come previsto dall'art. 1897 del Codice civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 1.6 – ALTRE ASSICURAZIONI

Come previsto dall'art. 1910 del Codice civile, il Contraente deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per il medesimo rischio e sulle medesime cose. In caso di Sinistro il Contraente deve dare avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Art. 1.7 – DURATA DEL CONTRATTO, PROROGA DELL'ASSICURAZIONE E PERIODO DI ASSICURAZIONE

La durata del contratto è indicata sulla scheda di Polizza.

Il contratto può essere stipulato nella forma "a tacito rinnovo" o "a scadenza automatica" e può avere durata annuale o poliennale.

Nel caso di TACITO RINNOVO, il contratto di Assicurazione si rinnova alla scadenza annuale o a quella poliennale, e così successivamente, di anno in anno, salvo in caso di disdetta comunicata da una delle Parti ed inviata nelle forme e nei termini di cui all'art. 1.8 – Disdetta dell'Assicurazione.

Nel caso di SCADENZA AUTOMATICA, il contratto cessa automaticamente alle 24 del giorno di scadenza indicato sulla scheda di Polizza, senza necessità di disdetta.

Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al "periodo di Assicurazione", questo si intende della durata di un anno. Se però l'Assicurazione è stata stipulata per una minore durata, il "periodo di Assicurazione" coincide con la durata del contratto.

Art. 1.8 – DISDETTA DELL'ASSICURAZIONE

Entrambe le Parti possono disdire il contratto stipulato nella forma “a tacito rinnovo” inviando una comunicazione tramite lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), da spedire almeno 30 giorni prima della scadenza.

In caso di disdetta non sono previsti oneri aggiuntivi.

Art. 1.9 – FACOLTÀ DI RECESSO

La facoltà di recesso è prevista nei seguenti casi:

- a) nel caso di contratto a durata **poliennale**, il Contraente può recedere dal contratto trascorso il primo quinquennio o in caso di durata inferiore a cinque anni, alla scadenza contrattuale, mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata (PEC), con preavviso di almeno sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso viene esercitata;
- b) **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 o posta elettronica certificata (PEC). Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Assicurato; il recesso da parte della Società ha effetto trascorsi **30 giorni** dalla data di invio della comunicazione. La Società, **entro 30 giorni** dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Assicurazione non corso;
- c) il manifestarsi in corso di contratto di Assicurazione di alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V, A.I.D.S. e sindromi correlate costituisce per la Società **aggravamento di rischio**, tale per cui non avrebbe consentito l'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato. Si applica, in questo caso, la disciplina prevista da tale articolo di legge. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Società rimborsa all'Assicurato, al netto dell'imposta, la parte di premio pagato e non goduto.

Art. 1.10 – FORO COMPETENTE

Per le controversie relative a questo contratto è competente l'autorità giudiziaria italiana del luogo della sede, o del luogo di Residenza o di domicilio dell'Assicurato o del Beneficiario o dei loro aventi diritto.

Art. 1.11 – ONERI FISCALI

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

Art. 1.12 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Questo contratto di Assicurazione è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 1.13 – RINUNCIA AL DIRITTO DI SURROGAZIONE

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

Art. 1.14 – ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione è valida in tutto il mondo. Tuttavia, in caso di **inabilità temporanea** verificatasi al di fuori dell'Unione Europea, **l'indennizzo è riconosciuto esclusivamente per il periodo di ricovero ospedaliero**. Tale limitazione cessa automaticamente alle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Estensione territoriale – Sezione “Assistenza Persona”

Ai fini della presente Sezione, si intendono per Paesi assicurati quelli in cui:

- si è verificato il Sinistro;
- le Prestazioni possono essere fornite, salvo quanto eventualmente previsto nelle specifiche sezioni.

I Paesi si suddividono in tre gruppi geografici:

- A) **ITALIA**: Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.
- B) **EUROPA**: Paesi del gruppo A) e i seguenti: Albania, Algeria, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Danimarca (esclusa la Groenlandia), Egitto, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Liechtenstein, Lettonia, Libia, Lituania, Lussemburgo, Macedonia, Malta, Marocco, Moldavia, Principato di Monaco, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia (fino ai Monti Urali), Serbia e Montenegro, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria.
- C) **MONDO**: Tutti i Paesi dei gruppi A) e B), nonché tutti gli altri Paesi del mondo, ad eccezione di

quelli espressamente esclusi.

Paesi esclusi: non sono operanti le prestazioni nei seguenti territori: Afghanistan, Antartico, Cocos, Georgia del Sud, Heard e McDonald, Isola Bouvet, Isola Christmas, Isola Pitcairn, Isole Chagos, Isole Falkland, Isole Marshall, Isole Minori, Isole Salomone, Isole Wallis e Futuna, Kiribati, Micronesia, Nauru, Niue, Palau, Sahara Occidentale, Samoa, Sant'Elena, Somalia, Terre Australi Francesi, Timor Occidentale, Timor Orientale, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu.

Estensione territoriale per la sezione "Tutela Legale"

Le seguenti garanzie:

- o "richiesta di risarcimento danni di natura extracontrattuale per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato un infortunio"
- o "richiesta di risarcimento danni di natura contrattuale ed extracontrattuale per danni alla persona conseguenti a lesioni fisiche subite dall'assicurato in conseguenza di malpractice medica conseguenti o connessi ad infortunio"

sono valide nei territori di Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera e Liechtenstein a condizione che il sinistro si verifichi in uno di questi paesi e che l'ufficio giudiziario competente abbia sede nello stesso territorio.

In ogni caso, per i sinistri insorti e che devono essere trattati in paesi o in territori diversi da quelli indicati sopra, la garanzia opera in tutto il Mondo nel **limite del rimborso di € 3.000**.

La garanzia "**vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali**" è valida **esclusivamente nella Repubblica Italiana**, nella Città del Vaticano e nella Repubblica di San Marino a condizione che il sinistro avvenga in uno di questi territori e che l'ufficio giudiziario competente abbia sede nello stesso territorio.

Art. 1.15 – LIMITE DI ETÀ

Le garanzie di Polizza sono prestate per persone entro i seguenti limiti d'età:

- per le garanzie della Sezione Infortuni: età **non superiore a 80 anni**;
- per le garanzie della Sezione Malattia: età **non superiore a 75 anni**.

Quando in corso di contratto uno degli assicurati compie 80 anni (o 75 anni se acquistata una garanzia della sezione Malattia), l'assicurazione cessa alla prima scadenza successiva al compimento di tale età.

Art. 1.16 – ADEGUAMENTO DEL PREMIO GARANZIE SEZIONE MALATTIA

Per le garanzie della Sezione Malattia il **premio è soggetto ad adeguamento automatico ad ogni rinnovo annuale**, in relazione all'età raggiunta dall'Assicurato alla data di scadenza.

Art. 1.17 – VARIAZIONE DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

Nei contratti a tacito rinnovo, La Società ha la facoltà di **modificare le condizioni di Assicurazione (a titolo meramente esemplificativo: massimali, limiti di Indennizzo, scoperti, franchigie)** rispetto a quelle precedentemente convenute e in essere.

In tale caso la Società, almeno 60 giorni prima della scadenza anniversaria della Polizza, comunicherà al Contraente – nelle modalità previste o con invito di rivolgersi all'intermediario al quale è assegnata la Polizza – un'appendice di variazione alla Polizza esistente con le nuove condizioni ed il premio proposti.

Le nuove condizioni ed il premio, proposti con l'appendice di variazione, si intenderanno accettati dal Contraente con il pagamento del premio e con la sottoscrizione della relativa appendice, a fronte del rilascio della quietanza da parte della Società. Il pagamento del premio e la sottoscrizione dell'appendice dovranno essere perfezionati **entro i 30 giorni successivi alla scadenza del Contratto in essere** e varranno come perfezionamento del rapporto di Assicurazione così modificato.

Qualora il Contraente **non provveda ad effettuare il pagamento del Premio entro il termine sopra indicato, il Contratto in essere si deve intendere disdettato** e, quindi, cessato alla scadenza naturale già decorsa. La Società, inoltre, rinuncia ad agire per la riscossione del premio stesso.

Qualora il Contraente provveda a corrispondere il Premio ma non a firmare l'appendice di variazione, il Contratto in essere deve intendersi non perfezionato e, quindi, sospeso fino alla sottoscrizione.

Le Polizze stipulate nella forma "a scadenza automatica", non sono soggette a quanto previsto dal presente articolo e, pertanto, non possono essere rinnovate con le suddette modalità, cessando automaticamente alla scadenza naturale.

Art. 1.18 – ADEGUAMENTO DEL SOLO PREMIO

In alternativa a quanto indicato all'art 1.17 "Variazione delle condizioni contrattuali", **nei contratti a tacito rinnovo**, la Società ha, altresì, la facoltà, anche per il tramite dell'Intermediario assicurativo, di **modificare**



esclusivamente le condizioni tariffarie delle Garanzie attive rispetto a quelle originariamente convenute ed in essere.

In tal caso la Società, almeno 60 giorni prima della scadenza anniversaria della Polizza, comunica al Contraente, nelle modalità previste, l'importo del nuovo Premio proposto.

Il versamento del nuovo Premio proposto dovrà essere effettuato dal Contraente e comunicato alla Società, o all'Intermediario, **entro i 30 giorni successivi alla scadenza del Contratto**, a fronte del rilascio della relativa quietanza, che varrà come conclusione e perfezionamento della Polizza in essere alle nuove condizioni economiche.

In caso di mancato versamento del nuovo Premio nei termini sopra indicati, il Contratto in essere si deve intendere disdettato e, quindi, cessato alla scadenza naturale già decorsa. La Società, inoltre, rinuncia ad agire per la riscossione del premio stesso.

Le Polizze stipulate nella forma "a scadenza automatica", non sono soggette a quanto previsto dal presente articolo e, pertanto, non possono essere rinnovate con le suddette modalità, cessando automaticamente alla scadenza naturale.

Art. 1.19 – INDICIZZAZIONE

Se è stata espressamente convenuta in Polizza l'applicazione dell'indicizzazione, le somme assicurate, i massimali ed il premio delle garanzie **Invalidità permanente da Infortunio e Morte** sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni del numero indice dei Prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati elaborato dall'ISTAT, in conformità a quanto segue:

- a) come base di riferimento iniziale e per gli aggiornamenti sarà adottato l'indice di giugno dell'anno precedente;
- b) alla scadenza di ogni rata annua, se si sarà verificata una variazione in più o in meno rispetto all'indice iniziale o a quello dell'ultimo adeguamento, le somme assicurate, i massimali e il premio verranno aumentati o ridotti in proporzione;
- c) l'aumento o la riduzione decorreranno dalla scadenza della rata annua. Il Contraente riceverà apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Se in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice supera il 100% di quello inizialmente stabilito in Polizza, le Parti possono rinunciare all'aggiornamento successivo della Polizza con lettera raccomandata A/R oppure posta elettronica certificata (PEC) da inviare almeno 90 giorni prima della scadenza annuale. In questo caso le somme, i massimali assicurati ed il premio restano quelli dell'ultimo aggiornamento effettuato.

Art. 1.20 – PERSONE NON ASSICURABILI

La Società presta l'Assicurazione su dichiarazione del Contraente che l'Assicurato non è affetto da alcolismo, tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi correlate.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti si applica quanto disposto dall'art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - e dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

La manifestazione in corso di contratto di Assicurazione di una o più delle affezioni o malattie sopra elencate costituisce per la Società aggravamento di rischio per il quale non avrebbe consentito l'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 del Codice civile e come previsto dall'art. 1.9 lettera c) – Facoltà di recesso.

Art. 1.21 - DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Il Contraente, qualora sia un **consumatore**, ha diritto di recedere dal contratto concluso **interamente mediante tecniche di comunicazione a distanza entro 14 (quattordici) giorni** dalla data di stipula, mediante **comunicazione scritta** da inviare alla Società, tramite lettera raccomandata con avviso di ricevimento (A/R) oppure tramite posta elettronica certificata (PEC).

Il diritto di ripensamento può essere esercitato esclusivamente a condizione che, nel periodo di validità della copertura, **non sia avvenuto alcun sinistro.**

In caso di esercizio del diritto di ripensamento, **la Società, entro 30 (trenta) giorni** dal ricevimento della comunicazione di recesso, **rimborso al Contraente il premio imponibile versato, al netto delle imposte.** Qualora la Polizza contenga **posizioni assicurative vincolate** a favore di un terzo, il Contraente dovrà fornire anche il **consenso scritto del terzo** per poter esercitare validamente il recesso.



SEZIONE INFORTUNI

COSA È ASSICURATO

Art. 2.1 – OPERATIVITÀ DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisce nello svolgimento delle attività professionali dichiarate in Polizza e delle attività extraprofessionali (**Copertura h24**).

Il Contraente può limitare il perimetro dell'Assicurazione:

- a) ai soli infortuni accaduti durante l'**attività professionale** includendo il "rischio in itinere" (ossia il tragitto tra l'abitazione e il luogo di lavoro e viceversa);
- b) ai soli infortuni accaduti durante l'**attività extraprofessionale**, nel tempo libero;
- c) ai soli infortuni subiti dal **conducente** durante la guida di veicoli, identificati in Allegato 3.

Sono compresi in garanzia, con le limitazioni previste nella tabella "**Limiti, scoperti e franchigie**" (**art. 2.4**), anche gli infortuni causati da:

1. asfissia non di origine morbosa;
2. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
3. annegamento;
4. assideramento o congelamento;
5. folgorazione;
6. colpi di sole o di calore;
7. morsi di animali, punture di insetti o aracnidi e affezioni conseguenti;
8. imperizia, imprudenza o negligenza anche gravi;
9. aggressioni e atti di temerarietà;
10. malore o alterazione di coscienza, salvo che il malore o l'alterata coscienza siano conseguenza delle patologie indicate all'art. 2.3 - Esclusioni;
11. colpa grave dell'Assicurato, del Contraente e del Beneficiario, a parziale deroga dell'art. 1900 del Codice civile;
12. tumulti popolari o da atti di terrorismo ai quali l'Assicurato non abbia partecipato, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile;
13. eruzioni vulcaniche, alluvioni e inondazioni e, a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile, da movimenti tellurici. In questi casi, se un unico evento dovesse colpire più assicurati con la Società e gli indennizzi complessivamente dovuti superassero il limite indicato nella tabella dell'art. 2.4, gli indennizzi, spettanti a ciascun Assicurato, saranno ridotti in proporzione al rapporto che intercorre fra il limite indicato e il totale degli indennizzi dovuti;
14. gli infortuni subiti dall'Assicurato, in qualità di passeggero, durante viaggi aerei di turismo, trasferimento e trasporto pubblico passeggeri, su velivoli o elicotteri, esclusi quelli effettuati su aeromobili di aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico di passeggeri e su aeromobili di aeroclub. Convenzionalmente il viaggio aereo inizia nel momento in cui l'Assicurato sale a bordo dell'aeromobile e cessa nel momento in cui ne è disceso. Questa copertura non vale se la Polizza ha durata inferiore ad un anno;
15. guerra, guerra civile, insurrezione o lotta armata che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale insorge la guerra o l'insurrezione. La copertura opera a parziale deroga dell'art. 1912 del Codice civile e per un massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi;
16. conseguenze di infezioni contratte a seguito di Infortunio, purché il germe infettivo si sia introdotto nell'organismo al momento del verificarsi di una lesione esterna traumatica, restando escluso il contagio da virus HIV e da Epatite B e C.

GARANZIE BASE

Il Contraente può scegliere se acquistare singolarmente o entrambe le garanzie base “Invalidità Permanente da Infortunio” e “Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio”. Se richiamati in Polizza sono garantite le seguenti garanzie per le somme assicurate indicate nella stessa, nel rispetto delle limitazioni previste nella tabella “Limiti, scoperti e franchigie” (art. 2.4).

Art. 2.1.1 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se un infortunio causa un'invalidità permanente **entro due anni dall'evento**, la Società liquida un'indennità basata sulla somma assicurata per invalidità permanente, seguendo le percentuali indicate nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 (Testo unico sull'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali), anche conosciute come **Tabelle INAIL**. Un estratto di queste tabelle è riportato nell'art. 6.4 – “Criteri di indennizzabilità” nella sezione “Cosa fare in caso di Sinistro”.

L'indennizzo per invalidità permanente dipende dall'opzione di Franchigia scelta dal Contraente, come indicato sulla scheda di Polizza. Le seguenti opzioni sono previste:

1. OPZIONE 1 (Franchigia 3% - 5% - 10%)

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

- a) la prima, **fino a 150.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
- b) la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
- c) la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

2. OPZIONE 2 (Franchigia 3% - 10%)

Non disponibile per copertura limitata ai soli infortuni subiti dal conducente (art.2.1 lett. c)

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

- a) la prima, **fino a 300.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
- b) la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 300.000 euro della prima**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale;**

3. OPZIONE 3 (Franchigia 5% - 10%)

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

- a) la prima, **fino a 500.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
- b) la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 500.000 euro della prima**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10% e per la sola parte che supera questa percentuale;**

4. OPZIONE 4 (Franchigia 0% - 3% - 5% - 10%)

Disponibile esclusivamente con Copertura h24 e secondo le tabelle ANIA (art.2.2.18).

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

- a) la prima, **fino al 50% della somma assicurata con il massimo di 100.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **senza applicazione di Franchigia;**
- b) la seconda, pari all'eventuale **eccedenza della prima parte e fino a 150.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
- c) la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**



- d) la quarta, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

5. OPZIONE A SCALARE (*Franchigia ridotta in assenza di sinistri nelle prime due annualità*)

Non disponibile per copertura limitata ai soli infortuni subiti dal conducente (art.2.1 lett. c)

Nelle prime due annualità assicurative dalla data di decorrenza del contratto la somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

- a) la prima, **fino a 150.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
- b) la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
- c) la terza, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Per la terza e quarta annualità assicurativa dalla data di decorrenza del contratto ed **in assenza di sinistri di invalidità permanente liquidati**, la somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 100.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 1,5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 100.000 euro della prima e fino a 150.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
4. la quarta, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Dalla quinta annualità assicurativa dalla data di decorrenza del contratto ed **in assenza di sinistri di invalidità permanente liquidati**, la somma assicurata per invalidità permanente si considera divisa nelle seguenti parti:

1. la prima, **fino a 100.000 euro**, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **senza applicazione di Franchigia;**
2. la seconda, pari all'eventuale **eccedenza di 100.000 euro della prima e fino a 150.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 3% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
3. la terza, pari all'eventuale **eccedenza di 150.000 euro della prima e fino a 300.000 euro** di somma assicurata, sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 5% e per la sola parte che supera questa percentuale;**
4. la quarta, pari **all'eventuale eccedenza di 300.000 euro** delle prime due sulla quale la Società liquida l'Indennizzo dovuto ai sensi di Polizza **soltanto se l'invalidità permanente è di grado superiore al 10%, e per la sola parte che supera questa percentuale.**

Ai fini dell'applicazione dell'opzione "a scalare":

- per annualità assicurativa si intende un periodo di copertura pari a 12 mesi, per il quale sia stato pagato il relativo premio;
- qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, **di altra Polizza infortuni della Società con opzione a scalare** non si interrompe il criterio di cui sopra;
- in caso di Sinistro di invalidità permanente liquidato, il conteggio delle annualità assicurative ricomincerà dalla data di effetto della prima quietanza annuale successiva a tale Sinistro.

Per tutte le opzioni di cui sopra:

- le franchigie non si applicano nel caso di invalidità permanente superiore al 20% della totale.
- qualora l'invalidità permanente, accertata con i criteri di indennizzabilità di cui all'art. 6.4, sia superiore al 60% verrà indennizzato il 100% della somma assicurata.



Art. 2.1.2 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA INFORTUNIO

La Società, in caso di Infortunio che abbia come conseguenza il Ricovero in istituto di cura dell'Assicurato corrisponde l'indennità giornaliera assicurata per i giorni di durata del Ricovero.

L'indennità da Ricovero è:

1. raddoppiata nei casi di Ricovero in reparto di rianimazione o in una unità di cura intensiva, per il periodo di permanenza in questi reparti;
2. raddoppiata in caso di Ricovero a seguito dello stesso evento dell'Assicurato e di altro parente convivente, anche non Assicurato, compreso il convivente di fatto;
3. **dimezzata** in caso di Ricovero in Day Hospital e Day Surgery.

In caso di Ricovero in istituto di cura a seguito di Infortunio se l'Assicurato, **purché minorenne**, necessita di assistenza continuativa, dimostrata da **idonea documentazione rilasciata dall'istituto di cura**, la Società liquiderà una indennità giornaliera doppia rispetto a quella indicata in Polizza.

In questo caso la garanzia **non si cumula** con i raddoppi previsti ai punti 1 e 2 del presente articolo e **opera solo in caso di Copertura h24**.

Art. 2.1.3 – ATTIVITÀ SPORTIVE

Le garanzie della sezione Infortuni richiamate in Polizza, comprese eventuali garanzie opzionali, per le quali è stato pagato il relativo premio, valgono anche durante la pratica non professionistica delle attività sportive.

- L'**Indennizzo** è corrisposto al **50%** se l'Infortunio si verifica durante la pratica di Sport **agonistici**.
- L'**Indennizzo** è corrisposto al **100%** se l'Infortunio si verifica durante la pratica di Sport del **tempo libero**.

Sono escluse tutte le attività Sportive indicate all'art. 2.3, punto 11).

Le attività sportive non specificatamente indicate nell'art. 2.3, punto 11), ma assimilabili a quelle riportate, saranno classificate per analogia con la più simile tra le attività sportive elencate.

Art. 2.1.4 – COPERTURA ESTESA

Le garanzie della copertura estesa sono sempre operanti.

Tuttavia, non sono attivabili se il Contraente ha scelto di limitare la copertura ai soli infortuni subiti dal conducente durante la guida dei veicoli identificati in Allegato 3 (Art. 2.1, lettera c).

a) **Danno estetico**

In caso di Infortunio la Società rimborsa le spese sostenute e documentate dall'Assicurato per interventi di chirurgia plastica ed estetica allo scopo di ridurre od eliminare eventuali danni estetici al viso, indipendentemente dal grado di invalidità permanente accertato.

b) **Rimborso spese per assistenza infermieristica e collaborazioni domestiche**

Se a seguito di Infortunio, l'Assicurato presenta postumi di invalidità permanente superiori al 25%, la Società rimborsa le spese sostenute nei primi sei mesi dal giorno dell'Infortunio per assistenza infermieristica e per collaborazioni domestiche.

c) **Malattie tropicali**

La garanzia comprende l'invalidità permanente da Infortunio derivante dal contagio di Malattie tropicali, diagnosticate dai medici curanti. L'operatività della garanzia è subordinata al fatto che l'Assicurato, nel momento in cui si rechi all'estero, sia in perfette condizioni di salute e si sia sottoposto alle pratiche di profilassi prescritte dalle Autorità sanitarie dei Paesi ospitanti.

d) **Lesioni Muscolari ed Ernie**

L'Assicurazione comprende le lesioni muscolari determinate da sforzi. Per quanto riguarda le ernie traumatiche e le ernie addominali da Sforzo alle seguenti condizioni:

- se l'ernia è giudicata operabile, verrà corrisposta l'indennità per il caso di inabilità temporanea e/o indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio (se previste in Polizza), fino ad un massimo di quaranta giorni;
- se l'ernia, anche se bilaterale, è giudicata non operabile secondo parere medico, verrà corrisposta un'indennità a titolo di invalidità permanente non superiore alla percentuale della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale indicata all'art. 2.4.

In caso di contestazioni sulla natura o l'operabilità dell'ernia la decisione può essere rimessa, a richiesta di una delle Parti e purché l'altra vi consenta, al Collegio medico, di cui all'art. 6.3.

**e) Lesioni Tendinee**

L'Assicurazione comprende le lesioni tendinee sottocutanee. Se l'Infortunio ha come conseguenza:

- lesioni tendinee della spalla documentate con RMN (Risonanza Magnetica Nucleare);
- rotture tendinee sottocutanee del bicipite brachiale (prossimale o distale), dell'estensore del pollice o del quadricipite femorale, documentate da ecografia o RMN.

L'Indennizzo sarà calcolato in base all'età dell'Assicurato, come indicato nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4), senza l'applicazione delle franchigie.

Nel caso di lesione tendinea causata da taglio non si applicano le limitazioni di cui sopra.

f) Rottura Del Tendine D'Achille

La Società provvederà al pagamento di un Indennizzo, come indicato nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4), senza l'applicazione delle franchigie, se l'Infortunio ha come conseguenza la rottura (violenta e/o diretta) del tendine d'Achille.

Art. 2.1.5 – COPERTURA COMPLETA H24

Le garanzie del presente articolo sono attive solo se l'Assicurato ha scelto la Copertura h24, che prevede la tutela sia durante lo svolgimento delle attività professionali dichiarate in polizza sia nelle attività extraprofessionali.

a) Rimborso spese trasporto

In caso di Infortunio la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo, all'istituto di cura o alla propria abitazione.

b) Indennizzo per recupero lezioni

Se a causa di un Infortunio, l'Assicurato che frequenta la scuola dell'obbligo o secondaria superiore non può frequentare le lezioni per un periodo **continuativo superiore a 30 giorni**, la Società rimborsa le spese sostenute per lezioni private e/o di recupero regolarmente fatturate.

c) Indennizzo per aspettativa del genitore

Se a seguito di Infortunio dell'Assicurato, **purché minorenni**, un genitore deve ricorrere ad aspettativa non retribuita per un **periodo minimo di tre mesi** allo scopo di prestare assistenza al figlio, la Società corrisponde un **Indennizzo forfettario** pari a 1000 euro per Sinistro e anno assicurativo. L'Indennizzo viene corrisposto a condizione che il genitore dell'Assicurato **fornisca documentazione** rilasciata dal proprio datore di lavoro che certifichi l'astensione dal lavoro.

d) Rimborso spese mediche ospedaliere per chirurgia riparatrice da Infortunio

La Società rimborsa le spese sostenute durante il Ricovero in istituto di cura per onorari dei medici e dei chirurghi, spese farmaceutiche, nonché rette di degenza a seguito di interventi di chirurgia riparatrice di sfregi e deturpazioni di natura estetica e fisiognomica, conseguenti a Infortunio avvenuto durante il periodo di validità della Polizza. L'intervento di chirurgia riparatrice **dovrà avvenire entro un anno dalla data di guarigione clinica** dell'Infortunio e a condizione che, a questa data, l'Assicurato **fornisca documentazione medica** da cui risulti che il danno di natura estetico-fisiognomica è diretta ed esclusiva conseguenza dell'Infortunio subito.

e) Invalidità permanente per figli minori

La Società paga un Indennizzo se i figli minorenni dell'Assicurato diventano invalidi in modo permanente. L'importo Assicurato per i figli è lo stesso dell'Assicurato. Questa copertura vale solo se i figli non hanno un'altra Assicurazione per lo stesso rischio. Se entrambi i genitori sono assicurati con lo stesso contratto, per calcolare l'Indennizzo maggiore per i figli, si considera il capitale più alto tra i due. Se l'Assicurato ha più figli e più di uno diventa invalido permanentemente, l'importo Assicurato è il massimo totale disponibile per tutti i figli. Il limite di Indennizzo è di 50.000 euro, al netto della Franchigia scelta per l'invalidità permanente da Infortunio.

f) Scippo, rapina, estorsione e sequestro

Se a seguito di Scippo, rapina, estorsione e sequestro, tentati o consumati, l'Assicurato subisce lesioni fisiche, la Società corrisponde un **Indennizzo forfettario pari a 500 euro** in aggiunta ad eventuali indennizzi previsti ai sensi di Polizza.

L'Indennizzo viene corrisposto a condizione che l'**Assicurato fornisca documentazione medica da cui risulti che le lesioni fisiche subite sono conseguenti allo Scippo, rapina, estorsione e sequestro nonché copia della denuncia presentata all'Autorità Giudiziaria.**



g) Prevenzione

La Società rimborsa:

- le spese sostenute dall'assicurato per esame mammografico e relativa termografia o ecografia;
- in caso di intervento chirurgico per isterectomia totale o mastectomia totale uni o bilaterale, corrisponde all'assicurato un **Indennizzo forfettario pari a 5.000 euro, non cumulabile con altri indennizzi.**
- le spese sostenute per esami clinici e strumentali (ecografia, esami laboratoristici, etc.) sia per diagnosi e cura che per screening della patologia prostatica. In caso di intervento di resezione totale della prostata, la Società corrisponde all'Assicurato un **Indennizzo forfettario pari a 5.000 euro, non cumulabile con altri indennizzi.**

h) Lavori manuali e agricoli

Limitatamente alle garanzie della sezione infortuni richiamate in Polizza per le quali è stato pagato il relativo premio, sono compresi gli infortuni subiti durante lavori manuali o agricoli svolti dall'Assicurato **a carattere privato e senza scopo di lucro.**

GARANZIE OPZIONALI

Se richiamate nella Polizza e pagato il relativo premio, le seguenti garanzie opzionali sono prestate con le limitazioni riportate nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 2.4).

Art. 2.2.1 – MORTE

Se l'Infortunio ha come conseguenza la morte, **verificatasi entro due anni** dal giorno dell'Infortunio stesso, la Società corrisponde la somma assicurata ai beneficiari indicati dal Contraente o, in mancanza di indicazioni, agli eredi dell'Assicurato in parti uguali. L'Indennizzo per il caso di morte **non è cumulabile** con quello per invalidità permanente; se però, dopo il pagamento di un Indennizzo per invalidità permanente, l'Assicurato muore a causa dello stesso Infortunio, e se l'Indennizzo previsto per la morte è superiore a quello già versato per invalidità permanente, **la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra i due indennizzi.**

Se nello stesso evento muore per Infortunio anche il coniuge non legalmente separato, verrà corrisposta, **esclusivamente ai figli minori o portatori di handicap e in parti uguali tra questi ultimi**, un'ulteriore somma pari a quella assicurata per il caso di morte dell'Assicurato. Se anche il coniuge è assicurato con analoga garanzia o Polizza emessa dalla Società che prevede il raddoppio della somma assicurata per il caso di morte, sarà riconosciuta ai figli minori la sola indennità maggiorata della Polizza con la somma più elevata. **L'importo complessivo massimo erogabile, anche nei casi in cui sia previsto il raddoppio dell'indennizzo per la presenza di figli minori o portatori di handicap, non potrà comunque superare il limite stabilito nella tabella 'Limiti, scoperti e franchigie' (art. 2.4).**

Se l'Assicurato scompare a seguito di Infortunio e, in applicazione dell'art. 60, comma 3) del Codice civile o dell'art. 211 del Codice della navigazione, l'autorità giudiziaria ne dichiara la morte presunta e la stessa viene registrata negli atti dello stato civile, la Società corrisponde ai beneficiari la somma assicurata per il caso di morte. Se dopo il pagamento dell'Indennizzo, si dimostra che l'Assicurato è ancora in vita, **Assicurato e beneficiari sono tenuti in solido alla restituzione dell'Indennizzo.**

In caso di Infortunio che non comporti la morte dell'Assicurato, ma un suo stato di coma riconosciuto dai sanitari con GCS (Glasgow Coma Scale) **inferiore a 5**, trascorsi 5 mesi dall'Infortunio verrà liquidata una somma pari a quella assicurata per il caso morte.

Art. 2.2.2 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO PLUS

Se un Infortunio ha per conseguenza una invalidità permanente e questa **si verifica entro due anni** dal giorno dell'Infortunio la Società liquida, secondo le disposizioni riportate nella Polizza e all'art. 2.4 – Limiti, scoperti e franchigie, una indennità calcolata sulla somma assicurata per invalidità permanente, in base alle percentuali indicate nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 Testo unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, conosciute anche come 'Tabelle INAIL' delle quali si riporta un parziale estratto nell'art. 6.4 – Criteri di indennizzabilità, all'interno della sezione "Cosa fare in caso di Sinistro". La liquidazione dell'indennità per "Invalidità permanente Plus" viene determinata secondo le modalità di seguito riportate:

- qualora il grado di invalidità permanente sia **pari o inferiore al 25%**, l'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata indicata in Polizza;



- non si fa luogo ad Indennizzo per invalidità permanente quando questa è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se risulterà superiore al 10% ma non al 25%, l'Indennizzo sarà corrisposto unicamente per la parte eccedente;
- qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 25% ma non al 50%, l'Indennizzo sarà calcolato sul doppio della somma assicurata indicata in Polizza;
- qualora il grado di invalidità permanente risulti superiore al 50%, l'Indennizzo sarà calcolato sul quadruplo della somma assicurata indicata in Polizza;
- nessuna Franchigia viene applicata nel caso di invalidità permanente superiore al 25%.

Art. 2.2.3 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER INABILITÀ TEMPORANEA

L'indennità giornaliera per inabilità temporanea è riservata esclusivamente alle categorie di **Lavoratori Autonomi, Liberi Professionisti e Casalinghe**. Tuttavia, tale indennità non è acquistabile nel caso in cui sia stata selezionata l'opzione 4 relativa all'Invalidità Permanente, come previsto dall'articolo 2.1.1.

Se l'Infortunio causa un'inabilità temporanea, la Società corrisponde l'indennità stabilita in Polizza, secondo le seguenti modalità:

1. In assenza di visita medico-legale:

- o Indennizzo integrale per il **60%** dei giorni totali accertati e documentati.
- o Indennizzo pari al **50%** dell'indennità giornaliera per il restante **40%** dei giorni accertati.

2. In presenza di visita medico-legale:

- o Indennizzo integrale per ogni giorno in cui l'Assicurato si trovi in totale incapacità fisica di svolgere le attività professionali principali e secondarie dichiarate.

3. L'Indennizzo sarà sempre corrisposto in forma integrale durante:

- o Il periodo di Ricovero ospedaliero;
- o Il periodo di immobilizzazione (come definito all'Art. 2.2.4);
- o Il periodo di deambulazione con prescrizione di stampelle (con carico parziale) o carrozzella.

Nei periodi di Ricovero ospedaliero e immobilizzazione, la Franchigia prevista non è applicata.

4. Per il periodo residuo:

- o Indennizzo pari al **50%** per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto svolgere solo parzialmente le attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennità per inabilità temporanea decorre dal giorno dell'Infortunio denunciato come previsto all'art. 6.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi dell'Assicurato e all'art. 6.2 - Accertamento, liquidazione e pagamento - o dalla data riportata sul certificato di pronto soccorso o struttura similare e viene corrisposta per un periodo massimo di 300 giorni. Se l'Assicurato non invia successivi certificati medici nel termine stabilito dall'art. 6.1, la liquidazione viene effettuata considerando come data di guarigione quella prevista nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che la Società possa stabilire una data precedente.

Se il medico legale accerta una invalidità permanente e, entro 5 mesi dall'Infortunio, l'Assicurato deve sottoporsi a intervento chirurgico, la Società liquida in forma integrale un ulteriore Indennizzo per inabilità temporanea per un periodo massimo di 20 giorni.

L'Indennizzo per inabilità temporanea è cumulabile con quello per morte o per invalidità permanente; non può essere cumulato con l'indennità giornaliera da immobilizzazione.

Art. 2.2.4 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER IMMOBILIZZAZIONE

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

Tra i mezzi di contenzione non rientrano:

1. le fasce elastiche in genere;
2. i bendaggi alla colla di zinco;
3. i busti ortopedici elastici;
4. i vari tipi di collari eccetto quelli utilizzati per fratture cervicali e lussazioni cervicali.

La garanzia è estesa alle fratture, accertate radiologicamente e che comportino immobilizzazione, anche se per la guarigione non è necessaria l'applicazione di mezzi di contenzione (ad esempio la frattura di coste, vertebre, bacino, coccige o sterno).

In caso di fratture trattate chirurgicamente con mezzi di osteosintesi, l'evento è indennizzato mediante un importo forfettario, determinato secondo le limitazioni indicate nella tabella "Limiti, scoperti e/o franchigie" (art. 2.4).



In tali casi, l'indennità giornaliera per immobilizzazione non è dovuta, anche qualora a seguito dell'intervento chirurgico sia applicato un mezzo di immobilizzazione esterno (gesso o tutore). Questa garanzia non è acquistabile insieme alla garanzia Indennità giornaliera per inabilità temporanea (art.2.2.3).

Art. 2.2.5 – RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO

In caso di Infortunio la Società rimborsa le spese sostenute per:

- a) rette di degenza, assistenza medica, cure, medicinali ed esami relativi al periodo di Ricovero;
- b) interventi chirurgici e precisamente onorari del chirurgo, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento; diritti di sala operatoria e materiale di intervento, compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento;
- c) visite specialistiche e accertamenti medici, ivi compresi gli onorari medici e presidi medici per medicazione ed accertamenti diagnostici conseguenti all'Infortunio ed effettuati nei 180 giorni successivi alla data dell'Infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante;
- d) trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia – prestati da professionisti in possesso di regolare abilitazione – a seguito dell'Infortunio ed effettuati nei 180 giorni successivi alla data dell'Infortunio oppure alla data di dimissione dall'istituto di cura o alla data di rimozione dell'eventuale tutore immobilizzante;
- e) acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle;
- f) le spese dentarie di natura post traumatica - corroborate da certificato di pronto soccorso o di Ricovero - che abbiano interessato denti sani o denti che non necessitavano di cure conservative al momento del Sinistro;
- g) cure termali con prescrizione medica, escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera.

La garanzia è valida anche in caso di infortuni verificatisi durante la pratica di sport agonistici, purché l'assicurato si sia rivolto a strutture sanitarie, pubbliche o private, e disponga di adeguata documentazione medica comprovante l'evento.

La Società rimborsa anche le spese previste ai punti precedenti in caso di Infortunio subito dai figli dell'Assicurato di età inferiore a due anni anche se non assicurati.

Art. 2.2.6 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER CONVALESCENZA DA INFORTUNIO

In caso di degenza domiciliare dell'Assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'istituto di cura nel quale l'Assicurato è **stato ricoverato per intervento chirurgico** a seguito di Infortunio, o nel caso in cui il Ricovero abbia avuto una durata **non inferiore a 3 giorni consecutivi**, la Società corrisponde una indennità giornaliera di importo variabile a seconda dell'opzione scelta e riportata nella scheda di Polizza:

a) Opzione Base

La Società corrisponde un'indennità giornaliera **pari al 50% di quella prevista per il Ricovero**. Questa indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza, **per una durata non superiore a quella del Ricovero ed entro il limite di 180 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo**.

In caso di ricoveri in regime di Day Hospital/Day Surgery, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

b) Opzione Completa

La Società corrisponde per ciascun giorno di convalescenza una indennità **pari al 100% di quella indicata in Polizza per il Ricovero**. Questa indennità viene corrisposta per ogni giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione, entro il limite di **90 giorni per evento e annualità assicurativa; in caso di ricoveri in regime di Day Hospital/Day Surgery o per assicurati di età inferiore a 18 anni**, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

Per entrambe le opzioni **la convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, fornita in originale**.

Art. 2.2.7 – PACCHETTO SOSTEGNO

La garanzia Pacchetto Sostegno prevede il rimborso di spese specifiche sostenute dall'Assicurato a seguito di un Infortunio, in base alle condizioni di seguito riportate:

a) Rimborso spese infermieristiche

Se a seguito di Infortunio rimane una invalidità permanente **superiore al 20%**, vengono rimborsate le spese documentate dalla relativa fattura sostenute **nei primi sei mesi** dal giorno dell'Infortunio per assistenza infermieristica.

b) Rimborso spese adeguamento locali e/o autovettura

Se a seguito di Infortunio l'Assicurato riporta una Invalidità permanente **superiore al 50%**, la Società rimborsa le spese, documentate in relazione al suo stato di salute, sostenute dall'Assicurato per i lavori di adeguamento della propria abitazione o per l'adeguamento della propria autovettura.

c) Sostegno psicologico

Se a seguito di Infortunio rimane una invalidità permanente **superiore al 50%**, vengono rimborsate le spese documentate dalla relativa fattura sostenute per assistenza psicologica dovuta ai postumi dell'Infortunio.

d) Collaborazioni

Se a seguito di Infortunio l'Assicurato riporta fratture **certificate radiologicamente**, lussazioni o distorsioni con lesioni legamentose strumentalmente provate, la Società rimborsa le **spese documentate** per:

- **Collaborazioni domestiche**: se l'Assicurato non sia in grado di svolgere le faccende domestiche;
- **Baby-sitter**: se l'Assicurato non è in grado di occuparsi autonomamente dei figli minori di anni 13;
- **Recapito domiciliare della spesa**: rimborso delle spese per la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità (farmaci);
- **Pagamento utenze domestiche**: rimborso delle spese per un collaboratore **esclusi i familiari**, che provvede al pagamento di utenze domestiche in scadenza.

Art. 2.2.8 – NON AUTOSUFFICIENZA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie Lavoratori autonomi e liberi professionisti, Dipendenti, Studenti.

Se l'Infortunio ha come conseguenza la **perdita permanente ed irreversibile** dell'autosufficienza, la Società provvede al pagamento della somma assicurata riportata sulla scheda di Polizza.

Si considera non autosufficiente la persona che, a seguito di Infortunio, ha difficoltà a svolgere in maniera permanente e definitiva le funzioni dell'attività quotidiana riportate nell'allegato 1 - Tabella di Barthel.

Il riconoscimento della non autosufficienza è stabilito dal medico fiduciario della Società se l'Assicurato ha raggiunto **almeno 40 punti** in base ai criteri e le modalità riportati nell'allegato 1 - Tabella di Barthel.

Art. 2.2.9 – SOSPENSIONE ATTIVITÀ

La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie Lavoratori autonomi e liberi professionisti.

Se a seguito di Infortunio **con esiti di invalidità permanente superiore al 3%**, l'Assicurato non può svolgere l'attività professionale dichiarata in Polizza e deve sospendere la propria attività per un periodo **superiore a 30 giorni accertati dal medico fiduciario della compagnia**, la Società pagherà un Indennizzo a titolo di rimborso delle spese generali fisse sostenute nel suddetto periodo.

Per spese generali fisse si intendono le spese, effettivamente documentate, sostenute dall'Assicurato per l'esercizio della professione dichiarata in Polizza durante il periodo di inattività e **limitate alle utenze di elettricità, acqua, gas, e alle spese di riscaldamento relative ai locali dove viene esercitata l'attività professionale ed ai costi di locazione.**

L'Indennizzo verrà corrisposto per le spese generali fisse sostenute nei 180 giorni successivi a quello dell'Infortunio.

Art. 2.2.10 – RADDOPPIO FRANCHIGIE INABILITÀ TEMPORANEA

A parziale deroga dell'art. 2.2.3, le relative franchigie riportate nella tabella 2.4 si intendono raddoppiate.

Art. 2.2.11 – INDENNITÀ GIORNALIERA DA SCOTTATURE E TAGLI

La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie Lavoratori Artigiani, Agricoltori e Commercianti.

La Società liquida una indennità giornaliera per gli infortuni conseguenti a scottature, ferite da taglio e ferite lacero contuse agli arti **documentate da certificati sanitari rilasciati dal Pronto Soccorso o dal medico di base e dalla denuncia INAIL.**

Art. 2.2.12 - SUPERVALUTAZIONE PER ARTIGIANI

La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie **Artigiani**. Tuttavia, **non è acquistabile se è stata selezionata l'opzione 4 di franchigia per Invalidità Permanente**, come previsto dall'articolo 2.1.1.

In caso di perdita anatomica delle tre dita indice, pollice, medio, l'Indennizzo sarà pari alla percentuale prevista per la perdita della mano così come indicata all'art. 6.4 – Criteri di indennizzabilità.

L'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.13 – SUPERVALUTAZIONE ARTI SUPERIORI

La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie **Professionisti del benessere della persona, Medici e paramedici, Radiologi, Orafi e gioiellieri, Musicisti, Veterinari**.

Tuttavia, **non è acquistabile se è stata selezionata l'opzione 4 di franchigia per Invalidità Permanente**, come previsto dall'articolo 2.1.1.

Le percentuali di valutazione previste per gli arti superiori e relativi segmenti si intendono così modificate a parziale deroga dell'art. 6.4 – Criteri di indennizzabilità:

				Destro	Sinistro
Per la perdita totale	arto superiore	100%	anziché	85%	75%
	avambraccio	100%		75%	65%
	mano	100%		70%	60%
	pollice	100%		28%	23%
	indice	100%		15%	13%
	medio	50%		12%	12%
	anulare	50%		8%	8%
	mignolo	50%		12%	12%

Per le menomazioni differenti dalla perdita anatomica o funzionale si fa riferimento alle tabelle previste all'art. 6.4 - Criteri di indennizzabilità, **maggiorate del 20%**.

L'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.14 – SUPERVALUTAZIONE PERDITA VOCE

La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie **Attori, Cantanti**. Tuttavia, **non è acquistabile se è stata selezionata l'opzione 4 di franchigia per Invalidità Permanente**, come previsto dall'articolo 2.1.1.

Nel caso di perdita completa della voce per causa meccanica o neurologica a seguito di Infortunio, a parziale deroga dell'art. 6.4 – Criteri di indennizzabilità, l'invalidità permanente viene indennizzata al 100%.

L'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.15 – ESTENSIONI SPORTIVE

Per i casi di morte, di invalidità permanente da Infortunio e di indennità per Ricovero da Infortunio, purché richiamati in Polizza e qualora sia stato pagato il relativo premio, si intendono compresi gli infortuni subiti dall'Assicurato durante la pratica delle seguenti attività:

- alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai, **purché l'Assicurato sia accompagnato da guida alpina o da compagno esperto**; restano comunque **escluse le ascensioni invernali nonché quelle che non siano effettuate per vie già percorse**;
- arrampicata sportiva nelle sue varie forme **purché praticata in strutture naturali o artificiali appositamente attrezzate**;
- immersione sportiva con autorespiratore;
- speleologia non professionale.

L'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.16 – ESTENSIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE AL CONTAGIO VIRUS HIV ED EPATITE B E C DI ORIGINE TRAUMATICA

*La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie **Medici e paramedici**.*

L'Assicurazione vale per i rischi derivanti da evento **fortuito e accidentale** che abbia causato contagio da virus HIV e EPATITE B e C avvenuto durante lo svolgimento dell'attività professionale descritta in Polizza. L'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.17 – ESTENSIONE RADIAZIONI

*La garanzia è disponibile esclusivamente per le categorie **Radiologi**.*

L'Assicurazione viene estesa all'uso di apparecchi a radiazioni ionizzanti e materiali radioattivi, necessari all'esercizio della professione.

L'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata della garanzia dell'art. 2.1.1 – Invalidità permanente da Infortunio.

Art. 2.2.18 – TABELLE ANIA PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Se l'Infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente **verificatasi entro due anni** dal giorno dell'Infortunio, la Società corrisponde la somma assicurata.

Se l'Infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, l'Indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente che va accertata facendo riferimento alle **percentuali indicate nella tabella ANIA e riportate nell'art. 6.4 – Criteri di indennizzabilità**, all'interno della sezione "Cosa fare in caso di Sinistro".

L'Indennizzo sarà calcolato sulla somma assicurata delle garanzie degli artt. 2.1.1 – Invalidità permanente da Infortunio e 2.2.2 - Invalidità permanente da Infortunio plus, se tale garanzia opzionale è stata acquistata.



COSA NON È ASSICURATO

Art. 2.3 – ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'Assicurazione gli infortuni causati:

1. dalla guida di qualsiasi veicolo o natante a motore o imbarcazione, se l'Assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
2. dall'uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, paracadutismo, parapendio, volo in mongolfiera, salvo quanto disposto dall'art. 2.1 punto 14) - Infortuni occorsi durante viaggi aerei;
3. da stato di etilismo cronico o da intossicazione acuta con valori di alcolemia superiori allo 1,00 g/M se l'Assicurato si trova alla guida di veicoli e velocipedi in genere;
4. da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti e allucinogeni in genere, comprovati da accertamenti biomorali;
5. da operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
6. da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
7. da guerra e insurrezioni, salvo quanto disposto dall'art. 2.1. punto 15) - Infortuni determinati da guerra e insurrezione;
8. 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);
9. da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
10. dalla partecipazione, anche come passeggero, a gare e prove automobilistiche, motoristiche salvo quelle di regolarità pura, e di natanti a motore;
11. dalla pratica dei seguenti Sport: alpinismo oltre il 3° grado della scala di Monaco, scalata su ghiaccio, arrampicata libera, arti marziali, bob, canyoning, downhill, football americano, freestyle non praticato in snowpark, hockey, immersione con autorespiratore, lotta nelle sue varie forme, motonautica, kitesurfing, paracadutismo, parkour, pugilato, rugby, salto dal trampolino con sci o idrosci, salto con elastico, sci acrobatico, sci estremo, slittino su pista (intendendo una piccola slitta per una o due persone sulla quale si viaggia in posizione supina con i piedi in avanti e su piste ghiacciate), skeleton, snowboard estremo, snowkite, sollevamento pesi, speleologia, wakeboard, wingsuit e dalla pratica di Sport estremi in genere (es. bungee jumping, torrentismo, idrospeed, free solo, scalata cascata di ghiaccio);
12. dalla pratica di Sport che costituiscono per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
13. a militari e forze dell'ordine in occasione di qualsiasi missione al di fuori dei confini italiani;
14. da armi utilizzate dall'Assicurato nell'esercizio dell'attività venatoria.

L'Assicurazione non comprende i ricoveri:

1. per conseguenze di infortuni non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipula della Polizza;
2. per infortuni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti e allucinogeni;
3. in istituti, case e cliniche che non rientrano nella definizione di "Istituto di cura".

L'assicurazione non opera nei seguenti casi:

- Quando l'Assicurato è affetto da **alcolismo, tossicodipendenza, HIV positivo, AIDS o sindromi correlate**.
- In caso di **infezioni insorte o concausate da pandemia o epidemia**, le quali non sono considerate infortuni e pertanto non sono indennizzabili.



LIMITI DI COPERTURA

Art. 2.4 – LIMITI, SCOPERTI E FRANCHIGIE

I limiti, gli scoperti e le franchigie sotto riportati si intendono validi, salvo eventuali modifiche riportate nella scheda di polizza.

Art.	Titolo	Limite di Indennizzo (euro)
2.1 punto 13)	Operatività dell'Assicurazione	5.000.000 per tutti gli indennizzi conseguenti a eventi catastrofici
2.1 punto 14)		<p>Fermo quanto disposto dall'art. 2.1, punto 14) riguardo agli infortuni occorsi durante i viaggi aerei, la somma complessiva delle coperture assicurative derivanti dalla presente polizza e da altre assicurazioni infortuni cumulative che includano la copertura descritta dall'art. 2.1, punto 14), stipulate dal Contraente, dall'Assicurato o da altri in favore degli stessi assicurati, non potrà superare i limiti di:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Morte: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1.033.000 euro per persona ○ 5.165.000 euro per aeromobile; • Invalidità Permanente totale: <ul style="list-style-type: none"> ○ 1.033.000 euro per persona ○ 5.165.000 euro per aeromobile; • Inabilità temporanea: <ul style="list-style-type: none"> ○ 260 euro per persona ○ 5.170 euro per aeromobile. <p>Nei limiti sopra indicati rientrano le somme assicurate di altre polizze infortuni cumulative che includono la copertura descritta dall'art.2.1, punto 14), stipulate dallo stesso Contraente anche a favore di assicurati diversi.</p> <p>Qualora le somme complessivamente assicurate eccedessero gli importi sopra indicati, le indennità spettanti in caso di Sinistro saranno adeguate con riduzione ed imputazione proporzionale sui singoli contratti in modo da non superare, sommate, i limiti suddetti, salvo il diritto del Contraente al rimborso dei premi, al netto dell'imposta, nella stessa proporzione.</p> <p>Eventuali aumenti dei limiti sopra indicati devono essere preventivamente concordati con la Società.</p>



Art.	Titolo	Franchigia per ogni Sinistro
2.1.1	Invalidità permanente da Infortunio	<p>Per invalidità permanente inferiore o uguale al 20% le franchigie si applicano in base all'opzione scelta:</p> <p>OPZIONE 1: 3 – 5 - 10% 3% per la parte di somma assicurata fino a 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre 150.000 e fino a 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE 2: 3 – 10% 3% per la parte di somma assicurata fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE 3: 5 - 10% 5% per la parte di somma assicurata fino a € 500.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE 4: 0 – 3 – 5 - 10% nessuna Franchigia fino al 50% della somma assicurata con il massimo di € 100.000: 3% per la parte di somma assicurata eccedente e fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>OPZIONE A SCALARE 1° e 2° anno: 3% per la parte di somma assicurata fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>3° e 4° anno in assenza di sinistri: 1,5% per la parte di somma assicurata fino a € 100.000; 3% per la parte di somma assicurata oltre € 100.000 fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>Dal 5° anno, in assenza di sinistri: 0% per la parte di somma assicurata fino a € 100.000; 3% per la parte di somma assicurata oltre € 100.000 e fino a € 150.000; 5% per la parte di somma assicurata oltre € 150.000 e fino a € 300.000; 10% per la parte eccedente</p> <p>Per invalidità permanente superiore al 20% non si applicano franchigie.</p>



Art.	Titolo	Franchigia per ogni Sinistro	Scoperto % col minimo di euro per ogni Sinistro	Limite di Indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.1.2	Indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio			<ul style="list-style-type: none"> - massimo 300 giorni effettivi di Ricovero per anno assicurativo; - 50% dell'indennità giornaliera da Ricovero nei casi di Day Hospital e Day Surgery
2.1.3	Attività Sportive	Franchigie dell'art. 2.1.1 in base all'opzione scelta		50% se l'Infortunio si verifica durante la pratica di Sport agonistici
2.1.4 lett. a)	Danno estetico			5.000
2.1.4 lett. b)	Rimborso spese per assistenza infermieristica e collaborazioni domestiche			2.500 per Sinistro e anno assicurativo
2.1.4 lett. c)	Malattie tropicali	15%		200.000 per Sinistro e anno assicurativo
2.1.4 lett. d)	Lesioni muscolari ed Ernie			<ul style="list-style-type: none"> - 100% dell'indennità giornaliera per inabilità temporanea e/o indennità giornaliera per Ricovero da Infortunio (se acquistata), per un massimo 40 giorni se l'ernia è operabile; - 10% della somma assicurata per il caso di invalidità permanente totale con il massimo di 20.000 se l'ernia non è operabile
2.1.4 lett. e)	Lesioni tendinee			<ul style="list-style-type: none"> - per assicurati di età fino a 40 anni: in base a quanto previsto dalle Condizioni di Assicurazione; - per assicurati di età compresa tra i 40 e i 55 anni: Indennizzo forfettario comprensivo di tutte le garanzie pari al 5% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 5.000; - per assicurati di età superiore a 55 anni: Indennizzo forfettario comprensivo di tutte le garanzie pari al 4% della somma assicurata per invalidità permanente fino ad un massimo di 3.000.
2.1.4 lett. f)	Rottura del tendine d'Achille			Indennizzo comprensivo di tutte le garanzie pari al 4% della somma assicurata per Invalidità Permanente fino ad un massimo di 6.000.
2.1.5 lett. a)	Rimborso spese trasporto			5.000 per Sinistro e anno assicurativo
2.1.5 lett. b)	Indennizzo per recupero lezioni			500 per Sinistro e anno assicurativo



Art.	Titolo	Franchigia per ogni Sinistro	Scoperto % col minimo di euro per ogni Sinistro	Limite di Indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.1.5 lett. c)	Indennizzo per aspettativa del genitore			forfait 1.000 per Sinistro e anno assicurativo
2.1.5 lett. d)	Rimborso spese mediche ospedaliere per chirurgia riparatrice da Infortunio			5% della somma assicurata per Invalidità Permanente con il massimo di 2.000
2.1.5 lett. e)	Invalidità permanente per figli minori	Franchigie dell'art. 2.1.1 in base all'opzione scelta		50.000 (da suddividere tra i figli minori)
2.1.5 lett. f)	Scippo, rapina, estorsione e sequestro			forfait 500 per Sinistro e anno assicurativo
2.1.5 lett. g)	Prevenzione			<ul style="list-style-type: none"> - per esami mammografici, termografia ed ecografia collegate: 100 per anno assicurativo; - per esami clinici e strumentali, diagnosi e cura patologia prostatica: 100 per anno assicurativo
2.2.1	Morte			Massimo esborso della Società ai beneficiari: 1.000.000
2.2.3	Indennità giornaliera per inabilità temporanea	<ul style="list-style-type: none"> - 5 giorni per indennità giornaliera inferiore o uguale a 50 €; - 7 giorni per indennità giornaliera compresa tra 51 e 75 €; - 9 giorni per indennità giornaliera compresa tra 76 e 100 €; - 14 giorni per indennità giornaliera superiore a 101€; - 10 giorni per lesioni muscolari determinate da Sforzo, lesioni tendine sottocutanee, rottura del tendine d'Achille ed ernie traumatiche non concausate 		<ul style="list-style-type: none"> - Numero di giorni effettivi di inabilità con il massimo di 300 giorni; - in caso di accertata invalidità permanente e necessità di intervento chirurgico entro 5 mesi dall'Infortunio, ulteriore Indennizzo in forma integrale fino ad un massimo di 20 giorni aggiuntivi; - numero di giorni effettivi di inabilità con il massimo di 30 giorni per lesioni muscolari determinate da sforzi, lesioni tendine sottocutanee, rottura del tendine d'Achille ed ernie traumatiche non concausate
2.2.4	Indennità giornaliera per immobilizzazione			<ul style="list-style-type: none"> - Numero di giorni effettivi di immobilizzazione con il massimo di 120 giorni; Indennizzo al 100% per primi 100 giorni ed al 50% dal 101° giorno; per fratture trattate con mezzi di osteosintesi: 1% della somma assicurata per invalidità permanente con il massimo di 2.500 per Sinistro e anno assicurativo.



Art.	Titolo	Franchigia per ogni Sinistro	Scoperto % col minimo di euro per ogni Sinistro	Limite di Indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
2.2.5	Rimborso spese mediche da Infortunio		10% con il minimo di 150	<ul style="list-style-type: none"> - trattamenti di terapia riabilitativa e fisioterapia: 5.000 per Sinistro e anno se il massimale Assicurato è pari o inferiore a 20.000; 7.500 per Sinistro e anno se il massimale Assicurato è superiore a 20.000; - per acquisto e noleggio di apparecchi protesici, carrozzelle e stampelle: 1.000 per Sinistro e anno; - per spese dentarie di natura post traumatica: 2.500 per Sinistro e anno.
2.2.6 lett. a)	Indennità giornaliera per convalescenza da Infortunio – Opzione base			<ul style="list-style-type: none"> - 50% dell'indennità indicata in Polizza per il Ricovero, per una durata non superiore al Ricovero con il massimo di 180 giorni periodo assicurativo annuo. - 10 giorni per Day Hospital/Day Surgery per evento e annualità assicurativa
2.2.6 lett. b)	Indennità giornaliera per convalescenza da Infortunio – Opzione completa			<ul style="list-style-type: none"> - 100% dell'indennità indicata in polizza per il ricovero, per una durata non superiore al ricovero con il massimo di 90 giorni periodo assicurativo annuo. - 10 giorni per Day Hospital/Day Surgery o per assicurati fino a 18 anni
2.2.7 lett. a)	Rimborso spese infermieristiche	per invalidità permanente superiore al 20%	20% con il minimo di 100	1.500
2.2.7 lett. b)	Rimborso spese adeguamento locali e/o autovettura	per invalidità permanente superiore al 50%		5.000
2.2.7 lett. c)	Sostegno psicologico	per invalidità permanente superiore al 50%	20% con il minimo di 100	1.500 per evento e anno assicurativo
2.2.7 lett. d)	Collaborazioni			500 per Sinistro e anno assicurativo
2.2.9	Sospensione attività	Invalità permanente superiore al 3% e durata della sospensione superiore a 30 giorni		10.000
2.2.11	Indennità da scottature e tagli			50 € al giorno per un massimo di 15 giorni
2.2.15	Estensioni Sportive	5% (indipendentemente dall'opzione scelta all'art. 2.1.1)		
2.2.16	Estensione della invalidità permanente al contagio virus HIV ed epatite b e c di origine traumatica			15% della somma assicurata per invalidità permanente



SEZIONE MALATTIA

COSA È ASSICURATO

GARANZIA BASE

Se richiamato nella Polizza è Assicurato il seguente rischio per le somme assicurate indicate sulla scheda stessa, e con le limitazioni previste nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 3.4).

Art. 3.1.1 – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società, per il caso di invalidità permanente conseguente a **Malattia che si è manifestata dopo la data di effetto del contratto stesso e non oltre la data della sua cessazione**, liquida un'indennità calcolata sul grado di invalidità permanente e sulla somma assicurata.

GARANZIE OPZIONALI

Se richiamate nella Polizza e pagato il relativo premio, le seguenti garanzie opzionali sono prestate con le limitazioni riportate nella tabella "Limiti, scoperti e franchigie" (art. 3.4).

Art. 3.2.1 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO DA MALATTIA E PARTO

In caso di Ricovero dell'Assicurato in istituto di cura per Malattia o parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata nella Polizza per i giorni di degenza.

In caso di Ricovero dell'Assicurato in istituto di cura per parto, la Società corrisponde l'indennità giornaliera indicata nella Polizza per ciascun giorno di Ricovero con il **massimo di sette giorni**.

L'indennità giornaliera per Ricovero da Malattia è:

- a) dimezzata in caso di Ricovero in Day Hospital e Day Surgery;
- b) raddoppiata in caso di Ricovero in reparto di rianimazione o in una unità di cura intensiva, per il periodo di permanenza in questi reparti;
- c) raddoppiata in caso di Ricovero a seguito del medesimo evento dell'Assicurato e di altro parente convivente, anche non Assicurato, compreso il convivente di fatto;
- d) raddoppiata in caso di Ricovero a seguito di:

Infarto del miocardio (attacco cardiaco)

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

La diagnosi deve essere basata e dimostrata dai seguenti parametri:

- ripetuti dolori al torace;
- cambiamenti elettrocardiografici tipici dell'infarto;
- aumento degli enzimi cardiaci.

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

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

Ictus cerebrale (colpo apoplettico)

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

Cancro

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

Plegia

Perdita completa e permanente dell'uso di due o più arti (superiori o inferiori). La diagnosi deve essere basata e dimostrata da evidente deficienza neurologica permanente.

- e) Raddoppiata in caso di Ricovero per trapianto di organi, se l'Assicurato è ricevente o donatore.
- f) Raddoppiata in caso di Ricovero dell'Assicurato, **purché minorenni**, che necessiti di assistenza continuativa, certificata da **idonea documentazione rilasciata dall'istituto di cura**.

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

Art. 3.2.2 – INDENNITÀ GIORNALIERA PER CONVALESCENZA DA MALATTIA

In caso di degenza domiciliare dell'Assicurato per convalescenza immediatamente successiva alla dimissione dall'istituto di cura nel quale l'Assicurato **è stato ricoverato per intervento chirurgico** a seguito di Malattia, o nel caso in cui il Ricovero abbia avuto una durata **superiore a 3 giorni consecutivi**, la Società corrisponde una indennità giornaliera di importo variabile a seconda dell'opzione scelta e riportata nella scheda di Polizza:

a) Opzione Base

La Società corrisponde un'indennità giornaliera **pari al 50% di quella prevista per il Ricovero, escluse le maggiorazioni** eventuali di cui all'art. 3.2.1. Questa indennità viene corrisposta per ciascun giorno di convalescenza, **per una durata non superiore a quella del Ricovero ed entro il limite di 180 giorni per ciascun periodo assicurativo annuo**.

In caso di ricoveri in regime di Day Hospital/Day Surgery, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

b) Opzione Completa

La Società corrisponde per ciascun giorno di convalescenza una indennità **pari al 100% di quella indicata nella Polizza per il Ricovero, escluse le maggiorazioni** eventuali di cui all'art.3.2.1. Questa indennità viene corrisposta per ogni giorno di convalescenza risultante dalla prescrizione, entro il limite di **90 giorni per evento e annualità assicurativa; in caso di ricoveri in regime di Day Hospital/Day Surgery o per assicurati di età inferiore a 18 anni**, l'indennità viene corrisposta, **esclusivamente su prescrizione da parte dei medici della struttura ospedaliera, per un periodo massimo di 10 giorni per evento ed annualità assicurativa**.

Per entrambe le opzioni **la convalescenza a domicilio deve risultare da prescrizione medica, fornita in originale**. L'indennità di convalescenza **non viene corrisposta dopo i ricoveri per parto**.

INFORMATIVA IN MERITO ALLE DISPOSIZIONI PER LA PREVENZIONE DELLE DISCRIMINAZIONI E LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE CHE SONO STATE AFFETTE DA MALATTIE ONCOLOGICHE

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la legge 7 dicembre 2023, n. 193, recante “*Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche*”, che ha introdotto il cosiddetto **diritto all’oblio oncologico** (di seguito, la “Legge”).

Il termine “oblio oncologico” esprime il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di **non fornire informazioni, né di essere sottoposte a indagini o accertamenti sanitari**, in relazione alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, tra i quali rientrano la **stipulazione o il rinnovo di contratti assicurativi**.

Ai sensi della Legge, un soggetto può ritenersi guarito da una patologia oncologica quando le cure e i trattamenti attivi si sono conclusi, **in assenza di episodi di recidiva**, da oltre **dieci anni al momento della stipulazione o del rinnovo del contratto di assicurazione**.

Qualora la patologia sia insorta **prima del compimento del ventunesimo anno di età**, tale termine è ridotto a **cinque anni**.

In occasione della stipula o del rinnovo di contratti assicurativi, **non possono essere applicati limiti, costi o oneri aggiuntivi**, né trattamenti differenti rispetto a quelli previsti per la generalità dei contraenti dalla normativa vigente.

È altresì **vietato richiedere**, ai fini della stipula o del rinnovo del contratto, l’effettuazione di visite mediche di controllo o di accertamenti sanitari **finalizzati all’accertamento dello stato di salute collegato a patologie oncologiche per le quali ricorrano le condizioni di legge**.

Qualora informazioni relative a una patologia oncologica siano state fornite anteriormente, **decorso il termine previsto dalla Legge**, tali informazioni **non possono essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio o della modifica delle condizioni contrattuali**.

A tal fine, il Contraente trasmette tempestivamente all’Impresa la certificazione attestante la sussistenza dei requisiti per l’esercizio del diritto all’oblio oncologico. **Entro trenta giorni dal ricevimento della certificazione, l’Impresa provvede alla cancellazione definitiva delle informazioni precedentemente acquisite**, senza oneri per il Contraente o l’Assicurato.

La violazione delle disposizioni della Legge nella stipulazione o nel rinnovo dei contratti assicurativi successivi alla sua entrata in vigore comporta la **nullità delle singole clausole contrattuali difformi**, ferma restando l’efficacia e la validità del contratto.

La nullità opera esclusivamente a vantaggio del Contraente o dell’Assicurato ed è rilevabile d’ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

In caso di stipula di un nuovo contratto o di rinnovo di uno esistente, **anche qualora venga somministrato un questionario sullo stato di salute**, non sussiste l’obbligo di dichiarare patologie oncologiche pregresse **per le quali ricorrano le condizioni di legge per l’esercizio del diritto all’oblio oncologico**. In tali casi, il Contraente o l’Assicurato **non incorre nelle conseguenze previste per dichiarazioni inesatte o reticenti**, limitatamente alle informazioni relative a dette patologie.

Resta fermo l’obbligo di fornire informazioni veritiere e complete all’Impresa di assicurazione **qualora non ricorrano le condizioni previste dalla Legge** per l’esercizio del diritto all’oblio oncologico.

Per la piena applicazione della normativa, il Ministero della Salute ha emanato specifici decreti attuativi volti a disciplinare le modalità e le forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari, **senza oneri per l’Assicurato**.



DECRETO 22 marzo 2024 – Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli articoli 2, comma 1, 3, comma 1, lettera a), e 4, comma 1, della legge n.193 del 2023

Il Ministero della Salute ha fornito specificazioni volte a introdurre tempistiche ridotte, rispetto al termine ordinario di dieci anni (o cinque anni qualora la diagnosi sia intervenuta prima del compimento del ventunesimo anno di età), per il maturarsi del diritto all'oblio oncologico in relazione ad alcune tipologie tumorali, **a decorrere dalla conclusione del trattamento attivo**, come riportato nella tabella che segue:

Patologia oncologica	Caratteristiche	Anni dalla conclusione del trattamento attivo
Colon- retto	Stadio qualsiasi età	1
Colon- retto	Stadio II/III, > 21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I/II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55 anni Uomini con diagnosi <45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

DECRETO 5 luglio 2024 – Disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico

Il Ministero della Salute ha disciplinato le modalità di presentazione dell'istanza per il rilascio della certificazione attestante la sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'applicazione della normativa sull'oblio oncologico.

L'istanza è presentata, secondo il modello allegato al medesimo decreto, unitamente alla relativa documentazione medica, a una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata ovvero a un medico dipendente del Servizio sanitario nazionale nella disciplina attinente alla patologia oncologica per la quale si richiede l'oblio, al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta.

La certificazione, redatta secondo il modello previsto dal decreto attuativo, è rilasciata **gratuitamente entro trenta giorni dalla richiesta**, qualora sussistano, a giudizio della struttura o del medico certificante, le condizioni previste dalla legge. Il rilascio della certificazione non comporta in alcun caso oneri per il richiedente.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 3.3 – ESCLUSIONI

Sono escluse dall'Assicurazione:

1. le malattie e gli stati patologici preesistenti alla stipula del contratto e conosciuti dall'Assicurato a seguito di diagnosi, cure o esami, o causa di seri disturbi, ma non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipula della Polizza;
2. le cure e gli interventi resi necessari da malformazioni congenite o da difetti fisici preesistenti alla stipula del contratto e conosciuti dall'Assicurato non dichiarati alla Società con dolo o colpa grave all'atto della stipula della Polizza;
3. i trattamenti delle malattie mentali, sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi psichiatrici in genere, forme maniaco depressive;
4. le Prestazioni a finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortunio o da interventi demolitivi), dietologiche, fitoterapiche e del benessere psicofisico della persona in senso lato;
5. stati patologici correlati alla infezione da HIV, sindromi correlate al Morbo di *Creutz-Feldt-Jacob*;
6. le protesi dentarie, cure dentarie e paradontali non rese necessarie da Infortunio, cure implantologiche, cure ortodontiche;
7. l'aborto non terapeutico;
8. le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza;
9. le malattie professionali come definite dal D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124;
10. le malattie causate da abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché dall'uso di stupefacenti ed allucinogeni;
11. i ricoveri in istituti, case e cliniche che non rientrano nella definizione di istituto di cura.

Il presente contratto non coprirà alcun danno direttamente o indirettamente derivante da o connesso a Pandemia/Epidemia; questa esclusione sarà operante dal momento in cui tale dichiarazione verrà resa ufficiale.

La Società non presta l'assicurazione per soggetti affetti da alcolismo e tossicodipendenza, positività H.I.V., A.I.D.S. e sindromi a essa correlate.

DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Resta in ogni caso fermo che le esclusioni, le limitazioni di copertura e le disposizioni in materia di dichiarazioni inesatte o reticenti previste nella presente Sezione non si applicano alle patologie oncologiche per le quali ricorrano le condizioni previste dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, ai fini dell'esercizio del diritto all'oblio oncologico.



LIMITI DI COPERTURA

Art. 3.4 – LIMITI, SCOPERTI E FRANCHIGIE

I limiti, gli scoperti e le franchigie sotto riportati si intendono validi, salvo eventuali modifiche riportate nella scheda di polizza.

Art.	Titolo	Franchigia per ogni Sinistro	Scoperto in % col minimo di euro, per ogni Sinistro	Limite di Indennizzo (euro o percentuale di invalidità permanente)
3.1.1	Invalidità permanente da Malattia	Invalidità permanente inferiore o uguale al 25% o 50% in base all'opzione scelta		
3.2.1	Indennità giornaliera per Ricovero da Malattia e parto			<ul style="list-style-type: none"> - numero di giorni effettivi di Ricovero col massimo di 300 giorni per periodo assicurativo annuo; - massimo di 7 giorni in caso di parto - 50% dell'indennità giornaliera per Ricovero nei casi di Day Hospital e Day Surgery.
3.2.2 lett. a)	Indennità giornaliera per convalescenza da Malattia – Opzione base			<ul style="list-style-type: none"> - 50% dell'indennità indicata in Polizza per il Ricovero, per una durata non superiore al Ricovero con il massimo di 180 giorni periodo assicurativo annuo. - 10 giorni per Day Hospital/Day Surgery per evento e annualità assicurativa
3.2.2 lett. b)	Indennità giornaliera per convalescenza da Malattia – Opzione completa			<ul style="list-style-type: none"> - 100% dell'indennità indicata in Polizza per il Ricovero, con il massimo di 90 giorni periodo assicurativo annuo. - 10 giorni per Day Hospital/Day Surgery o per assicurati fino a 18 anni

SEZIONE ASSISTENZA PERSONA

COSA È ASSICURATO

La Società tramite la Struttura Organizzativa dedicata si impegna ad erogare le Prestazioni indicate nei capitoli seguenti fino al massimale, per ciascuna prestazione, riportato nelle tabelle “Limiti” (artt. 4.6.1, 4.6.2 e 4.6.3).

Art. 4.1 – ASSISTENZA MEDICA IN ITALIA

Art. 4.1.1 – CONSULENZA MEDICA TELEFONICA

Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex-118) per le urgenze.

Art. 4.1.2 – CONSULENZA ORTOPEDICA TELEFONICA

Qualora, a seguito di Infortunio, l'Assicurato non riuscisse a reperire il proprio specialista di fiducia e necessiti di consigli medici specialistici, potrà contattare la Struttura Organizzativa e chiedere una consulenza specialista ortopedica telefonica. Qualora non fosse possibile reperire immediatamente il medico specialista, l'Assicurato verrà richiamato entro le successive **8 ore lavorative**, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì, per un massimo di **3** volte per anno assicurativo.

Si precisa che la consulenza medica specialistica, non fornisce diagnosi e/o prescrizioni ed è prestata sulla base delle informazioni fornite a distanza dall'Assicurato. La stessa non sostituisce una visita medica specialistica.

Art. 4.1.3 – INVIO DI UN MEDICO IN ITALIA

Qualora a seguito di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un medico e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 sabato e domenica e nei giorni festivi, per un massimo di **3** volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

Art. 4.1.4 – TRASFERIMENTO SANITARIO PROGRAMMATO IN ITALIA

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, necessiti di un trasferimento sanitario programmato, la Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico da parte dei propri medici e d'intesa con i medici curanti, provvederà a organizzare:

- il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato;
- il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso
- il suo trasferimento alla Residenza a seguito di dimissione ospedaliera.

La Struttura Organizzativa provvederà all'invio di un'autoambulanza, tenendo a carico il costo fino ad un massimale di **200 km** per Sinistro. La presente prestazione è valida per un massimo di **3** volte per anno assicurativo. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze.

Art. 4.1.5 – INFORMAZIONI SANITARIE E FARMACEUTICHE (Attivo dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali)

L'Assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di Residenza dell'Assicurato;
- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

Art. 4.2 – ASSISTENZA MEDICA IN VIAGGIO

Art. 4.2.1 – RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assicurato in viaggio all'Estero subisca un Infortunio e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla Residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:

- aereo sanitario;
- aereo di linea (anche barellato);
- ambulanza;
- treno 1° classe/vagone letto.

Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica) e paesi del Bacino del Mediterraneo. Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato e, se necessario, con accompagnamento di personale medico e/o infermieristico. Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa. Non danno luogo al trasferimento: gli infortuni che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e possano essere curate sul posto.

Art. 4.2.2 – MONITORAGGIO DEL RICOVERO OSPEDALIERO

A seguito di Ricovero ospedaliero per Infortunio e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previo consenso esplicito dell'Assicurato rilasciato al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (regolamento generale sulla protezione dei dati) ed alla relativa normativa interna di adeguamento.

Art. 4.2.3 – TRASPORTO DELLA SALMA

La Struttura Organizzativa organizzerà ed effettuerà il trasporto della salma dell'Assicurato deceduto in viaggio all'Estero a seguito di Infortunio fino al luogo di sepoltura in Italia, in base alla Residenza del deceduto, tenendo a proprio carico le spese relative al feretro sufficiente per il trasporto ed al trasporto stesso fino ad un importo massimo di **€ 5.000,00** (IVA Inclusa). Sono escluse le spese relative all'eventuale recupero della salma e alla cerimonia funebre.

Art. 4.2.4 – INVIO DI UN INTERPRETE ALL'ESTERO IN CASO DI RICOVERO

Qualora l'Assicurato in viaggio, in caso di Ricovero in ospedale per Infortunio, sia in difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Struttura Organizzativa provvederà a inviare un interprete. La Società terrà a proprio carico le spese per un massimo di 8 ore lavorative per Sinistro e per un massimo di **3** volte per anno assicurativo.

Art. 4.2.5 – VIAGGIO DI UN FAMILIARE

In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

Art. 4.3 – ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA

Art. 4.3.1 – ASSISTENZA INFERMIERISTICA POST-RICOVERO A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, necessiti di assistenza infermieristica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere proprio medico, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica specializzata, per un massimo di **€500,00** IVA compresa per Sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La presente prestazione è valida per un massimo di **3** volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la propria necessità di usufruire della Prestazione due giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. 4.3.2 – ASSISTENZA FISIOTERAPICA POST-RICOVERO A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, necessiti di assistenza fisioterapica, la Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico della Struttura Organizzativa, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'istituto di cura, provvederà a fornire un'assistenza fisioterapica specializzata per un massimale di **€ 500,00** IVA compresa per Sinistro, esclusivamente nell'arco delle prime quattro settimane di convalescenza. La prestazione viene fornita dalle ore 8 alle ore 18, dal lunedì al venerdì. La presente prestazione è valida per un massimo di **3** volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.3 – ASSISTENZA FAMILIARE CON OPERATORE SOCIO SANITARIO A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, risulti non autosufficiente, e necessiti di assistenza di un Operatore Socio-Sanitario presso l'istituto di Cura presso il quale è ricoverato o post-Ricovero a domicilio, la Struttura Organizzativa, accertata la condizione di non-autosufficienza, provvederà a reperire ed inviare direttamente un operatore sociosanitario tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di **€ 500,00** per un massimo di **20** giorni continuativi per Sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di **3** volte per anno assicurativo.

L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. 4.3.4 – INVIO BABY SITTER

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, si trovi nell'impossibilità di occuparsi dei minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente una baby-sitter, salvo disponibilità, tenendo a proprio carico l'onorario per un massimale di **€ 300,00** IVA compresa complessivi per Sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di **3** volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di cura.

Art. 4.3.5 – ACCOMPAGNAMENTO SCUOLA MINORI

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, si trovi nell'impossibilità di accompagnare a scuola i minori di anni 12, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare direttamente all'abitazione dell'Assicurato un taxi tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimo di **€ 200,00** complessivi per Sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di **3** volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di cura.

**Art. 4.3.6 – COLLABORATRICE FAMILIARE**

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, che abbia dato luogo a Ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a cinque giorni, necessiti dell'assistenza di una persona presso il suo domicilio per attendere alle normali attività di conduzione della propria abitazione nell'arco delle prime due settimane di convalescenza, la Struttura Organizzativa metterà a disposizione una collaboratrice familiare tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimale di € 300,00 IVA compresa per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. L'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione e inviare alla Struttura Organizzativa il certificato di dimissioni dall'Istituto di Cura.

Art. 4.3.7 – CUSTODIA ANIMALI

Qualora l'Assicurato, a seguito di Ricovero in Istituto di Cura a causa di Infortunio di durata superiore a cinque giorni e non esistendo la possibilità di affidare i suoi animali domestici ad un familiare, sia impossibilitato ad accudire i propri animali domestici, la Struttura Organizzativa provvederà a custodirli in idonea struttura tenendo a proprio carico le spese di pensionamento fino ad un massimo di € 300,00 IVA compresa, complessivi per Sinistro e per annualità assicurativa. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Struttura Organizzativa la necessità di usufruire della prestazione almeno due giorni prima dell'attivazione.

Art. 4.3.8 – CONSEGNA FARMACI PRESSO L'ABITAZIONE

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio immobilizzante, per le cure del caso, necessiti, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci. Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.9 – SERVIZIO SPESA A CASA

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di Infortunio immobilizzante, certificato dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di effettuare la consegna presso la sua abitazione di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 4 volte per Sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.10 – CONSEGNA REFERTI

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di Infortunio immobilizzante, certificato dal medico curante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa di ritirare per suo conto referti di accertamenti diagnostici effettuati per poi recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio del cliente, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

La prestazione è fornita con un preavviso di 48 ore per un massimo di 4 volte per Sinistro e per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

Art. 4.3.11 – ADEGUAMENTO ABITAZIONE A SEGUITO DI INVALIDITÀ PERMANENTE

Qualora l'Assicurato subisca un Infortunio che comporti un'invalidità permanente pari o superiore al 66%, la Struttura Organizzativa provvederà a far effettuare da un architetto convenzionato il progetto degli interventi da effettuare per l'adeguamento dell'abitazione, I costi delle relative parcelle rimarranno a carico della Compagnia fino alla concorrenza di € 1.000,00 IVA compresa.



COSA NON È ASSICURATO

Art. 4.4 – ESCLUSIONI

Tutte le Prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a. guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b. scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c. dolo dell'Assicurato;
- d. suicidio o tentato suicidio;
- e. 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 relative prove e allenamenti;
- f. infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- g. infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- h. le Prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

Art. 4.5 – COME SI ASSICURA

1. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più Prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o Prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.
2. La Struttura Organizzativa non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.
3. Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del Sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Codice civile.
4. Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del Sinistro.
5. 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.
6. La Polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla Polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.



LIMITI DI COPERTURA

Art. 4.6.1 - GARANZIE ASSISTENZA MEDICA IN ITALIA – LIMITI MASSIMALI DI PRESTAZIONE

	Titolo	Erogabilità	Massimale
4.1.1	Consulenza medica telefonica		Chiamate illimitate
4.1.2	Consulenza ortopedica telefonica	3 volte per anno assicurativo. Consulto entro 8 ore dalla segnalazione, dalle ore 9.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì	Chiamate illimitate
4.1.3	Invio medico in Italia	3 volte per anno assicurativo nei giorni festivi e nei feriali dalle 20.00 alle 08.00	Costo illimitato
4.1.4	Trasferimento sanitario programmato in Italia	3 volte per anno assicurativo	200 km per Sinistro
4.1.5	Informazioni sanitarie farmaceutiche	dalle ore 09.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì esclusi i giorni festivi infrasettimanali	Chiamate illimitate

Art. 4.6.2 - GARANZIE ASSISTENZA MEDICA IN VIAGGIO – LIMITI MASSIMALI DI PRESTAZIONE

	Titolo	Erogabilità	Massimale
4.2.1	Rientro sanitario		Costo illimitato
4.2.2	Monitoraggio del Ricovero ospedaliero		
4.2.3	Trasporto della salma		5.000 euro
4.2.4	Invio di un interprete all'estero in caso di Ricovero	8 ore lavorative a Sinistro, 3 volte per anno assicurativo	
4.2.5	Viaggio di un familiare	Biglietto aereo per viaggio superiore alle 6 ore; treno per gli altri casi	Costo illimitato. Vitto e alloggio carico Assicurato

Art. 4.6.3 - GARANZIE ASSISTENZA A DOMICILIO IN ITALIA – LIMITI MASSIMALI DI PRESTAZIONE

	Titolo	Erogabilità	Massimale
4.3.1	Assistenza infermieristica post-Ricovero a domicilio	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore	500 euro IVA inclusa per Sinistro nelle prime 4 settimane di convalescenza
4.3.2	Assistenza fisioterapica post-Ricovero a domicilio	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore, dalle ore 8.00 alle ore 18.00 dal lunedì al venerdì	500 euro IVA inclusa per Sinistro nelle prime 4 settimane di convalescenza
4.3.3	Assistenza Familiare con Operatore Socio-Sanitario a Domicilio	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore	500 euro IVA inclusa per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro
4.3.4	Invio baby-sitter	3 volte per anno assicurativo per minori di anni 12 con preavviso di 48 ore	300 euro IVA inclusa per Sinistro
4.3.5	Accompagnamento scuola minori	3 volte per anno assicurativo con preavviso di 48 ore	200 euro IVA inclusa per Sinistro

4.3.6	Collaboratrice familiare	3 volte per anno assicurativo nelle prime due settimane di convalescenza con preavviso di 48 ore	300 euro IVA inclusa per un massimo di 20 giorni continuativi per Sinistro
4.3.7	Custodia animali	Con preavviso di 48 ore	300 euro IVA inclusa per Sinistro e per annualità assicurativa
4.3.8	Consegna farmaci presso l'abitazione	3 volte per anno assicurativo	Costo consegna illimitato. Costi farmaco a carico dell'Assicurato.
4.3.9	Servizio spesa a casa	4 volte per Sinistro, 3 volte per anno assicurativo	Massimo 2 buste per richiesta, una volta a settimana. Costo spesa a carico dell'Assicurato
4.3.10	Consegna referti	4 volte per Sinistro, 3 volte per anno assicurativo, con preavviso di 48 ore	
4.3.11	Adeguamento abitazione a seguito IP	1 volta per anno assicurativo con IP pari o > al 66%	1.000 euro IVA inclusa



SEZIONE TUTELA LEGALE

COSA È ASSICURATO

PREMESSA DI AFFIDAMENTO

La gestione dei sinistri Tutela Legale è stata affidata dalla Società a:
ARAG SE - Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia - Viale del Commercio n. 59 - 37135 Verona, in seguito denominata ARAG, alla quale l'assicurato può rivolgersi direttamente.
Principali riferimenti:

ARAG SE

Viale del Commercio, 59

37135 Verona (VR)

www.arag.it

tel. 045 8290411

www.arag.it/contatti/in-caso-di-sinistro

Art. 5.1 - AMBITO DI OPERATIVITA' DELLE GARANZIE

In base a quanto specificato nella Polizza, le garanzie sono attivate nei seguenti casi:

a) Solo Infortunio

La copertura assicurativa è valida esclusivamente per gli infortuni, a prescindere che questi si verifichino:

- Durante lo svolgimento dell'attività professionale dichiarata in polizza;
- Nell'ambito di qualsiasi altra attività di natura non professionale (es. tempo libero, attività domestiche);
- Alla guida o durante la circolazione di veicoli a motore (incluso l'infortunio del conducente).

b) Solo Malattia

La garanzia opera unicamente per eventi legati a malattie, escludendo dunque infortuni.

c) Infortunio e Malattia

La copertura è estesa a entrambi i casi: sia infortuni (come da punto a) che malattie (come da punto b).

Art. 5.2 - SPESE COPERTE DALLA POLIZZA

Se l'assicurato è coinvolto in una vertenza, la Società, nei limiti stabiliti dalla polizza, copre le seguenti spese:

- compensi dell'avvocato per la trattazione stragiudiziale e giudiziale della vertenza
- compensi dell'avvocato per la negoziazione assistita o per la mediazione
- compensi dell'avvocato per la querela, **se a seguito di questa la controparte è rinviata a giudizio in sede penale**
- compensi dell'avvocato domiciliatario, **se indicato da ARAG**
- compensi dell'avvocato difensore in sede di arbitrato
- compensi dell'avvocato difensore davanti all'arbitro assicurativo
- spese di attivazione della procedura davanti all'arbitro assicurativo
- spese per l'arbitrato
- spese di soccombenza poste a carico dell'assicurato
- spese di esecuzione forzata, **fino a due tentativi per sinistro**
- spese dell'organismo di mediazione, **se la mediazione è obbligatoria**
- spese per l'arbitrato, sia dell'avvocato difensore che degli arbitri
- compensi dei periti
- spese di giustizia
- spese di investigazione difensiva nel procedimento penale
- per la costituzione di parte civile nel procedimento penale

Le spese legali sono coperte per l'intervento di **1 (un) avvocato per ogni grado di giudizio**.

Art. 5.3 - ASSICURATI

Le persone assicurate indicate nella scheda di polizza.

Art. 5.4 GARANZIE

Le prestazioni vengono fornite all'assicurato in caso di lesioni fisiche, psichiche e/o morali, conseguenti a fatti avvenuti successivamente alla data di effetto della presente polizza nei seguenti casi:



1. Sono coperte le spese sostenute per la richiesta di risarcimento per danni extracontrattuali subiti per fatti illeciti di terzi, che abbiano provocato un infortunio e/o malattia.
2. Sono coperte le spese sostenute dell'assicurato per la richiesta di risarcimento per danni subiti in conseguenza di malpractice medica conseguenti e/o connessi a infortunio e/o malattia.
La garanzia opera per le vertenze contrattuali e per quelle extracontrattuali, nei confronti del medico o dell'operatore sanitario che ha eseguito la prestazione medica e/o paramedica e nei confronti della struttura sanitaria pubblica o privata dove è stata eseguita la prestazione medica, paramedica o riabilitativa.
3. Sono coperte le spese sostenute per le vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni previdenziali o sociali (INPS – INAIL) relative alla posizione previdenziale/assistenziale.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 5.6 – ESCLUSIONI TUTELA LEGALE

Se nella polizza non è previsto diversamente, le garanzie non operano per sinistri relativi a:

- a. **diritto di famiglia, successioni o donazioni**
- b. **materia fiscale o amministrativa**
- c. **fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero, serrate, detenzione o impiego di sostanze radioattive**
- d. **danni nucleari o genetici** causati dall'assicurato, salvo il caso di sinistri conseguenti a trattamenti medici
- e. **fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali viene riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme**
- f. **proprietà di veicoli a motore, imbarcazioni da diporto, aeromobili o veicoli che viaggiano su tracciato veicolato o su funi metalliche**
- g. **fatti dolosi degli assicurati**
- h. **fatti non accidentali che causano inquinamento dell'ambiente**
- i. **fabbricazione o commercializzazione di esplosivi, armi o equipaggiamento militare**
- j. **esercizio della professione medica, dell'attività medica o di operatore sanitario**
- k. **vertenze con la Società**
- l. **vertenze con l'intermediario del presente contratto**
- m. **adesione ad azioni di classe (class action) ed azione rappresentativa**
- n. **difesa penale per abuso di minori**
- o. **controversie derivanti da prestazioni mediche con finalità esclusivamente estetica, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva**
- p. **controversie derivanti da parto o da aborto terapeutico.**

Art. 5.7 – SPESE NON COPERTE DALLA POLIZZA

Se l'assicurato è coinvolto in una vertenza, la Società **non copre** le seguenti spese:

- **compensi dell'avvocato determinati tramite patti quota lite**
- **compensi dell'avvocato per la querela, se a seguito di questa la controparte non è rinviata a giudizio in sede penale**
- **compensi dell'avvocato domiciliatario, se non indicato da ARAG**
- **spese per l'indennità di trasferta**
- **spese di esecuzione forzata oltre il secondo tentativo per sinistro**
- **spese dell'organismo di mediazione, se la mediazione non è obbligatoria**
- **imposte, tasse e altri oneri fiscali diversi dalle spese di giustizia**
- **multe, ammende e sanzioni pecuniarie in genere**
- **spese liquidate a favore delle parti civili costituite contro l'assicurato nei procedimenti penali**
- **spese non concordate con ARAG**
- **ogni duplicazione di onorari, nel caso di domiciliazione**
- **spese recuperate dalla controparte**

Inoltre:



1. nella gestione del sinistro, **le spese sostenute per la fase stragiudiziale se non è gestita da ARAG.**
2. **le spese sostenute per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte, se non preventivamente autorizzate da ARAG.**

LIMITI DI COPERTURA

Art. 5.8 – LIMITI DI COPERTURA TUTELA LEGALE

I limiti sotto riportati si intendono validi, salvo eventuali modifiche riportate nella scheda di polizza.

Art.	Garanzia	Limite di massimale/Valore della sanzione/ Nr. casi coperti/ Valore in lite
5.2	Spese legali	Copertura per 1 avvocato per ogni grado di giudizio
5.4	1. Richiesta di risarcimento danni di natura extracontrattuale per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato un infortunio e/o malattia. 2. Richiesta di risarcimento per danni subiti in conseguenza di malpractice medica conseguenti e/o connessi a infortunio e/o malattia. 3. Vertenze con istituti o enti pubblici di assicurazioni Previdenziali o Sociali.	Limite di massimale € 10.000 per caso assicurativo con limite annuo pari ad € 80.000
	1. Richiesta di risarcimento danni di natura extracontrattuale per fatti illeciti di terzi che abbiano provocato un infortunio e/o malattia. 2. Richiesta di risarcimento per danni subiti in conseguenza di malpractice medica conseguenti e/o connessi a infortunio e/o malattia.	Limite del rimborso pari a € 3.000 per sinistri insorti e trattati in paesi o in territori diversi da Unione Europea, Regno Unito, Città del Vaticano, Repubblica di San Marino, Principato di Monaco, Svizzera e Liechtenstein
5.9	Assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite	Garanzia opera a secondo rischio

Art. 5.9 – OPERATIVITA' DELLE GARANZIE IN PRESENZA DI POLIZZA DI RESPONSABILITA' CIVILE

Se un assicuratore di responsabilità civile assume la gestione della lite per conto dell'assicurato, **le garanzie previste in polizza operano a secondo rischio**, quindi dopo l'esaurimento del massimale dovuto per legge o per contratto dall'assicuratore di responsabilità civile per spese di resistenza e soccombenza.

NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 6 - MODALITÀ DI DENUNCIA DI SINISTRO

Ai fini della denuncia di sinistro, fermo restando i termini indicati per ciascuna sezione di garanzia, l'Assicurato o il Contraente potrà presentare la segnalazione tramite uno dei seguenti canali:

- inviando una comunicazione a mezzo **Posta Elettronica Certificata (PEC)** all'intermediario di riferimento;
- inviando una **PEC direttamente alla Compagnia** all'indirizzo: vhv@pec.it
- inviando una **e-mail ordinaria** alla Compagnia all'indirizzo: sinistri@vhv.it
- trasmettendo una **lettera raccomandata A.R.** al seguente indirizzo:
VHV Italia Assicurazioni S.p.A. – Via Ippolito Caffi, 83, 32100 Belluno (BL).

In ogni caso, l'intermediario di riferimento è a disposizione dell'Assicurato per fornire supporto nella gestione del sinistro e per eventuali chiarimenti.

Art. 6.1 – DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI DELL'ASSICURATO

In caso di Sinistro l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società **entro dieci giorni da quando ne hanno avuto la possibilità**, come previsto dall' art. 1913 del Codice civile.

La denuncia del Sinistro deve contenere:

- **la descrizione dell'Infortunio**, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, **oppure della Malattia**, quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la stessa possa comportare una invalidità permanente;
- **il certificato medico** contenente la prognosi circa la ripresa – anche parziale – dell'attività lavorativa o delle ordinarie occupazioni da parte dell'Assicurato, oppure **la certificazione medica** sulla natura dell'infermità.

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

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

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

L'Assicurato deve sciogliere dal segreto professionale, nei confronti della Società e dei soggetti incaricati dalla stessa per la gestione della posizione oggetto di esame, **i medici che lo hanno visitato e curato**.

In caso di morte dell'Assicurato, gli eredi o gli aventi causa devono presentare:

- **documentazione medica**, con particolare riguardo alla cartella clinica in caso di Ricovero, e ogni altra documentazione necessaria;
- **certificato di morte**;
- **certificato di stato di famiglia** dell'Assicurato;
- **atto notorio** da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- **in presenza di minorenni o soggetti incapaci di agire, decreto del giudice tutelare** che autorizza la liquidazione ed esonera la Società circa il reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del Sinistro e la corretta identificazione degli aventi diritto.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, come previsto dall'art. 1915 del Codice civile.

Art. 6.2 – ACCERTAMENTO, LIQUIDAZIONE E PAGAMENTO

In caso di Infortunio, la percentuale di invalidità verrà accertata alla stabilizzazione dei postumi di natura permanente e comunque **entro 12 mesi dalla data di denuncia dell'Infortunio**.

In caso di Malattia, la percentuale di invalidità permanente verrà accertata in un periodo compreso **tra i 6 e i 18 mesi dalla data di denuncia della Malattia**.

La Società, ricevuta la necessaria documentazione indicata all'art. 6.1 – Denuncia del Sinistro e obblighi dell'Assicurato, si impegna a fornire, **entro 90 giorni dai risultati degli accertamenti medico-legali**, l'esito della valutazione del Sinistro all'Assicurato o, in caso di morte, agli eredi o agli aventi causa; riconosciuta l'indennizzabilità del Sinistro e determinato l'Indennizzo dovuto, si impegna a provvedere al pagamento dell'importo offerto **entro 30 giorni dall'accettazione** dello stesso. L'Indennizzo sarà corrisposto in Italia. Il rimborso delle spese sostenute all'estero in valute diverse dall'Euro avverrà applicando il cambio contro Euro. Il rimborso verrà effettuato al cambio del giorno in cui è stato effettuato il pagamento della prestazione o, in mancanza, al cambio del giorno in cui è stato emesso il giustificativo di spesa. Il diritto all'Indennizzo per invalidità permanente è di carattere strettamente personale, tuttavia, **nel caso in cui l'Assicurato muoia prima che tale Indennizzo sia stato pagato**, la Società liquida agli eredi o agli aventi causa:

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

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

Art. 6.3 – DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO – PERIZIA CONTRATTUALE

Le eventuali controversie di origine medica sulla natura delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata dell'inabilità temporanea, nonché sull'applicazione dei criteri di indennizzabilità previsti dagli artt. 6.4 e 6.9 – Criteri di indennizzabilità, possono essere demandate, per iscritto, a richiesta di una delle Parti e purché l'altra vi consenta, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico si riunisce nel comune sede dell'Ordine dei Medici, nel cui territorio di competenza risiede l'Assicurato. In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina viene demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici suddetto. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo medico. Il Collegio medico può rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'invalidità permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'Indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli altri arbitri nel verbale definitivo.



IN CASO DI SINISTRO INFORTUNI

Art. 6.4 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'Indennizzo soltanto per le conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio indipendentemente da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto, l'influenza che l'Infortunio può avere esercitato su queste condizioni, come pure il pregiudizio che esse possono portare all'esito delle lesioni prodotte dall'Infortunio, sono conseguenze indirette e quindi non indennizzabili. Nei casi di preesistenti mutilazioni o difetti fisici, l'Indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette causate dall'Infortunio, come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Per invalidità permanente, la Società liquida una indennità calcolata sulla somma assicurata, in base alle percentuali indicate nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965, n.1124 - Testo unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, conosciute anche come 'Tabelle INAIL' - delle quali si riporta un parziale estratto:

Perdita totale	Destro	Sinistro
Di un arto superiore	85%	75%
Di un avambraccio	75%	65%
Di una mano	70%	60%
Di un arto inferiore all'altezza o sopra il ginocchio	50%	50%
Di un piede	50%	50%
Del pollice	28%	23%
Dell'indice	15%	13%
Del mignolo	12%	
Del medio	12%	
Dell'anulare	8%	
Dell'alluce	7%	
Di ogni altro dito del piede	3%	
Della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Della facoltà visiva di un occhio	35%	
Della capacità uditiva di ambedue gli orecchi	60%	
Della capacità uditiva di un orecchio	15%	

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo le percentuali di invalidità previste per il lato destro valgono per il lato Sinistro e viceversa.

La perdita totale e irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se si tratta di minorazione, le percentuali della tabella sopra riportata vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta.

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

Nei casi di invalidità permanente non specificati, l'indennità è stabilita, con riferimento alle percentuali previste dalle 'Tabelle INAIL', tenendo conto di quanto è diminuita la capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopra indicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.



La valutazione dell'invalidità permanente è effettuata con rinuncia da parte della Società all'applicazione della Franchigia relativa prevista dalla Legge e la liquidazione consiste nel pagamento di un capitale.

Tabella ANIA (in alternativa alla tabella INAIL):

Perdita, anatomica o funzionale, di:	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
la falange ungueale del pollice	9%	8%
una falange di altro dito della mano	1/3 del valore del dito	
anchilosi della scapolo omerale con arto in posizione favorevole, con immobilità della scapola	25%	20%
anchilosi del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con prono-supinazione libera	20%	15%
anchilosi del polso con estensione rettilinea (con prono-supinazione libera)	10%	8%
paralisi completa del nervo radiale	35%	30%
paralisi completa del nervo ulnare	20%	17%
Perdita anatomica o funzionale di un arto inferiore:		
- al di sopra della metà della coscia	70%	
- al di sotto della metà della coscia ma al di sopra del ginocchio	60%	
- al di sotto del ginocchio, ma al di sopra del terzo medio di gamba	50%	
- un piede	40%	
- ambedue i piedi	100%	
- un alluce	5%	
- un altro dito del piede	1%	
- la falange ungueale dell'alluce	2,5%	
- anchilosi dell'anca in posizione favorevole	35%	
- anchilosi del ginocchio in estensione	25%	
- anchilosi della tibio-tarsica ad angolo retto	10%	
- anchilosi della tibio-tarsica con anchilosi della sotto astragalica	15%	
- paralisi completa del nervo sciatico popliteo esterno	15%	
Esiti di frattura scomposta di una costa	1%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:		
- una vertebra cervicale	12%	
- una vertebra dorsale	5%	
- 12 ^a dorsale	10%	
- una vertebra lombare	10%	
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%	
Esiti di frattura del sacro	3%	
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%	



Perdita totale, anatomica o funzionale, di:	
- un occhio	25%
- ambedue gli occhi	100%
Sordità completa di:	
- un orecchio	10%
- ambedue gli orecchi	40%
Stenosi nasale assoluta:	
- monolaterale	4%
- bilaterale	10%
Perdita anatomica di:	
- un rene	15%
- della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%

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

Se l'Infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale, non determinabile sulla base delle percentuali previste dalla tabella ANIA si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:

- nel caso di minorazioni, anziché di perdite di un arto o di un organo, le percentuali sopra indicate **sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta**;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo la percentuale corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nel caso in cui l'invalidità permanente non sia determinabile sulla base delle percentuali elencate nella tabella ANIA e ai criteri sopra riportati, la stessa viene determinata in riferimento alle percentuali e ai criteri sopra indicati tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

La perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale di invalidità calcolata sulla base delle percentuali indicate nella tabella ANIA e dei criteri sopra richiamati, pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%.

Art. 6.5 – ATTIVITÀ DIVERSA DA QUELLA DICHIARATA

Se nel corso di contratto si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata ed il Contraente/Assicurato non lo comunica alla Società, in caso di Infortunio che avvenga durante lo svolgimento della diversa attività, l'Indennizzo sarà corrisposto:

1. integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;
2. **in misura ridotta in base a quanto indicato nella tabella delle percentuali di Indennizzo sotto riportata, se la diversa attività aggrava di rischio:**

Classe dell'attività professionale svolta al momento del Sinistro (Allegato 2)	Classe dell'attività professionale indicata nella scheda di Polizza			
	A	B	C	D
A	100%	100%	100%	100%
B	80%	100%	100%	100%
C	65%	80%	100%	100%
D	25%	65%	80%	100%

Art. 6.6 – ANTICIPO SULL'INDENNIZZO PER INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

La Società, in caso di invalidità permanente da Infortunio come prevista all'art. 2.1.1 - Invalidità permanente da Infortunio, su richiesta dell'Assicurato, corrisponde un anticipo sull'Indennizzo nel caso di Infortunio i cui postumi invalidanti siano stimati dalla Società in **misura presumibilmente superiore al 25%**.
L'anticipo corrisposto è pari al **50% della presunta invalidità** e sarà versato non prima che siano trascorsi tre mesi dall'Infortunio.

Art. 6.7 – LIQUIDAZIONE RIMBORSO DELLE SPESE DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il rimborso viene effettuato a cura ultimata, dopo aver presentato gli originali delle relative fatture, distinte o ricevute debitamente quietanzate.

Art. 6.8 – ESTENSIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE AL CONTAGIO VIRUS HIV ED EPATITE B E C DI ORIGINE TRAUMATICA - MODALITÀ DI ACCERTAMENTO DEL CONTAGIO HIV - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Entro tre giorni dal verificarsi dall'evento accidentale l'Assicurato deve fare la denuncia; la denuncia deve essere certificata/confermata dall'Ente Datore di lavoro o dall'Ente presso il quale l'Assicurato stava prestando la sua opera nel momento del presunto contagio.

Entro sei giorni dall'evento (oggetto della denuncia) l'Assicurato deve sottoporsi a test HIV presso un centro specializzato indicatogli dalla Società:

1. se il test dà un risultato positivo si presume convenzionalmente che il contagio è dovuto a causa diversa dal fatto denunciato ed è avvenuto prima;
2. se il test dà risultato negativo, **entro 180 giorni dall'evento** l'Assicurato **deve sottoporsi** ad un secondo test HIV: l'eventuale risultato positivo viene assunto come prova che il contagio è avvenuto a causa dell'evento denunciato e l'Assicurato ha diritto ad un **Indennizzo pari al 15% della somma assicurata per invalidità permanente**.

IN CASO DI SINISTRO MALATTIA

Art. 6.9 – CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'Indennizzo soltanto per le conseguenze dirette causate dalla singola Malattia denunciata. Se la Malattia colpisce un soggetto già affetto da altre patologie, fermo quanto disposto dall'art. 3.1.1 – Invalidità permanente da Malattia, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti (vedere definizione Malattie coesistenti).

Nel corso dell'Assicurazione le invalidità permanenti da Malattia già accertate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie (vedere definizione Malattie concorrenti). Nel caso quindi la Malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente Malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 6.10 – TERMINI DI ASPETTATIVA - CARENZE

La garanzia decorre dalle ore 24:

1. **del 90° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici, non conosciuti dall'Assicurato, insorti prima della stipula della Polizza;
2. **del 300° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le patologie varicose fermo quanto previsto dall'art. 3.3, punto 1)
3. **del 300° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per il parto, per l'aborto terapeutico e per le malattie dipendenti da gravidanza e puerperio;
4. **del 30° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le altre malattie;
5. **del 90° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le invalidità permanenti da Malattia.



In caso di Ricovero che si è verificato durante la Carenza **non verrà corrisposto alcun Indennizzo**, anche nel caso di Ricovero protrattosi oltre il periodo di Carenza.

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

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

La norma di cui al comma precedente vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 6.11 – LIQUIDAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La percentuale di Invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra i **6 e i 18 mesi** dalla data di denuncia della Malattia utilizzando come parametri di valutazione le tabelle contenute nell'allegato n.1 del D.P.R. 30 giugno 1965 n.1124 - Testo unico dell'Assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali conosciute anche come **Tabelle INAIL**. Nei casi di Invalidità permanente non specificati in queste tabelle, la percentuale di invalidità è accertata utilizzando gli stessi parametri e criteri di valutazione e tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato. La Società liquida un Indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo lo schema seguente:

PERCENTUALE DI INVALIDITÀ PERMANENTE MALATTIA

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

IN CASO DI SINISTRO ASSISTENZA PERSONA

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA ASSISTENZA

L'Assicurato può richiedere assistenza in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo contattando la Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24:

- Numero verde (Italia): **800.66.89.99**
- Numero per chiamate **dall'estero: +39 0437.938600**

Al momento della chiamata, è necessario comunicare con precisione:

- ✓ Il tipo di assistenza richiesta
- ✓ Nome e Cognome
- ✓ Numero di Polizza
- ✓ Indirizzo esatto del luogo in cui si trova
- ✓ Numero di telefono per essere ricontattati

La Struttura Organizzativa potrà richiedere ulteriori documenti necessari alla gestione della richiesta. L'Assicurato è tenuto a fornire gli originali di giustificativi, fatture e ricevute relative alle spese sostenute (non fotocopie).

⚠ Importante: L'intervento deve essere richiesto sempre e direttamente alla Struttura Organizzativa, che provvederà a gestirlo o ad autorizzarlo esplicitamente.

IN CASO DI SINISTRO TUTELA LEGALE

Art. 6.12 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato è tenuto a:

- **Comunicazione del sinistro:** notificare per iscritto l'evento all'agenzia assegnata all'Assicurazione o direttamente alla Società entro **10 giorni** dalla data in cui ne ha avuto conoscenza, in conformità all'**art. 1913 del Codice Civile**. Il mancato rispetto di tale obbligo può comportare la perdita parziale o totale del diritto all'indennizzo, come previsto dall'**art. 1915 del Codice Civile**.
- **Limitazione del danno:** adottare tutte le misure necessarie per **evitare o ridurre il danno**. Le relative spese saranno a carico della Società, secondo quanto stabilito dall'**art. 1914 del Codice Civile**.

Obblighi specifici dell'Assicurato per la Tutela Legale:

1. Nella Denuncia del Sinistro:

- La denuncia deve essere presentata **tempestivamente** alla Società e/o ad ARAG, **non oltre 24 mesi dalla data di cessazione della polizza** o di eventuali polizze successive senza interruzione della copertura per lo stesso rischio.
- L'Assicurato ha l'obbligo di fornire **informazioni complete e veritiere** su tutti gli aspetti del sinistro, indicando e mettendo a disposizione, se richiesto, **mezzi di prova, documenti e altre polizze assicurative eventualmente esistenti**.
- L'Assicurato deve fornire **documentazione idonea a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di tutela legale**.

2. Nella Gestione del Sinistro:

ARAG valuterà preventivamente **l'idoneità delle prove e delle argomentazioni** fornite dall'Assicurato per determinare la copertura assicurativa della fase giudiziale, comprese eventuali impugnazioni.

3. Obbligo di Restituzione delle Spese:

L'Assicurato è tenuto a restituire ad ARAG tutte le spese sostenute o anticipate se ha diritto a recuperarle dalla controparte. **L'Assicurato è obbligato a restituire integralmente ad ARAG l'importo ricevuto.**

4. Dichiarazione di Altre Polizze:

L'Assicurato deve **comunicare alla Società e/o ad ARAG** l'esistenza o la successiva stipulazione di altre polizze per lo stesso rischio e notificare i sinistri a tutti gli assicuratori coinvolti, indicando a ciascuno il nome degli altri, per la **ripartizione proporzionale delle spese**.

Art. 6.13 – QUANDO AVVIENE IL SINISTRO DI TUTELA LEGALE

La data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica l'evento dannoso a seguito del quale insorge la vertenza.

L'evento dannoso, in base alla natura della vertenza, è inteso come:

- il danno o presunto danno extracontrattuale subito dall'assicurato
- la violazione o presunta violazione del contratto
- la violazione o la presunta violazione della legge

In presenza di più eventi dannosi della stessa natura, la data di avvenimento del sinistro è quella in cui si verifica il primo evento dannoso.

Uno o più eventi dannosi tra loro collegati o consequenziali o riconducibili ad un medesimo contesto, anche se coinvolgono una pluralità di soggetti, sono trattati e considerati come un unico sinistro e la data di avvenimento è quella del primo evento dannoso.

Se più assicurati sono coinvolti in uno stesso sinistro, la polizza opera con un unico massimale che viene equamente ripartito tra tutti gli assicurati a prescindere dalle somme da ciascuno pagate. Se al momento della definizione del sinistro il massimale per sinistro non è esaurito, il residuo è ripartito in parti uguali tra agli assicurati che hanno ricevuto solo parzialmente il rimborso delle spese sostenute.

Art. 6.14 - QUANDO SONO COPERTI I SINISTRI DI TUTELA LEGALE

Sono coperti i sinistri che sono avvenuti:

- dalla data di efficacia della copertura assicurativa per il danno o presunto danno extracontrattuale, per la violazione o presunta violazione di norme penali o amministrative,
- dopo **3 (tre) mesi di carenza dalla data di efficacia della copertura assicurativa** in tutte le restanti ipotesi.

Quando il contratto è emesso senza interruzione della copertura assicurativa dopo una precedente polizza per lo stesso rischio le garanzie della presente polizza, se previste anche nel precedente contratto, operano:

- senza la carenza se il precedente contratto ha una durata pari o superiore alla carenza stessa
- per i sinistri avvenuti durante il periodo di efficacia della polizza precedente se sono stati respinti perché denunciati oltre il termine massimo che decorre dalla data di cessazione del contratto, e il precedente assicuratore non contesta il mancato pagamento o adeguamento del premio.

In questo caso l'assicurato ha l'obbligo in sede di denuncia del sinistro di fornire idonea documentazione atta a comprovare l'esistenza di una polizza precedente di tutela legale.

Art. 6.15 – COME DENUNCIARE UN SINISTRO DI TUTELA LEGALE

L'Assicurato deve presentare la **denuncia di sinistro tempestivamente** ad **ARAG** non appena ne ha conoscenza e, in ogni caso, entro il **termine massimo di 24 (ventiquattro) mesi** dalla cessazione della polizza o di eventuali altre polizze successive, purché non vi sia stata interruzione della copertura per lo stesso rischio.

Modalità di denuncia:

L'Assicurato può denunciare un nuovo sinistro direttamente online tramite il sito **ARAG**, accedendo al seguente link: <https://www.arag.it/contatti/in-caso-di-sinistro/>

Obblighi dell'Assicurato

L'Assicurato è tenuto a:

- **Fornire informazioni complete e veritiere** su tutti gli aspetti del sinistro.
- **Mettere a disposizione** di ARAG, se richiesti:
 - Mezzi di prova.
 - Documenti rilevanti per la valutazione del sinistro.
 - Eventuali altre polizze assicurative esistenti per lo stesso rischio.

In assenza di tali informazioni e documenti, ARAG non potrà essere ritenuta responsabile di eventuali:

- **Ritardi nella valutazione della copertura assicurativa o nella gestione del sinistro.**
- **Prescrizioni o decadenze** che potrebbero intervenire a causa della mancata comunicazione tempestiva da parte dell'Assicurato.

Art. 6.16 – GESTIONE DEL SINISTRO, SCELTA DELL'AVVOCATO E PAGAMENTO DELLE SPESE PER LA TUTELA LEGALE

Ricevuta la denuncia del sinistro ARAG verifica la copertura assicurativa e la fondatezza delle ragioni dell'assicurato.

La fase stragiudiziale è gestita da ARAG che si attiva per risolvere la vertenza con l'accordo delle parti e si riserva di demandarne la gestione ad un avvocato di propria scelta.

Per valutare la copertura assicurativa della fase giudiziale, comprese eventuali successive impugnazioni, ARAG verifica preventivamente l'idoneità delle **prove e argomentazioni che l'assicurato ha l'obbligo di fornire**.

Per la fase giudiziale l'assicurato ha il diritto di scegliere un avvocato tra gli iscritti all'Albo; in caso di domiciliazione ARAG indica l'avvocato domiciliatario.

L'incarico all'avvocato o al perito, che operano nell'interesse del proprio cliente, è conferito direttamente dall'Assicurato, pertanto **ARAG non è responsabile del loro operato**.

Le spese per gli accordi economici tra assicurato e avvocato, per la transazione della vertenza e per l'intervento del perito o del consulente tecnico di parte sono coperte **solo se preventivamente autorizzate da ARAG**.

ARAG può pagare direttamente i compensi al professionista dopo aver definito l'importo dovuto. Il pagamento avviene in esecuzione del contratto di assicurazione e **senza che ARAG assuma alcuna obbligazione diretta verso il professionista**.

Se l'assicurato paga direttamente il professionista, ARAG rimborsa quanto anticipato **dopo aver ricevuto la documentazione comprovante il pagamento**.

Art. 6.17 – DISACCORDO NELLA GESTIONE DEL SINISTRO DI TUTELA LEGALE E CONFLITTO DI INTERESSI

In caso di **disaccordo tra l'Assicurato e ARAG sulla gestione del sinistro**, la decisione può essere demandata a un arbitro che decide secondo equità.

L'arbitro è scelto di comune accordo tra le parti o, in caso di mancato accordo, **dal Presidente del Tribunale competente**, in base al Codice di procedura civile.

Ciascuna delle parti contribuisce **per metà alle spese dell'arbitrato**, indipendentemente dall'esito della decisione.

In alternativa, l'Assicurato può **adire l'autorità giudiziaria**, previo esperimento di un tentativo di **mediazione**.

In caso di conflitto di interessi tra l'Assicurato e ARAG, **l'Assicurato ha sempre il diritto di scegliere il proprio avvocato.**

Art. 6.18 – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Verificata l'operatività della garanzia assicurativa, accertato e quantificato il danno risarcibile, la Società si **impegna a pagare l'importo dovuto entro 30 (trenta) giorni** dalla data dell'atto di liquidazione o del verbale definitivo di perizia, **a condizioni che non siano sorte contestazioni in merito ad essi e che si sia conclusa l'istruttoria del sinistro.**

Liquidazione del danno per la sezione di Tutela Legale

Il pagamento delle spese coperte dalla polizza avviene entro il termine di **30 (trenta) giorni, previa valutazione in ogni caso della congruità dell'importo richiesto.**



ALLEGATO 1 – TABELLA DI BARTHEL

Attribuzione del punteggio nella fase di accertamento della perdita di autosufficienza

Farsi il bagno

1°grado	l'Assicurato è in grado di farsi la doccia in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2°grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla doccia	Punteggio 5
3°grado	l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla doccia e durante l'attività stessa del farsi la doccia	Punteggio 10

Vestirsi e svestirsi

1°grado	l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	Punteggio 0
2°grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo	Punteggio 5
3°grado	l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10

Igiene del corpo

1°grado	l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati da (1), (2) e (3); (1) andare al bagno (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato al bagno	Punteggio 0
2°grado	l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 5
3°grado	l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	Punteggio 10

Mobilità

1°grado	l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza da parte di terzi	Punteggio 0
2°grado	L'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come, ad esempio, la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto.	Punteggio 5
3°grado	L'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo	Punteggio 10

Continenza

1°grado	l'Assicurato è completamente continente	Punteggio 0
2°grado	l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	Punteggio 5
3°grado	l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come il catetere o la colostomia	Punteggio 10

Bere e mangiare

1°grado	l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	Punteggio 0
2°grado	l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: <ul style="list-style-type: none"> • sminuzzare/tagliare il cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere 	Punteggio 5
3°grado	l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	Punteggio 10



ALLEGATO 2 – CLASSIFICAZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALI

ACCORDATORE DI STRUMENTI MUSICALI (B)
ACROBATA (RD)
ADDESTRATORE di cani/Addetto alla toelettatura di cani (C)
ADDETTO ALLA LAVORAZIONE DI PAGLIA, VIMINI E CANAPA (C)
ADDETTO ALLA LAVORAZIONE IN FRANTOIO E/O OLEIFICIO (C)
ADDETTO ALLA PULIZIA (B)
ADDETTO ALLE GIOSTRE - LUNA PARK (C)
ADDETTO NELLE LAVANDERIE/TINTORIE (B)
AGENTE di cambio, borsa, assicurazione, viaggi, di informazione (A)
AGENTE di commercio con consegna di merce non pesante (B)
AGENTE di commercio con consegna di merce pesante (C)
AGENTE di commercio, pubblicità, in ufficio ed esterni senza carico e scarico (A)
AGENTE di spettacolo (A)
AGENTE immobiliare (A)
AGRICOLTORE con lavoro manuale senza uso di macchine azionate a motore (C)
AGRICOLTORE (contadino): sola direzione e sorveglianza senza lavoro manuale (B)
AGRICOLTORE con lavoro manuale e uso di macchine azionate a motore (D)
AGRONOMO (B)
AGROTECNICO (B)
ALBERGATORE con lavoro manuale (B)
ALBERGATORE senza lavoro manuale (A)
ALLENATORE SPORTIVO (B)
ALLEVATORE di animali da cortile, volatili, cani, piccoli animali da pelliccia (B)
ALLEVATORE di bovini, equini, ovini e caprini, suini (D)
AMMINISTRATORE (A)
AMMINISTRATORE DELEGATO (A)
AMMINISTRATORE DI CONDOMINI (A)
AMMINISTRATORE DI SOCIETA' (A)
ANALISTA - chimico (B)
ANALISTA/PROGETTISTA di software e applicazioni web (A)
ANIMATORE TURISTICO (B)
ANTENNISTA (installatore di antenne radio TV) (D)
ANTIQUARIO (con restauro) (B)
ANTIQUARIO (solo vendita) (A)
ANTROPOLOGO (A)
APICOLTORE (C)
APPALTATORE (A)
ARBITRO SPORTIVO (B)
ARCHEOLOGO in laboratorio (A)
ARCHEOLOGO SUL CAMPO (B)
ARCHITETTO che accede ai cantieri anche su impalcature (B)
ARCHITETTO: progettista (A)
ARCHIVISTA (A)
ARMAIOLO che attendono alla riparazione di armi (D)
ARMAIOLO solo addetti alla compravendita (A)
ARMATORE DI NAVI (A)
ARREDATORE - interior designer - con lavoro manuale (C)
ARREDATORE - interior designer - senza lavoro manuale (A)
ARROTINO (C)
ARTIFICIERE (RD)
ARTIGIANO con uso di macchine (D)



ARTIGIANO senza uso di macchine (C)
ARTISTI (RD)
ASCENSORISTA (D)
ASSEMBLATORE DI MOBILI (C)
ASSISTENTE ALLA POLTRONA (A)
ASSISTENTE SOCIALE (A)
ASSISTENTE SOCIO-SANITARIO (A)
ASTROLOGO (A)
ASTRONOMO (A)
ATLETA professionista (RD)
ATTORE/ATTRICE - escluso cascatori e controfigure (RD)
AUTISTA con trasporto esplosivi (D)
AUTISTA di autoambulanze (B)
AUTISTI: di autobus, pullman e simili (C)
AUTISTI: di autocarri di oltre 35 q.li p.p.c. (C)
AUTISTI: di autovetture in servizio privato e pubblico da noleggio e da rimessa, autotassametri (B)
AUTISTI: di motocarri, autocarri fino a 35 q.li p.p.c., (B)
AUTISTI: di macchine operatrici, semoventi, autoarticolati, trattori e macchine agricole (D)
AVVOCATO (A)
BABY SITTER (A)
BADANTE (A)
BAGNINO (B)
BALLERINO (RD)
BAMBINO/A: età 0-12 anni (A)
BANCHIERE (A)
BANDITORE D'ASTE (A)
BARBIERE - PARRUCCHIERE(B)
BARCAIOLO (D)
BARISTA (B)
BENESTANTE senza particolari occupazioni (A)
BENZINAIO: addetti al lavaggio (B)
BENZINAIO: addetti alle colonnine di distribuzione (B)
BENZINAIO: meccanici, aggiustatori, elettrauto (D)
BIBLIOTECARIO (A)
BIDELLO (B)
BIGLIETTAIO e cassiere/a di cinema e teatro (A)
BIOLOGO a contatto con sostanze nocive (RD)
BIOLOGO non a contatto con sostanze nocive (A)
BOSCAIOLO (D)
BOTANICO (B)
BUTTAFUORI (C)
CABARETTISTA (B)
CALCIATORI di serie A-B-C1-C2-D ed eccellenza (RD)
CALDAISTA: riparatore-installatore (D)
CALDAISTA: solo conduttore (C)
CALLISTA - PEDICURE (A)
CALZOLAIO (C)
CAMERIERE (B)
CANTANTE (B)
CANTINIERE addetto alla vinificazione (C)
CANTINIERE solo vendita, gestione (A)
CAPOSTAZIONE (B)
CAPOTRENO (B)



CARABINIERE esclusivamente in ufficio (A)
CARABINIERE in servizio esterno (Pattuglia) (RD)
CARPENTIERE (D)
CARROZZIERE (D)
CASALING (B)
CASARO (C)
CASELLANTE (A)
CASSIERE (A)
CAVAIOLO: operaio impiegato nelle cave di pietra/marmo con uso di esplosivi (RD)
CAVAIOLO: operaio impiegato nelle cave di pietra/marmo senza uso di esplosivi (C)
CENTRALINISTA (A)
CERAMISTA (B)
CERTIFICATORE DI BILANCIO (A)
CESELLATORE (B)
CHIMICO - con uso di sostanze esplosive/nocive (RD)
CHIMICO - senza uso di sostanze esplosive/nocive (B)
CICLISTA: corridore professionista (RD)
COLLABORATORE/TRICE FAMILIARE (A)
COLLAUDATORE (RD)
COMMERCIALISTA e CONSULENTE DEL LAVORO (A)
COMMERCIANTE - AMBULANTE con guida di veicoli fino a 35 q.li p.p.c. (B)
COMMERCIANTE - AMBULANTE con guida di veicoli oltre 35 q.li p.p.c. (C)
COMMERCIANTE amministrativo e/o servizio clienti (A)
COMMERCIANTE di bestiame in genere (D)
COMMERCIANTE: di macchine agricole con uso delle stesse a scopo dimostrativo e di collaudo (D)
COMMERCIANTE di macchine industriali con uso delle stesse a scopo dimostrativo e di collaudo (D)
COMMERCIANTE: di prodotti boschivi con taglio o misurazione del legname (D)
COMMERCIANTE con uso di macchine da taglio e carico e scarico di merce non pesante (B)
COMMESSO DI NEGOZIO: addetto servizio clienti (A)
COMMESSO DI NEGOZIO: con uso di macchine da taglio e carico e scarico di merce non pesante (B)
COMMISSARIO DI MARINA (RD)
COMMISSARIO DI POLIZIA (RD)
CONCESSIONARIO di auto, moto natanti e veicoli in genere (A)
CONCIAPELLE (D)
CONSULENTE AGRICOLO E/O FORESTALE (C)
CONSULENTE AMMINISTRATIVO (A)
CONSULENTE ASSICURATIVO (A)
CONSULENTE AZIENDALE (A)
CONSULENTE COMMERCIALE (A)
CONSULENTE DEL LAVORO (A)
CONSULENTE FINANZIARIO (A)
CONSULENTE FISCALE (A)
CONSULENTE INDUSTRIALE (A)
CONSULENTE INFORMATICO (A)
CONSULENTE TRIBUTARIO (A)
CONTROLLORE DI VOLO (RD)
CONTROLLORE: tram e treni (B)
COREOGRAFIA (B)
CORNICIAIO (C)
CRONISTA (B)
CUOCO (B)
CUSTODE DI FABBRICATI armato (RD)
CUSTODE DI FABBRICATI non armato (B)



DECORATORE: anche all'esterno di fabbricati e su impalcature o ponti (D)
DECORATORE: solo in laboratorio (B)
DEMOLITORE di autoveicoli (D)
DENTISTA (A)
DESIGNER (A)
DIRETTORE AMMINISTRATIVO (A)
DIRETTORE ARTISTICO (A)
DIRETTORE COMMERCIALE (A)
DIRETTORE DI ALBERGO (A)
DIRETTORE DI BANCA (A)
DIRETTORE D'ORCHESTRA (A)
DIRETTORE TECNICO (A)
DIRIGENTE (A)
DISEGNATORE (A)
DISEGNATORE GRAFICO (A)
DISGAGGIATORE: con uso di esplosivi (RD)
DISGAGGIATORE: senza uso di esplosivi (lavoro abituale) (D)
DISGAGGIATORE: senza uso di esplosivi (lavoro saltuario) (D)
DISINFESTATORI (D)
DISK JOCKEY (B)
DOPPIATORE (A)
EBANISTA (D)
ELETTRAUTO (D)
ELETTRICISTA: lavori in contatto con alte tensioni (oltre a 400 volt): esecutore di impianti e linee (D)
ELETTRICISTA: lavori in contatto con alte tensioni (oltre a 400 volt): solo in laboratorio (C)
ELETTRICISTA: lavori in contatto con basse tensioni (fino a 400 volt): esecutori di impianti (C)
ELETTRICISTA: lavori in contatto con basse tensioni (fino a 400 volt): solo in laboratorio (B)
ENOLOGO con accesso ai reparti di produzione e trasformazione del vino (B)
ENOLOGO solo studio e direzione lavorazione (A)
ENOTECNICO (B)
ERBORISTA (B)
ESCAVATORISTA (D)
ESTETISTA, callista, pedicure, manicure (A)
FABBRIO - MAGNANO (D)
FACCHINO addetto a traslochi (C)
FACCHINO di alberghi (B)
FALEGNAME (D)
FANTINO (RD)
FARMACISTA (A)
FATTORINO (A)
FERROVIERE - installazione e riparazione binari (D)
FERROVIERE - TRAMVIERE personale viaggiante: capireno, conduttori, controllori, bigliettai (A)
FERROVIERE - TRAMVIERE: manovratori (D)
FINANZIERE esclusivamente in ufficio (A)
FINANZIERE in servizio esterno (pattuglia) (RD)
FIORISTI (A)
FISICO - compreso contatto con sostanze radioattive (RD)
FISICO - escluse sostanze radioattive (B)
FISICO - teorico (A)
FISIOCHINESITERAPISTA (B)
FISIOTERAPISTA (B)
FLORICOLTORE (C)
FONDITORE di metalli comuni (D)



FONDITORE di metalli preziosi (C)
FORNAIO (C)
FOTOCERAMISTA (B)
FOTOGRAFO all'esterno, compreso servizi in zone pericolose (RD)
FOTOGRAFO in studio o all'esterno, escluso servizi in zone pericolose (B)
FOTOINCISORE - FOTOTIPISTA (C)
FOTOREPORTER (RD)
FRATI (A)
FRUTTIVENDOLO (B)
FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO (A)
FUNZIONARIO TECNICO (A)
GALLERISTA D'ARTE (A)
GARAGISTA: addetto alla sorveglianza (B)
GELATAIO: anche produzione (C)
GELATAIO: solo vendita (A)
GEOLOGO (B)
GEOMETRA con lavoro esterno (B)
GEOMETRA solo in ufficio (A)
GESSINO - STUCCATORE: anche con impalcature e ponti (D)
GESSINO - STUCCATORE: solo all'interno di fabbricati (C)
GIARDINIERE con cura di piante di alto fusto (D)
GIARDINIERE escluso cura di piante di alto fusto (B)
GIOIELLIERE (A)
GIORNALAI (A)
GIORNALISTA - escluse missioni pericolose (A)
GIORNALISTA - inviato speciale in zone pericolose (RD)
GIUDICE (A)
GOMMISTA (C)
GONDOLIERE (B)
GRAFICO (A)
GRUISTA (D)
GUARDAROBIERE (A)
GUARDIA armata: guardia di finanza, giurata, portuale, notturna ecc. (RD)
GUARDIA non armata: guardia municipale, stradale, forestale, della caccia e pesca ecc. (B)
GUARDIA: carceraria (RD)
GUARDIE DEL CORPO (RD)
GUIDA ALPINA (RD)
GUIDA TURISTICA (A)
HOSTESS e STEWARD a bordo di aeromobili (linee regolari) (RD)
HOSTESS e STEWARD solo a terra (A)
IDRAULICO (D)
IGIENISTA (A)
IMBALSAMATORE (C)
IMBIANCHINO anche all'esterno (D)
IMBIANCHINO solo all'interno (C)
IMPAGLIATORE (C)
IMPIEGATO amministrativo (A)
IMPIEGATO COMMERCIALE (A)
IMPIEGATO tecnico (B)
IMPRENDITORE con lavoro manuale (D)
IMPRENDITORE senza lavoro manuale (A)
IMPRESARIO EDILE con lavoro manuale (D)
IMPRESARIO EDILE senza lavoro manuale (B)



IMPRESARIO TEATRALE (A)
INCISORE di legno (D)
INCISORE di metalli preziosi (B)
INCISORE di vetri e pietre dure e preziose (C)
INDOSSATORE/TRICE, MODELLO/A (A)
INDUSTRIALE che svolge mansioni esclusivamente di carattere amministrativo (A)
INDUSTRIALE che svolge mansioni tecniche senza partecipazione al lavoro manuale (B)
INDUSTRIALE con mansioni tecniche ed occasionale lavoro manuale per finalità operative e di controllo (C)
INFERMIERE (A)
INFERMIERE di Pronto Soccorso/Elisoccorso (C)
INFLUENCER (RD)
INGEGNERE anche all'esterno con accesso a cantieri (B)
INGEGNERE CHIMICO, MINERARIO con accesso a cantieri (B)
INGEGNERE CHIMICO, MINERARIO solo in ufficio (A)
INGEGNERE CIVILE, EDILE, URBANISTA con accesso a cantieri (B)
INGEGNERE CIVILE, EDILE, URBANISTA solo in ufficio (A)
INGEGNERE ELETTRONICO, MECCANICO con accesso a cantieri (B)
INGEGNERE ELETTRONICO, MECCANICO solo in ufficio (A)
INGEGNERE INFORMATICO (A)
INGEGNERE NUCLEARE con accesso alle centrali (RD)
INGEGNERE NUCLEARE solo in ufficio (A)
INGEGNERE PROGETTISTA (A)
INGEGNERE solo in ufficio (A)
INSEGNANTE (A)
INSEGNANTE di educazione fisica, di ballo, di attività sportive non escluse dalle CGA (B)
INSEGNANTE di materie non sperimentali e non di pratica professionale (A)
INSEGNANTE di materie sperimentali, di laboratorio, di pratica professionale. con uso di macchine (C)
INSEGNANTE di materie sperimentali, di laboratorio, di pratica professionale. senza uso di macchine (B)
INSEGNANTE SCUOLA MATERNA/ASILO NIDO (A)
INSTALLATORE con uso di impalcature, scale aeree, piattaforme (D)
INSTALLATORE senza uso di impalcature, scale aeree, piattaforme (C)
INTAGLIATORE (D)
INTERPRETE (A)
INVESTIGATORE armato (RD)
INVESTIGATORE non armato (C)
ISPETTORE AMMINISTRATIVO (A)
ISPETTORE di polizia (RD)
ISPETTORE TECNICO (B)
ISTRUTTORE di educazione fisica, di ballo, di attività sportive non escluse dalle CGA (B)
ISTRUTTORE DI SCUOLA GUIDA (A)
LATTONIERE (D)
LAVAPIATTI (B)
LEGATORE di libri (C)
LIBRAIO (A)
LIQUIDATORE (A)
LITOGRAFO (C)
LIUTAIO (B)
LUCIDATORE di marmo, mobili, pelli, metalli, etc.; (C)
MACELLAIO che attende anche alla mattazione (D)
MACELLAIO che non attende alla mattazione (B)
MAESTRO DI SCI: con altra attività manuale (D)
MAESTRO DI SCI: senza altra attività manuale (C)
MAGAZZINIERE con uso di muletti, addetti a magazzini frigoriferi, facchini (C)



MAGAZZINIERE senza uso di muletti (B)
MAGISTRATO (A)
MAGLIAIA (B)
MANISCALCO (D)
MANOVALE (D)
MARINAIO (RD)
MARMISTA con uso di esplosivi (RD)
MARMISTA: addetto alla lavorazione senza uso di esplosivi (C)
MARMISTA: solo posa in opera (C)
MASSAGGIATORE/TRICE (A)
MASSOTERAPISTA (A)
MATERASSAIO (C)
MECCANICI di biciclette (B)
MECCANICI in genere (D)
MEDIATORE (A)
MEDICO di Pronto Soccorso/Elisoccorso (C)
MEDICO escluso pronto soccorso/elisoccorso e medicina nucleare (A)
MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA NUCLEARE (RD)
MESSO COMUNALE (A)
MILITARE aeronautica (RD)
MILITARE con mansioni amministrative (A)
MILITARE con mansioni non amministrative (RD)
MINATORE (D)
MINIATURISTA (A)
MISSIONARIO/A (RD)
MOBILIARE (D)
MODELLISTA (A)
MODELLISTA IN CERA E CRETA (B)
MODELLISTA IN METALLI (C)
MONTATORE cinema, teatro e spettacoli in genere (C)
MOSAICISTA (B)
MOTORISTA (D)
MUGNAIO (D)
MURATORE (operaio edile) (D)
MUSICISTA: maestro/a, professore/ressa, orchestrale, compositore/trice (A)
NAVIGANTE - non militare, commissario di bordo, hostess, steward (B)
NAVIGANTE - non militare: cameriere/a, cuoco/a, addetti alle pulizie (C)
NAVIGANTE - non militare: marinaio, motorista, macchinista, pilota (D)
NECROFORO: Addetto alle pompe funebri (B)
NOTAIO (A)
ODONTOTECNICO (B)
OPERAIO: generico che opera in condizioni di alto grado di pericolosità; (D)
OPERAIO: generico che opera in condizioni di basso grado di pericolosità; (B)
OPERAIO: generico che opera in condizioni di medio grado di pericolosità; (C)
OPERATORE AL CALL CENTRE (A)
OPERATORE ECOLOGICO (C)
OPERATORE SOCIOPSIKOLOGICO (A)
ORAFO compresa lavorazione (B)
ORAFO solo vendita (A)
OREFICE (B)
ORGANISTA con riparazioni (C)
ORGANISTA senza riparazioni (A)
OROLOGIAIO che effettua riparazioni (B)



OROLOGIAIO solo vendita (A)
ORTODONZISTA (A)
OSTETRICA (B)
OTTICO (A)
PALOMBARO/SOMMOZZATORE (RD)
PANETTIERE (B)
PARAMEDICO (B)
PARROCO (A)
PARRUCCHIERE - BARBIERE (B)
PASTAIO (B)
PASTICCERE - produzione (C)
PASTORE (C)
PAVIMENTATORE di strade (D)
PAVIMENTATORE in fabbricati (C)
PELLICCIAIO confezionamento (B)
PELLICCIAIO solo vendita (A)
PENSIONATO CON LAVORO MANUALE LEGGERO (B)
PENSIONATO senza lavoro manuale (A)
PERITO AGRONOMO (B)
PERITO ASSICURATIVO (B)
PERITO calligrafico (A)
PERITO in genere (B)
PERITO INDUSTRIALE (B)
PERITO TECNICO (B)
PERSONAL TRAINER di attività sportive non escluse dalle CGA (B)
PESCATORE - PESCA COSTIERA (RD)
PESCATORE - PESCA DI ALTO MARE (RD)
PESCATORE - PESCA NEI LAGHI, FIUMI, PORTI (RD)
PESCICOLTORE (B)
PESCIVENDOLO: solo vendita (A)
PIASTRELLISTA (C)
PILOTA di aeromobili, veicoli in genere (RD)
PIROTECNICO (RD)
PITTORE: artista (A)
PIZZAIOLO (B)
PODOLOGO (A)
POLIZIOTTO in servizio esterno (in pattuglia) (RD)
POLIZIOTTO prevalentemente in ufficio (B)
PONY EXPRESS (B)
PORTALETTERE (B)
PORTAVALORI (C)
PORTIERE / PORTINAIO (A)
POSATORE MARMISTA (D)
PRESIDE (A)
PRESIDENTE DI ENTI PUBBLICI (A)
PRESIDENTE DI SOCIETA' (A)
PRETORE (A)
PROCURATORE LEGALE (A)
PROCURATORE SPORTIVO (A)
PRODUTTORE ASSICURATIVO (A)
PROGRAMMATORE e/o analista programmi (A)
PROMOTORE FINANZIARIO (A)
PROPRIETARIO TERRIERO senza lavoro manuale (A)



PSICOLOGO (A)
PUBBLICISTA (A)
PUBBLICITARIO (A)
PUGILE (RD)
PULITORE con uso di scale aeree (D)
PULITORE senza uso di scale aeree (B)
RACCOGLITORE DI ROTTAMI (C)
RADIOCRONISTA (A)
RADIOLOGO (A)
RADIOTECNICO che esegue installazioni (C)
RADIOTECNICO solo in laboratorio (B)
RAGIONIERE (A)
RAGIONIERE COMMERCIALISTA (A)
RAMMENDATRICE (B)
RAPPRESENTANTE con consegna merce (B)
RAPPRESENTANTE senza consegna merce (A)
REDATTORE (A)
REGISTA CINEMATOGRAFICO E TEATRALE (B)
REGISTA RADIOTELEVISIVO (A)
REPORTER (RD)
RESTAURATORE con uso di impalcature e ponti (C)
RESTAURATORE solo in laboratorio (B)
REVISORE DEI CONTI (A)
RIDER (C)
RIGATTIERE (C)
RILEGATORE di libri e riviste (B)
RIPARATORE di radio, TV, elettrodomestici - solo in laboratorio (B)
RIPARATORE di radio, TV, elettrodomestici che esegue installazioni o montaggi (D)
RISCHIO CATEGORIA A (A)
RISCHIO CATEGORIA B (B)
RISCHIO CATEGORIA C (C)
RISCHIO CATEGORIA D (D)
RISTORATORE (B)
SACERDOTE (A)
SAGRESTANO (B)
SALDATORE (D)
SARTO (B)
SCALPELLINO (D)
SCENEGGIATORE (A)
SCENOGRAFO (B)
SCRITTORE (A)
SCULTORE anche su impalcature e ponti (C)
SCULTORE con a lavoro manuale di fusione di monumenti e statue in fonderie di metalli (D)
SCULTORE: artista che lavora solo in studio (B)
SEGRETARIO COMUNALE (A)
SELLAIO (C)
SFASCIACARROZZE addetto alla distruzione dei veicoli e recupero pezzi (D)
SINDACALISTA (A)
SISTEMISTA (A)
SKIPPER (RD)
SOFFIATORE DI VETRI (B)
SOMMELIER (A)
SOMMOZZATORE\PALOMBARO (RD)



SPAZZACAMINO (C)
SPEAKER RADIOFONICO (A)
SPELEOLOGO (RD)
STALLIERE (D)
STEWARD a bordo di aeromobili (linee regolari) (RD)
STEWARD solo a terra (A)
STILISTA (B)
STIRATRICE (B)
STUCCATORE con accesso a impalcature e ponti (D)
STUCCATORE solo all'interno di fabbricati (C)
STUDENTE (A)
SUORA (A)
TAGLIALEGNA (D)
TAPEZZIERE - addobbatore anche con accesso ad impalcature e ponti (D)
TAPEZZIERE solo in laboratorio (C)
TASSISTA (B)
TATUATORE (A)
TECNICO CINEMATOGRAFICO, TEATRALE, RADIOTELEVISIVO con accesso a palchi (C)
TECNICO DEL SUONO (A)
TECNICO DI LABORATORIO (B)
TELECRONISTA (A)
TERMOIDRAULICO (C)
TESSITORE (C)
TINTORE (C)
TIPOGRAFO (C)
TOPOGRAFO (C)
TORNITORE (D)
TOSATORE (C)
UFFICIALE giudiziario in ufficio ed esecutivi (A)
UFFICIALE militare (RD)
USCIERE (A)
VASAI (B)
VENDITORE AMBULANTE con guida di veicoli fino a 35 q.li p.p.c. (B)
VENDITORE AMBULANTE con guida di veicoli oltre 35 q.li p.p.c. (C)
VERNICIATORE (C)
VETERINARIO (C)
VETRAIO con posa in opera (D)
VETRAIO senza posa in opera (C)
VETRINISTA (B)
VIGILANTES armato (RD)
VIGILANTES non armato (C)
VIGILE DEL FUOCO (RD)
VIGILE URBANO con uso motociclette (B)
VIGILE URBANO senza uso motociclette (A)
VIVAISTA (C)
WEDDING PLANNER (B)
ZINCOGRAFO (C)
ZOOLOGO (C)
ZOOTECNICO (C)

ALLEGATO 3 – GRUPPI DI VEICOLI

- Gruppo 1** Conducente di: autovetture ad uso privato e da noleggio, autoveicoli fino a 35 quintali di peso a pieno carico, autoveicoli per trasporto promiscuo di persone e cose di peso complessivo a pieno carico non superiore a 35 quintali di peso, autocase, motoveicoli, motocicli, ciclomotori e biciclette.
- Gruppo 2** Conducente di: veicoli di cui al gruppo 1 con l'estensione ad autocarri con o senza rimorchio di oltre 35 quintali di peso a pieno carico, autobus e ambulanze.
- Gruppo 3** Conducente di: veicoli di cui ai gruppi 1 e 2 con l'estensione a trattori agricoli e macchine operatrici semoventi, autoarticolati e motoslitte.

INFORMATIVA FIRMA ELETTRONICA AVANZATA FEA

Al fine di poterLe offrire il Servizio di Firma Elettronica Avanzata (F.E.A.), VHV deve raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Si tratta dei dati necessari per la Sua identificazione e per l'attivazione del Servizio (come, ad esempio, nome, cognome, indirizzo, documento di riconoscimento, recapiti telefonici, indirizzo di posta elettronica), nonché dei dati ottenuti al momento della firma ossia i dati di identificazione del telefono e dell'indirizzo IP del dispositivo utilizzato, relativi alla firma da Lei apposta al momento dell'utilizzo del Servizio e della successiva sottoscrizione di documenti informatici (es.: polizze assicurative), che, pur non essendo di particolare sensibilità, sono comunque trattati con cautela ai sensi del Regolamento UE relativo alla protezione dei dati personali.

L'utilizzo del Servizio di F.E.A. è facoltativo. La mancata indicazione dei dati personali richiesti non renderà possibile usufruire del medesimo Servizio.

Lei potrà revocare il suo Consenso all'utilizzo della FEA in qualsiasi momento inviando apposita comunicazione ai seguenti indirizzi:

- VHV Italia Assicurazioni S.p.A., Servizio Privacy, con sede in via Ippolito Caffi, 83 - 32100, Belluno;
- e-mail: privacy@vhv.it;
- oppure rivolgendosi al DPO al seguente indirizzo e-mail: dpo@vhv.it.

I Suoi dati personali saranno trattati da VHV in qualità di Titolare, prevalentemente con procedure informatizzate e modalità idonee ad assicurare la corretta gestione del Servizio richiesto e dei connessi adempimenti normativi, amministrativi e contabili. I Suoi dati saranno conservati per i tempi previsti dalla normativa vigente di riferimento e protetti con adeguate misure di sicurezza, nel rispetto dei requisiti previsti in materia di riservatezza dei dati e segretezza delle comunicazioni.

Il trattamento dei dati connesso all'erogazione del Servizio è effettuato per il tramite dei nostri agenti designati quali responsabili per le operazioni di identificazione del Cliente, di attivazione del Servizio e di gestione dei documenti da sottoscrivere, nonché da nostri dipendenti e collaboratori appositamente incaricati alle operazioni necessarie alla fornitura del Servizio. I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione e potranno essere comunicati solo a società del nostro Gruppo e ad altre società di nostra fiducia che, in qualità di titolari o responsabili, ci supportano nella fornitura del predetto servizio.

Per ogni altra informazione e indicazione delle modalità per esercitare i suoi diritti si fa riferimento all'informativa privacy di seguito riportata consultabile anche sul sito www.vhv.it.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 sul trattamento dei dati personali)

Il Regolamento sulla “protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati” (di seguito il “Regolamento o GDPR”) contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. Questo documento recepisce le disposizioni del Regolamento e fornisce informazioni dettagliate su come VHV Italia Assicurazioni S.p.A. tratta i dati personali.

1. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento è VHV Italia Assicurazioni S.p.A., con sede in via Ippolito Caffi, 83 - 32100, Belluno (in seguito “VHV” o il “Titolare”). VHV tratta i Suoi dati personali per le finalità descritte nella presente informativa. Lei potrà rivolgersi al Titolare per qualsiasi questione relativa al trattamento dei Suoi dati personali scrivendo presso la sede della Società o all’indirizzo e-mail privacy@vhv.it.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RDP o DPO)

VHV sulla base delle disposizioni regolamentari ha provveduto a nominare un responsabile per la protezione dei dati c.d. RDP o DPO. Per tutte le questioni relative al trattamento dei può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail dpo@vhv.it.

3. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITA' ASSICURATIVE

Al fine dell’espletamento in Suo favore delle attività di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, nonché di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all’esercizio dell’attività assicurativa e riassicurativa, VHV deve poter disporre dei dati personali che La riguardano, raccolti presso di Lei o presso altri soggetti terzi¹, e deve trattarli nel quadro delle finalità assicurative, secondo le molteplici e ordinarie attività e modalità operative dell’assicurazione.

In particolare, le Società potrebbero venire a conoscenza dei Suoi Dati Personali nell’ambito della gestione del contratto di assicurazione in qualità:

- di Aderente;
- di Assicurato;
- di Beneficiario o di Referente terzo;
- di Rappresentante Legale dell’impresa Contraente o assicurata al fine di consentire i necessari controlli.

I Dati Personali sono acquisiti direttamente da Lei, in qualità di interessato, o raccolti presso soggetti terzi (in quest’ultimo caso, previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), e sono trattati dalle Società nell’ambito delle finalità di seguito dettagliate.

Categorie di Dati Personali

Fra i Dati Personali che le Società trattano rientrano, a titolo esemplificativo, i dati anagrafici, i dati derivanti dai servizi web e i dati derivanti dalle disposizioni di pagamento dei soggetti interessati dal contratto assicurativo (ad esempio contraente, assicurato, beneficiario, familiari del contraente o dell’assicurato richiedente il preventivo, danneggiati, terzi pagatori e/o eventuali loro legali rappresentanti). Tra i dati trattati potrebbero esservi anche i dati definiti particolari come definiti di seguito.

Per qualsiasi altra informazione relativamente al trattamento dei dati svolto da VHV, può fare riferimento al sito internet www.vhv.it della Società.

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che La riguardano, sono trattati da VHV nell’ambito della sua attività per le seguenti finalità:

- **Obblighi contrattuali e misure precontrattuali.** I dati personali da Lei forniti verranno utilizzati per poter svolgere le attività precontrattuali e contrattuali previste dalla normativa. Il conferimento dei Suoi Dati Personali, necessari per prestare i servizi richiesti ed eseguire i contratti (ivi compresi gli atti in fase precontrattuale), non è obbligatorio, ma il rifiuto a fornire tali Dati Personali comporta l’impossibilità per le Società di adempiere a quanto richiesto. **Per tale finalità non è richiesto il Suo consenso**

- **Obblighi Normativi/Legali.** Il trattamento è obbligatorio, ad esempio, quando è prescritto dalla normativa RCAuto, fiscale, anticorruzione, antiterrorismo, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi o per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di Vigilanza, la regolamentazione IVASS e Normativa Europea in materia di distribuzione assicurativa. **Il trattamento dei Suoi Dati Personali per adempiere a prescrizioni normative è obbligatorio e non è richiesto il Suo consenso**
- **Marketing:** I dati personali da Lei forniti saranno trattati per finalità di marketing, previo Suo specifico consenso. In particolare, i dati potranno essere utilizzati per: a) Inviare comunicazioni commerciali e promozionali, offerte, newsletter, inviti a eventi o iniziative, attraverso strumenti automatizzati
- (e-mail, SMS, messaggi tramite applicazioni di messaggistica istantanea) e tradizionali (posta cartacea, chiamate telefoniche con operatore); Effettuare analisi statistiche e ricerche di mercato al fine di migliorare la nostra offerta di prodotti e servizi. **Il conferimento dei dati per tali finalità è facoltativo e l'eventuale mancato consenso non avrà alcun impatto sul contratto assicurativo. Potrà revocare il consenso in qualsiasi momento, contattando VHV ai recapiti riportati nella presente informativa.**
- **Comunicazioni precontrattuali e contrattuali tramite posta elettronica (e-mail):** I dati personali verranno utilizzati per l'invio delle comunicazioni e della documentazione contrattuale e precontrattuale tramite l'indirizzo di posta elettronica che ci avrà comunicato in sede di sottoscrizione del contratto. **Per tale attività è richiesto il Suo consenso che potrà modificare in qualsiasi momento ai recapiti di VHV indicati nella presente informativa.**
- **Legittimo interesse del Titolare.** Il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario per perseguire un legittimo interesse delle Società, ossia:
 - per svolgere l'attività di prevenzione delle frodi assicurative;
 - per la gestione del rischio assicurativo a seguito della stipula di un contratto di assicurazione (a mero titolo esemplificativo la gestione dei rapporti con i coassicuratori e/o riassicuratori);
 - per perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi. In quest'ultimo caso le Società potranno trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali. **Per tale finalità non è richiesto il Suo consenso.**

4. TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI

VHV, per adempiere agli obblighi previsti dal contratto assicurativo e dalla normativa applicabile, potrà trattare categorie particolari di dati personali ai sensi dell'art. 9 del Regolamento (UE) 2016/679, con particolare riferimento ai dati relativi allo stato di salute dell'Interessato.

Restano espressamente esclusi dal trattamento i dati relativi a patologie oncologiche pregresse nei casi e nei limiti previsti dalla normativa vigente in materia di diritto all'oblio oncologico.

Qualora tali dati siano stati acquisiti in precedenza, l'Impresa, a seguito della ricezione di idonea certificazione attestante il ricorrere delle condizioni previste dalla normativa applicabile, procederà alla loro cancellazione o anonimizzazione, ove compatibile con gli obblighi di legge, entro 30 (trenta) giorni dalla ricezione della richiesta completa.

Le categorie di dati personali trattate potranno essere acquisite sia in fase di sottoscrizione del contratto assicurativo sia in fase di gestione ed eventuale liquidazione dei sinistri.

Il trattamento di tali dati avverrà previo rilascio di specifico consenso esplicito, ove richiesto dalla normativa applicabile. In mancanza di tale consenso, VHV non potrà dare corso alla conclusione del contratto assicurativo né all'erogazione delle prestazioni richieste.

5. CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che le Società comunichino i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

1. **Società controllate e collegate a VHV** residenti tutte nella comunità europea;



2. **Soggetti operanti nel settore assicurativo:** (società, liberi professionisti, etc.), ad esempio: - soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari di assicurazione e di riassicurazione, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici (ad esempio il servizio per la gestione del sistema informativo delle Società ivi compresa la posta elettronica); - società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni della clientela), società di revisione, di certificazione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; - società di servizi per il controllo delle frodi; - società di servizi per l'acquisizione, la registrazione e il trattamento dei dati provenienti da documenti e supporti forniti ed originati dagli stessi clienti; - società o studi professionali, legali, medici e periti fiduciari della Società, che svolgono per conto di quest'ultime attività di consulenza e assistenza; - soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione relativa ai rapporti intrattenuti con la clientela e soggetti che svolgono attività di assistenza alla clientela (help desk, call center, etc.); - organismi consortili propri del settore assicurativo che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate; - gestione della comunicazione alla clientela, nonché archiviazione di dati e documenti sia in forma cartacea che elettronica; - rilevazione della qualità dei servizi; - altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.
3. **Autorità:** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc.) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); INAIL Casellario Centrale Infortuni; Agenzia delle Entrate; INPS; Magistratura; Forze dell'Ordine.

Le Società controllate e collegate a VHV ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali:

- Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali;
- Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare

L'elenco aggiornato dei soggetti individuati come Titolari e Responsabili è disponibile presso la sede della Società.

I Suoi dati inoltre verranno trattati dai dipendenti di VHV che a tal fine sono stati nominati quali autorizzati al trattamento. VHV verifica periodicamente gli strumenti mediante i quali i Suoi dati vengono trattati e le misure di sicurezza per essi previste di cui prevedono l'aggiornamento costante. VHV garantisce che non siano raccolti, trattati, archiviati o conservati dati personali di cui non sia necessario il trattamento e verifica che i dati siano conservati con la garanzia di integrità e di autenticità e che il loro uso sia limitato esclusivamente alle finalità qui descritte.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI

I dati personali sono conservati in archivi cartacei e su server ubicati in Italia, all'interno dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di trasferire anche i Suoi dati al di fuori dell'Unione Europea. In tal caso, VHV assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

7. MODALITA' DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui Lei è parte; ovvero per 24 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo.

I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

In relazione ai trattamenti descritti nella presente Informativa, in qualità di Interessato, Lei potrà esercitare i diritti sanciti dagli articoli dal GDPR e, in particolare:

- **diritto di accesso** – diritto di ottenere conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che La riguardano e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Suoi dati personali – compresa una copia degli stessi.
- **diritto di rettifica** – diritto di ottenere, senza ingiustificato ritardo, la rettifica dei dati personali inesatti che La riguardano e/o l'integrazione dei dati personali incompleti.
- **diritto alla cancellazione** (diritto all'oblio) – diritto di ottenere, senza ingiustificato ritardo, la cancellazione dei dati personali che La riguardano.
- **diritto di limitazione di trattamento** – diritto di ottenere la limitazione del trattamento, quando ricorrano i presupposti di Legge.
- **diritto alla portabilità dei dati** – diritto di ricevere, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico, i dati personali che La riguardano forniti al Titolare e il diritto di trasmetterli a un altro Titolare senza impedimenti, qualora il trattamento si basi sul consenso e sia effettuato con mezzi automatizzati. Inoltre, il diritto di ottenere che i Suoi dati personali siano trasmessi direttamente da VHV Italia ad altro Titolare qualora ciò sia tecnicamente fattibile.
- **diritto di opposizione** – diritto di opporsi, in qualsiasi momento, al trattamento dei dati personali che La riguardano basati sulla condizione di legittimità del legittimo interesse, compresa la profilazione, salvo che sussistano motivi legittimi per il Titolare di continuare il trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'Interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.
- **diritto di proporre reclamo** all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.
- **diritto di revocare il consenso** prestato in ogni occasione e con la stessa facilità con cui è stato fornito.

Lei potrà in qualsiasi momento esercitare i Suoi diritti inviando una comunicazione ai seguenti contatti:

- VHV Italia Assicurazioni S.p.A., Servizio Privacy, con sede in via Ippolito Caffi, 83 - 32100, Belluno;
- e-mail: privacy@vhv.it;
- oppure rivolgendosi al DPO al seguente indirizzo e-mail: dpo@vhv.it.

VHV Italia Assicurazioni S.p.A.

Sede legale: Via Ippolito Caffi 83 - 32100 (BL) - Tel. +39 0437 938611 - vhv@pec.it - www.vhv.it
Direzione e coordinamento di VHV International SE

Capitale soc. euro 7.000.000 i.v. - C.F. / P.IVA / Registro Imprese di Belluno n.: 00075940254 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni danni con D.M. n. 4617 del 10.10.1962 (G.U. n. 51 del 22.02.1963). Iscritta all'albo delle imprese di assicurazione al n. 1.00030

VHV 
ASSICURAZIONI