

OGNI GIORNO | CLICK

INFORTUNI DELLA PERSONA

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. OGNI GIORNO CLICK 2 - ED. 29/11/2017
sono parte integrante del Fascicolo Informativo
unitamente alla Nota Informativa
MOD. OGNI GIORNO CLICK INFP 5**



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Oggetto del contratto

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie meglio descritte successivamente:

INFORTUNI

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- diaria da ricovero per infortunio;
- rimborso spese di cura per infortunio;
- diaria da immobilizzazione (garanzia opzionale operante solo se richiamata in polizza).

MALATTIA

- invalidità permanente limitata ad alcune malattie gravi (garanzia opzionale operante solo se richiamata in polizza).

ASSISTENZA

L'assicurazione è prestata esclusivamente per le garanzie, e relative garanzie opzionali, in relazione alle quali risultino indicati nella scheda di polizza MOD. CFAM INF 1 - ED. 01/03/2012 le somme assicurate e/o i massimali e i relativi premi o risulti, nella suddetta scheda, l'indicazione della loro operatività.

Per quanto riguarda la garanzia infortuni, la medesima è prestata durante lo svolgimento, come indicato nel contratto nell'allegata scheda MOD. CFAM INF 1 - ED. 01/03/2012, di una o più delle attività professionali indicate nel contratto e di ogni altra attività di carattere extra-professionale.

Art. 2 - Criteri generali di indennizzabilità

L'indennizzo corrisposto in caso di infortunio è determinato sulla base degli esiti diretti, esclusivi e obiettivamente constatabili che siano conseguenza dell'infortunio e indipendenti da condizioni patologiche preesistenti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia lesioni o menomazioni fisiche preesistenti al momento del verificarsi del sinistro, l'assicurazione copre solo le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio.

Si farà comunque riferimento all'Art. 58 - per gli Assicurati diversamente abili.

Art. 3 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi:

- a. asfissia di origine non morbosa;
- b. avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c. annegamento;
- d. assideramento o congelamento;
- e. colpi di sole o di calore;
- f. le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili o a punture di insetti o aracnidi, **esclusa la malaria**;
- g. infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato (in deroga all'Art. 1900 del codice civile);
- h. infortuni causati da tumulti popolari **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva** (in deroga all'Art. 1912 del codice civile);
- i. infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, **non provocati da abuso di alcolici, di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene**;
- j. lesioni da sforzo, **con esclusione degli infarti e delle ernie.**

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo limitatamente ai casi di invalidità permanente e inabilità temporanea per infortunio se prevista dal contratto. **Se l'ernia addominale risulta operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni; se l'ernia non risulta operabile, viene corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.**

Rotture sottocutanee

L'assicurazione infortuni comprende inoltre gli esiti di rottura sottocutanea, di seguito indicati:

- tendine di Achille;

- tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale);
- tendine dell'estensore del pollice;
- tendine del quadricipite femorale;
- cuffia dei rotatori.

Per le lesioni di cui sopra, la Società corrisponde forfettariamente, qualora in polizza sia compresa la garanzia invalidità permanente per infortunio Art. 33 -, una indennità pari al 5% della somma assicurata senza applicazione della franchigia prevista in polizza e per un importo massimo di 30.000,00 €.

Si precisa che:

- per tali lesioni non verranno corrisposti altri indennizzi per le altre garanzie eventualmente previste in polizza, con esclusione della garanzia assistenza;
- nel corso del contratto, considerando anche eventuali contratti sostituiti, non potrà essere indennizzato, per ogni arto, più di un sinistro relativo a ciascuna delle lesioni sopra indicate.

Art. 4 - Rischi sportivi in garanzia senza alcuna limitazione

La garanzia vale per gli sport **non professionistici** di seguito indicati:

- Sport non agonistici*: pratica di attività sportive a carattere ricreativo che **non** prevedano un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva. Rientrano in questa classificazione anche gli sport che comportino la partecipazione a gare competitive aziendali e interaziendali compresi i relativi allenamenti e gli sport che pur prevedendo un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva non presentino carattere agonistico;
- Sport agonistici a basso rischio*: partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti, anche con preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva dei seguenti sport: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, tiro, windsurf e vela;
- Alpinismo su roccia e accesso ai ghiacciai fino al 5° grado* della scala U.I.A.A. (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing.

Art. 5 - Rischi sportivi in garanzia con limitazioni

Per gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport:

- Sport agonistici in genere*: la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque altro sport, diverso da quelli definiti a "basso rischio" nel precedente punto b), che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive o enti di promozione sportiva;
- Alpinismo su roccia e accesso ai ghiacciai oltre il 5° grado della scala U.I.A.A.* (Unione Internazionale delle Associazioni Alpinistiche), purché non avvenga in solitaria e con esclusione comunque del free climbing;
- Speleologia*, non a carattere professionale, purché effettuata in gruppo e con impiego di adeguata attrezzatura;
- Immersioni subacquee con uso di autorespiratore*: sono comprese le conseguenze derivanti dalla pressione dell'acqua e di embolie gassose, a condizione che non siano dovute allo svolgimento di attività professionale. La copertura opera a condizione che l'Assicurato sia in possesso del brevetto di attività subacquea rilasciato da associazione legalmente autorizzata oppure nell'ambito dello svolgimento di corsi di abilitazione con presenza di istruttore.

Saranno operative le limitazioni di garanzia di seguito indicate:

- l'indennizzo previsto dalle garanzie di polizza viene ridotto della metà, e in ogni caso la somma assicurata per le garanzie morte e invalidità permanente per infortunio, non potrà superare per ciascuna garanzia l'importo di 350.000,00 €, se la somma assicurata scelta dovesse eccedere tale importo;
- sulla garanzia opzionale di immobilizzazione Art.56 - l'indennizzo verrà corrisposto sottraendo 5 giorni di franchigia dai giorni di indennizzo previsti;
- per le seguenti prestazioni la garanzia rimborso spese di cura è operante fino alla concorrenza del 30% della somma assicurata:
 - laserterapia;
 - magnetoterapia;
 - T.A.C.;
 - risonanza magnetica;
 - artroscopia;
 - tecarterapia.
- sull'invalidità permanente verrà applicata una franchigia del 5% assoluta sui primi 300.000,00 € di somma assicurata. Pertanto, la tabella dell'indennizzo prevista dall'Art. 39 -viene sostituita dalla Tabella n° 4 pag. 24;

- non sarà operativa la garanzia speciale "Pronta liquidazione"(Art. 43 -);

Art. 6 - Rischi sportivi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- qualsiasi sport professionistico;
- pratica di sport pericolosi, come: arti marziali, rugby, sport con autoveicoli o motoveicoli o natanti a motore o motonautici a meno che non si tratti di competizioni di regolarità pura, sport aerei compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili), pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, scalata di roccia o di ghiaccio in solitaria, sci d'alpinismo, intendendosi come tale anche lo sci fuoripista e lo snowboard fuori pista (sono compresi invece in copertura se effettuati ai margini delle piste da sci battute), guidoslitta, arrampicata libera (free climbing), salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, football americano, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting (salvo i casi in cui il rafting venga praticato insieme ad un istruttore), dalla prativa dei cosiddetti sport "estremi" (come ad esempio: canyoning, bungee jumping, spedizioni esplorative in genere, regate oceaniche, hydrospeed), body bulding/culturismo, intendendosi per tali la ginnastica che unita a coadiuvanti alimentari e farmacologici, potenzia le masse muscolari per conferire al fisico un aspetto vigoroso; non rientra pertanto in tale definizione l'uso di attrezzi in palestra per finalità atletiche e fisiche. L'indicazione dei suddetti sport deve intendersi a titolo esemplificativo e non limitativo, essendo esclusi anche altri sport non elencati che dovessero rivestire carattere di alta pericolosità.

Sono inoltre esclusi l'alpinismo, la speleologia e le immersioni subacquee svolte con modalità diverse da quelle indicate alle lettere c) e) f) g) dei precedenti Art. 4 - Rischi sportivi in garanzia senza alcuna limitazione e Art. 5 -Rischi sportivi in garanzia con limitazioni

Art. 7 - Rischio volo

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca, in qualità di passeggero, durante i voli di linea regolari e i charter entrambi eserciti da Società di Traffico Aereo Regolare (il cui elenco è rilevabile dalla pubblicazione "Flight Guide Worldwide" - OAG), a condizione che non siano eserciti da Società e/o aziende di lavoro aereo in occasioni di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o da aeroclubs. L'assicurazione è operante dal momento in cui l'Assicurato è salito a bordo in un aeromobile fino al momento in cui ne è disceso. Sono inoltre considerati infortuni anche quelli occorsi in conseguenza di imprudenza o negligenza grave dell'Assicurato in qualità di passeggero.

Art. 8 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 9 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni in connessione ad atti di guerra, guerra civile, di insurrezione, di occupazione militare, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.

Art. 10 - Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- guida di veicoli o natanti se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore. Tuttavia è compreso l'infortunio subito dall'Assicurato con patente di guida scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- guida di natanti a motore per uso professionale. L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- manovre militari, esercitazioni militari, arruolamento volontario, richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Per quanto riguarda le malattie, l'assicurazione non comprende:

- ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- ricoveri conseguenti a interruzioni volontarie di gravidanza;

- h. **day hospital con finalità diagnostiche;**
- i. **le invalidità permanenti per malattia conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici o stati patologici diagnosticati o sottoposti ad accertamenti o curati o insorti anteriormente alla data di effetto del contratto, nonché manifestati oltre un anno dalla cessazione;**
- j. **le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;**
- k. **le prestazioni e terapie aventi finalità estetica salvo i casi di interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio;**
- l. **i ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie in genere.**

Per quanto riguarda le garanzie infortuni e malattie, l'assicurazione non comprende:

- m. **gli infortuni causati da guida in stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o di sostanze allucinogene;**
- n. **l'intossicazione cronica alcolica, la tossicodipendenza, le sindromi psico-organiche, la schizofrenia, le forme maniaco depressive o gli stati paranoidi, epilessia e sintomi epilettoidi, immunodeficienza acquisita (H.I.V.). Resta comunque valido quanto previsto dall'ultimo comma dell'Art. 15 -- Risoluzione del contratto per quanto riguarda il contagio da H.I.V.;**
- o. **i trattamenti dell'infertilità e della fecondazione artificiale;**
- p. **gli infortuni derivanti da trasmutazione del nucleo dell'atomo provocate dalla accelerazione artificiale delle particelle atomiche;**
- q. **le conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;**
- r. **le contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.**

Art. 11 - Pagamento del premio

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite. Il premio deve essere pagato all'agenzia cui è assegnata la polizza oppure direttamente alla Società in conformità alle disposizioni di legge in vigore al momento del pagamento. Se il Contraente non paga il premio o la prima rata stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.** Se il Contraente non paga i premi successivi, **l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento,** ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del codice civile.

Art. 12 - Decorrenza della garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo. In particolare la garanzia ha effetto:

- per gli infortuni, dalle ore 24 del giorno del pagamento effettivo;
- per le malattie:
 - **dal 30° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte dopo la sottoscrizione del contratto;**
 - **dal 180° giorno successivo a quello del pagamento effettivo per le malattie insorte, e non note, prima della sottoscrizione del contratto. Sono comunque escluse le conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, noti, che abbiano, quindi, dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto. Per la garanzia invalidità permanente per malattia sono sempre escluse le conseguenze relative a infortuni, malattie, malformazioni o stati patologici insorti anteriormente all'effetto del contratto, anche se non noti.**

Per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio, la garanzia è operante dal 30° giorno dal pagamento effettivo solo se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione.

Se il contratto viene emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza con gli stessi Assicurati, i termini sopraindicati decorrono:

- dalla data di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e ai maggiori massimali da essa previsti.

La norma vale anche per le variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 13 - Cambiamento dell'attività professionale

L'Assicurato deve comunicare alla Società ogni cambiamento della sua attività professionale.

In caso di mancata comunicazione, se si verifica un infortunio durante lo svolgimento di una diversa attività l'indennizzo verrà corrisposto:

- integralmente, se la diversa attività non aggrava il rischio;

- in misura ridotta come stabilito nella tabella delle percentuali sotto riportata, se la diversa attività aggrava il rischio.

CALCOLO PERCENTUALI DI INDENNIZZO

Livello di classificazione dell'attività svolta al momento del sinistro	Livello di classificazione dell'attività dichiarata				
	1	2	3	4	5
1	100%	100%	100%	100%	100%
2	87%	100%	100%	100%	100%
3	60%	69%	100%	100%	100%
4	55%	63%	92%	100%	100%
5	38%	44%	63%	69%	100%

Per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si fa riferimento alla "Classificazione delle attività professionali" (ove sono indicati anche i corrispondenti codici di attività).

La Tabella con indicazione della Classificazione delle attività professionali è pubblicata sul sito della Società www.cattolica.it oppure può essere richiesta e/o consultata presso l'Agenzia in cui è stata sottoscritta la polizza.

Per la classificazione di attività eventualmente non specificate nell'elenco vengono utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a una attività elencata. Le disposizioni contenute in questo articolo non vengono applicate per le garanzie invalidità permanente per malattia e assistenza.

Art. 14 - Durata e proroga del contratto

Il contratto ha la durata indicata sulla scheda di polizza.

Se il contraente lo richiede e viene pertanto indicato "SI" alla voce tacito rinnovo nella scheda di polizza, in mancanza di disdetta esercitata dalle parti mediante raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente prorogato per un anno.

Se il contratto è stato stipulato per una durata poliennale ed è stato pertanto applicato lo sconto come previsto dall'Art. 1899 del codice civile, il contraente ha la facoltà di recedere dal contratto mediante lettera raccomandata A.R. inviata almeno 60 giorni prima della:

- scadenza naturale del contratto, se di durata inferiore o uguale a cinque anni (più eventuale rateo);
- scadenza annuale, se di durata superiore a cinque anni (più eventuale rateo), e purché siano state pagate almeno cinque annualità di premio, con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale il recesso è stato esercitato.

Art. 15 - Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate:

intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sindromi organiche-cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi, immunodeficienza acquisita (HIV), determina la immediata ed automatica risoluzione dell'intero contratto. In questo caso la Società restituisce al Contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto. L'eventuale ed erroneo incasso dei premi successivi non costituisce manifestazione di volontà della Società di continuare il contratto e i relativi premi verranno rimborsati.

Art. 16 - Limite di età

Gli Assicurati possono avere fino a 75 anni di età.

Qualora sia stata sottoscritta la garanzia limitazione invalidità permanente per malattie gravi (T), il limite di età è ridotto a 50 anni.

Nel caso in cui l'Assicurato compia l'età massima assicurabile nel corso del contratto, il contratto conserverà efficacia fino alla sua scadenza annuale.

Tali disposizioni non si applicano se la polizza non si rinnova tacitamente (nella scheda di polizza è riportato "NO" alla voce tacito rinnovo).

Art. 17 - Recesso in caso di sinistro

Qualora il Contraente sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, le parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso deve essere comunicato all'altra parte con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione.

In ogni caso di recesso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al restante periodo di garanzia in corso e non goduto.

Qualora il Contraente non sia consumatore ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n° 206 del 6 settembre 2005 (Codice del consumo), dopo ogni denuncia di sinistro, la Società ha la facoltà di recedere dal contratto entro 60 giorni dal momento del pagamento o del rifiuto dell'indennizzo.

Il recesso è comunicato al Contraente con lettera raccomandata a.r. e ha effetto dal 30° giorno successivo alla data di ricevimento della comunicazione. La Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 18 - Oneri fiscali

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

Art. 19 - Foro competente

Foro competente è quello del luogo in cui il Contraente ha la sede, oppure la residenza o il domicilio elettivo.

Art. 20 - Mancato rinnovo a scadenza

Il contratto s'intende estinto alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta, se nella polizza alla voce "Tacito Rinnovo" viene riportato il testo "No".

Art. 21 - Modifiche delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo

La Società si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.cattolica.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai Contraenti e/o Assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione".

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 22 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Entro tre giorni dalla data del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o se impossibilitato a farlo, i suoi familiari o i suoi eredi, devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società stessa.

Per la garanzia di invalidità permanente per malattia, la denuncia della malattia deve avvenire entro tre giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia stessa per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto, sempreché la malattia sia insorta durante la validità della garanzia.

Art. 23 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato, con una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato si impegna a collaborare per consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire tutte le informazioni che si ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di polizza. L'Assicurato, o in caso di morte i suoi familiari o i suoi eredi devono consentire alla Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Art. 24 - Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro trenta giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 25 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sull'operabilità dell'ernia o sull'entità dei postumi permanenti conseguenti a infortunio, oppure in caso di malattia insorgano divergenze sulla natura medica, sul grado di inabilità permanente o sui miglioramenti ottenibili con adeguati trattamenti terapeutici, la loro determinazione può essere demandata a un collegio di tre medici.

L'incarico deve essere dato per iscritto, indicando i temi controversi e mettendo a disposizione dei medici la documentazione eventualmente acquisita dalle parti e presentata prima dell'inizio dell'arbitrato.

Ogni parte designa un proprio consulente mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e deve essere scelto tra i consulenti medici legali.

Se non vi è accordo sull'individuazione del terzo medico, questo deve essere scelto dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove si riunisce il collegio o di chi ne fa le veci. Tale luogo coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.

Il collegio medico può, se ne ravvisa l'opportunità, rinviare l'accertamento definitivo a un momento successivo da designarsi dal collegio stesso.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Le parti si impegnano ad accettare la soluzione proposta dal collegio medico: questa decisione deve essere accettata anche dalla parte dissenziente, anche quando questa non l'abbia sottoscritta.

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

L'Assicurato, peraltro, anche per la risoluzione delle controversie indicate nel presente articolo può rivolgersi all'autorità giudiziaria.

Art. 26 - Rinuncia al diritto di surrogazione

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa, al diritto di surrogazione previsto dall'articolo 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

Art. 27 - Anticipo degli indennizzi

Qualora sulla base della documentazione acquisita la percentuale di invalidità permanente per infortunio stimata dalla Società sia pari o superiore al 15% verrà riconosciuto, su richiesta scritta dell'Assicurato, un anticipo pari al 50% del presumibile indennizzo definitivo. Qualora, a guarigione avvenuta, l'indennizzo dovuto sulla base della Invalidità

permanente accertata in via definitiva dovesse risultare inferiore a quanto corrisposto a titolo di "Anticipo indennizzo", la Società ha diritto alla restituzione della differenza tra quanto corrisposto e quanto effettivamente dovuto.

Art. 28 - Rimborso spese cartella clinica

La Società, su richiesta scritta dell'Assicurato, rimborsa il costo amministrativo sostenuto per la produzione della cartella clinica eventualmente richiesta dalla Società per dar corso all'indennizzo delle garanzie di invalidità permanente per infortunio, invalidità permanente per malattia, di diaria da ricovero per infortunio.

La Società rimborserà i costi sostenuti fino ad un massimo di 50,00 € per sinistro.

GARANZIE

MORTE PER INFORTUNIO

Art. 29 - Morte

La Società corrisponde in caso di decesso dell'Assicurato per infortunio la somma assicurata ai beneficiari o in difetto di designazione agli eredi in parti uguali.

Art. 30 - Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, **la Società liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla presentazione e accettazione dell'istanza di morte presunta come previsto dagli Artt. 60 e 62 del codice civile.**

Se dopo il pagamento dell'indennizzo, risulta che l'Assicurato è vivo o che l'infortunio non è indennizzabile, la Società ha diritto alla restituzione dell'intera somma pagata.

Art. 31 - Cumulo dell'indennità

L'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio; tuttavia, se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza dell'infortunio, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

Art. 32 - Commorienza del coniuge

Se lo stesso infortunio causa il decesso dell'Assicurato e quello del coniuge o convivente more uxorio, il capitale verrà corrisposto con la maggiorazione del 100% e con il limite massimo di maggiorazione di 400.000,00 € nei seguenti casi:

- a favore di uno o più figli minori che risultino fiscalmente a carico dell'Assicurato e/o del coniuge (o del convivente more uxorio) deceduti;
- a favore di un figlio con handicap che abbia una invalidità di almeno il 60%.

Qualora la stessa maggiorazione sia prevista da un contratto infortuni della Società in cui risulti Assicurato anche il coniuge (o il convivente more uxorio), il cumulo tra le maggiorazioni previste dai contratti non potrà comunque superare l'importo di 400.000,00 €.

INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Art. 33 - Invalidità permanente per infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalidità permanente totale o parziale.

Art. 34 - Calcolo dell'indennizzo - Adozione tabella ANIA

La percentuale di invalidità permanente viene determinata con riferimento alla tabella di seguito riportata denominata Tabella ANIA.

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale da liquidare corrispondente alla percentuale di invalidità accertata. La percentuale da liquidare può essere superiore o inferiore all'invalidità accertata in base a quanto previsto nell'Art. 39 - seguente.

Art. 35 - Adozione Tabella n°1 (tabella ANIA) (H1)

TABELLA N° 1 - INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per infortunio

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	
un arto superiore	70%
una mano o un avambraccio	60%
un pollice	18%
un indice	14%
un medio	8%
un anulare	8%
un mignolo	12%
una falange del pollice	9%
una falange di altro dito della mano	1/3 del dito
un occhio	25%
ambidue gli occhi	100%
perdita anatomica di un rene	15%
perdita anatomica della milza senza compromissioni significative della crasi ematica	8%
sordità completa di un orecchio	10%
sordità completa di ambedue le orecchie	40%
perdita totale della voce	30%
stenosi nasale assoluta monolaterale	4%
stenosi nasale assoluta bilaterale	10%
esiti di frattura scomposta di una costa	1%
Esiti di una frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di:	
una vertebra cervicale	12%
una vertebra dorsale	5%
dodicesima dorsale	10%
una vertebra lombare	10%
esiti di frattura di un metamero sacrale	3%
esiti di frattura di un metamero coccigeo con callo deforme	5%
Anchilosi:	
della scapola omerale con arto in posizione favorevole, ma con immobilità della scapola	25%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%
dell'anca in posizione favorevole	35%
del ginocchio in estensione	25%
della tibio-tarsica ad angolo retto con anchilosi della sotto astralgica	15%
Paralisi completa:	
del nervo radiale	35%
del nervo ulnare	20%
dello sciatico popliteo esterno	15%
Amputazione o perdita funzionale di un arto inferiore:	
sopra la metà della coscia	70%

sotto la metà della coscia ma sopra il ginocchio	60%
sotto del ginocchio, ma sopra il terzo medio di gamba	50%
Amputazione o perdita funzionale di:	
un piede	40%
ambidue i piedi	100%
un alluce	5%
un altro dito del piede	1%
una falange dell'alluce	2,5%
ernie addominali da sforzo non operabile max	10%

Per gli esiti di rottura sottocutanea, del tendine di Achille, del tendine del bicipite brachiale (prossimale o distale), del tendine dell'estensore del pollice, del tendine del quadricipite femorale, della cuffia dei rotatori, vale quanto previsto dall'Art. 3 -- Rischi compresi.

Art. 36 - Criteri specifici di indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Art. 37 - Criteri particolari di indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza una invalidità permanente parziale non prevista, si fa riferimento ai seguenti criteri:

- se la lesione comporta una minorazione, anziché la perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, le percentuali vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
- se l'infortunio determina menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procede a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- nei casi di invalidità permanente non specificati nella tabella suddetta e ai criteri sopra elencati, l'indennizzo è stabilito tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive e uditive, il grado di invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 38 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

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

Art. 39 - Franchigia riassorbibile con supervalutazione e Franchigia assoluta del 5%

Le prestazioni per invalidità permanente per infortunio, determinate come indicato negli articoli precedenti, verranno liquidate secondo le seguenti modalità.

TABELLA LIQUIDAZIONE CON SUPERVALUTAZIONE E FRANCHIGIA DEL 5% ASSOLUTA

Invalidità accertata	Percentuale da liquidare			Invalidità accertata	Percentuale da liquidare		
	Sulla parte di somma assicurata				Sulla parte di somma assicurata		
	fino a € 300.000,00	eccedente € 300.000,00 e fino a € 600.000,00	eccedente € 600.000,00		fino a € 300.000,00	eccedente € 300.000,00 e fino a € 600.000,00	eccedente € 600.000,00
	Percentuale da liquidare				Percentuale da liquidare		
1%	0% (*)	0%	0%	51%	97%	46%	41%
2%	0% (*)	0%	0%	52%	100%	47%	42%
3%	0% (*)	0%	0%	53%	103%	48%	43%
4%	0% (*)	0%	0%	54%	106%	49%	44%
5%	0% (*)	0%	0%	55%	109%	50%	45%
6%	1%	1%	0%	56%	112%	51%	46%
7%	2%	2%	0%	57%	115%	52%	47%
8%	3%	3%	0%	58%	118%	53%	48%
9%	4%	4%	0%	59%	121%	54%	49%
10%	5%	5%	0%	60%	124%	55%	50%
11%	6%	6%	1%	61%	127%	56%	51%
12%	7%	7%	2%	62%	130%	57%	52%
13%	8%	8%	3%	63%	133%	58%	53%
14%	9%	9%	4%	64%	136%	59%	54%
15%	11%	10%	5%	65%	139%	60%	55%
16%	12%	11%	6%	66%	142%	66%	66%
17%	13%	12%	7%	67%	145%	67%	67%
18%	14%	13%	8%	68%	145%	68%	68%
19%	15%	14%	9%	69%	145%	69%	69%
20%	16%	15%	10%	70%	145%	70%	70%
21%	18%	16%	11%	71%	145%	71%	71%
22%	20%	17%	12%	72%	145%	72%	72%
23%	22%	18%	13%	73%	147%	73%	73%
24%	24%	19%	14%	74%	149%	74%	74%
25%	26%	20%	15%	75%	151%	75%	75%
26%	28%	21%	16%	76%	153%	76%	76%
27%	30%	22%	17%	77%	155%	77%	77%
28%	32%	23%	18%	78%	158%	78%	78%
29%	34%	24%	19%	79%	161%	79%	79%
30%	36%	25%	20%	80%	164%	80%	80%
31%	38%	26%	21%	81%	167%	81%	81%
32%	40%	27%	22%	82%	170%	82%	82%
33%	42%	28%	23%	83%	173%	83%	83%
34%	46%	29%	24%	84%	175%	84%	84%
35%	49%	30%	25%	85%	175%	85%	85%
36%	52%	31%	26%	86%	175%	86%	86%
37%	55%	32%	27%	87%	175%	87%	87%
38%	58%	33%	28%	88%	175%	88%	88%
39%	61%	34%	29%	89%	175%	89%	89%
40%	64%	35%	30%	90%	175%	90%	90%
41%	67%	36%	31%	91%	175%	91%	91%
42%	70%	37%	32%	92%	175%	92%	92%
43%	73%	38%	33%	93%	175%	93%	93%
44%	76%	39%	34%	94%	175%	94%	94%
45%	79%	40%	35%	95%	175%	95%	95%
46%	82%	41%	36%	96%	175%	96%	96%
47%	85%	42%	37%	97%	175%	97%	97%
48%	88%	43%	38%	98%	175%	98%	98%
49%	91%	44%	39%	99%	175%	99%	99%
50%	95%	45%	40%	100%	175%	100%	100%

In luogo della tabella sopra riportata verrà sempre applicata la Tabella n° 4 pag. 24, se al momento del sinistro l'Assicurato risulti in una classe di rischio 1 o 2 della "Classificazione delle attività professionali" e sia alla guida di un veicolo che richieda una patente di categoria superiore alla B o di una macchina agricola o operatrice. La "Classificazione delle attività professionali" è indicata in apposita Tabella redatta dalla Società e consultabile sul suo sito www.cattolica.it oppure presso l'Agenzia in cui la polizza è stata sottoscritta.

(*) Salvo quanto previsto dall'Art. 43 - Pronta liquidazione.

Art. 40 - Cumulo dell'indennità

Se dopo il pagamento dell'indennizzo per invalidità permanente e in conseguenza di questo, l'Assicurato muore, la Società corrisponde ai beneficiari la differenza tra l'indennizzo pagato e la somma assicurata per il caso di morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 41 - Decesso indipendente dall'infortunio

Se l'Assicurato muore per cause indipendenti dalle lesioni subite prima che l'indennizzo per invalidità permanente, già concordato o determinato, sia stato pagato, la Società corrisponde agli eredi l'importo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima dell'avvenuto decesso dell'Assicurato.

Art. 42 - Casalinghe Assicurate

Per le Casalinghe Assicurate saranno operative le condizioni di cui all'Art. 62 - Speciale Casalinga.

Art. 43 - Pagamento rapido dell'invalidità permanente. Garanzia speciale "Pronta Liquidazione"

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicurato potrà richiedere in luogo dell'accertamento del postumo indennizzabile secondo i normali criteri di liquidazione previsti dalla polizza (Art. 33 -, Art. 34 -, Art. 36 -, Art. 37 -, Art. 38 -Art. 39 -) un sistema rapido di indennizzo denominato pronta liquidazione.

La "pronta liquidazione", consiste nella determinazione dell'indennizzo, per i casi e nella misura indicata nella tabella di seguito riportata, senza attendere l'intervenuta stabilizzazione dei postumi e l'accertamento medico legale. Inoltre, non avrà alcun rilievo la franchigia di polizza se pattuita.

A deroga delle norme sulla DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO, tale diritto potrà essere fatto valere con richiesta scritta raccomandata o fax, purché esercitata entro 30 giorni dall'infortunio e corredata:

- dalla presentazione di un referto medico di pronto soccorso ospedaliero in originale ;
- dell'accertamento diagnostico strumentale in originale ed eseguito in struttura pubblica, corredato della documentazione in originale rilasciata dalla stessa struttura pubblica che certifichi la lesione subita.

Se viene scelto il sistema ordinario di liquidazione, l'Assicurato non potrà, per lo stesso sinistro, richiedere successivamente la pronta liquidazione.

TABELLA "PRONTA LIQUIDAZIONE"

LESIONE	Indennizzo per ogni € 1.000,00 di somma assicurata	ESEMPI DI INDENNIZZI PER ALCUNE SOMME ASSICURATE		
		Somma assicurata € 100.000,00	Somma assicurata € 200.000,00	Somma assicurata € 300.000,00
Importo in €				
CAPO				
Frattura delle ossa nasali senza stenosi	4,50	450,00	900,00	1.350,00
ARTO SUPERIORE				
Frattura				
Frattura diafisaria di: - omero - radio e ulna - biossea di avambraccio	18,00	1.800,00	3.600,00	5.400,00
Frattura a legno verde	4,50	450,00	900,00	1.350,00
MANO				
Perdita anatomica				
del medio	41,00	4.100,00	8.200,00	12.300,00
dell'anulare	40,00	4.000,00	8.000,00	12.000,00
del mignolo	75,00	7.500,00	15.000,00	22.500,00
falange ungueale dell'indice	17,00	1.700,00	3.400,00	5.100,00
falange ungueale del medio	4,50	450,00	900,00	1.350,00
falange ungueale dell'anulare	4,50	450,00	900,00	1.350,00
falange ungueale del mignolo	9,00	900,00	1.800,00	2.700,00
ultime due falangi dell'indice	55,00	5.500,00	11.000,00	16.500,00
ultime due falangi del medio	17,00	1.700,00	3.400,00	5.100,00
ultime due falangi dell'anulare	18,00	1.800,00	3.600,00	5.400,00
ultime due falangi del mignolo	40,00	4.000,00	8.000,00	12.000,00
Frattura				
Del primo osso metacarpale	4,50	450,00	900,00	1.350,00

di ogni altro metacarpo	4,50	450,00	900,00	1.350,00
di una falange del pollice	9,00	900,00	1.800,00	2.700,00
di una falange di ogni altro dito	4,50	450,00	900,00	1.350,00
ARTO INFERIORE				
Frattura				
branca ileo-pubica o ischio-pubica di bacino	4,50	450,00	900,00	1.350,00
diafisari isolata di tibia	9,00	900,00	1.800,00	2.700,00
diafisaria isolata di perone	4,50	450,00	900,00	1.350,00
diafisaria biossea di gamba	18,00	1.800,00	3.600,00	5.400,00
Frattura a legno verde	4,50	450,00	900,00	1.350,00
PIEDE				
Perdita anatomica				
dell'alluce del piede	17,00	1.700,00	3.400,00	5.100,00
di ogni altro dito del piede	4,50	450,00	900,00	1.350,00
Frattura				
Del I o del V metatarso	4,50	450,00	900,00	1.350,00
Del II o III o IV metatarso	4,50	450,00	900,00	1.350,00
di una falange del primo dito	4,50	450,00	900,00	1.350,00
di una falange di ogni altro dito	4,50	450,00	900,00	1.350,00
TORACE				
Frattura				
della scapola	4,50	450,00	900,00	1.350,00
della clavicola	4,50	450,00	900,00	1.350,00
dello sterno	4,50	450,00	900,00	1.350,00
di una costola	4,50	450,00	900,00	1.350,00

Esempio di calcolo pronta liquidazione: la somma assicurata viene divisa per mille e moltiplicata per gli importi indicati nella seconda colonna. Ad esempio per frattura delle ossa nasali senza stenosi per una somma assicurata di 125.000 €, verrà corrisposto con la pronta liquidazione l'importo di 562,50 € (125.000,00 / 1.000,00 * 4,50).

Per frattura si intende quanto indicato nelle definizioni.

ULTERIORI GARANZIE PRESTATE SULL'INVALIDITÀ PERMANENTE PER INFORTUNIO

Art. 44 - Rendita vitalizia

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza per il quale derivi all'Assicurato un'invalidità permanente di grado superiore al 65%, accertata secondo quanto previsto dagli articoli da Art. 33 - a Art. 38 - la Società garantisce la corresponsione di una rendita vitalizia immediata e rivalutabile .

La rendita sarà corrisposta in modo certo per 5 anni. Qualora si dovesse verificare il decesso dell'Assicurato in tale periodo, la rendita verrà corrisposta fino alla scadenza di detto periodo. In caso di sopravvivenza dell'Assicurato dopo il quinto anno la rendita verrà corrisposta finché l'Assicurato rimarrà in vita.

La rendita vitalizia pagabile in rate posticipate, sarà frazionata mensilmente per l'importo annuo indicato in polizza.

La polizza vita decorrerà dall'atto di liquidazione dell'indennizzo dovuto per invalidità permanente. Il pagamento della rata di rendita sarà effettuato:

- il primo giorno del mese successivo, se l'indennizzo è avvenuto tra il primo e il quindicesimo giorno del mese,
- il sedicesimo del mese successivo se l'indennizzo è avvenuto tra il sedicesimo e l'ultimo giorno del mese.

La rendita verrà riconosciuta mediante l'emissione da parte della Società, di una apposita polizza vita a premio unico sulla base della normativa in vigore al momento del pagamento dell'indennizzo. Tale polizza verrà emessa a favore dell'Assicurato.

L'età dell'Assicurato al momento della decorrenza della polizza di rendita non può essere inferiore ai diciotto anni di età o superiore agli ottanta. Qualora l'Assicurato al momento del pagamento dell'indennizzo abbia un'età superiore agli ottanta in luogo della rendita verrà corrisposta una somma sulla base della seguente tabella:

Età al momento dell'accertamento dell'invalidità permanente	Somma annua della rendita scelta in polizza 6.000,00€	Somma annua della rendita scelta in polizza 12.000,00 €	Somma annua della rendita scelta in polizza 18.000,00 €
	Somma corrisposta		
81 anni	56.095,08	112.190,17	168.285,25
82 anni	53.533,48	107.066,96	160.600,44
83 anni	50.194,77	100.389,55	150.584,32
84 anni	47.955,38	95.910,76	143.866,14
85 anni e oltre	44.660,46	89.320,93	133.981,39

Preliminarmente alla decorrenza del contratto, l'Assicurato fornirà alla compagnia gli eventuali dati anagrafici aggiuntivi e necessari per l'attivazione della polizza vita.

Ad ogni ricorrenza annuale l'Assicurato fornirà alla compagnia autocertificazione di esistenza in vita ed eventuali variazioni di indirizzo e di codice IBAN.

Art. 45 - Mutuo sicuro

Nel caso l'Assicurato abbia in corso i seguenti rapporti bancari passivi:

- c/c passivi;
- mutui ipotecari e chirografari (compresi i prestiti personali);
- anticipazioni su titoli e valori;
- anticipazioni su merci e documenti rappresentativi di merci;
- sconto e anticipazioni su crediti;
- prestiti o finanziamenti, in qualsivoglia forma tecnica, comunque denominati, anche cambiari, a tasso normale od agevolato;
- finanziamenti in valuta all'importazione ed all'esportazione;

e in conseguenza di un infortunio derivi all'Assicurato una invalidità permanente superiore al 65%, accertata secondo quanto previsto dalle norme da Art. 33 - a Art. 38 -, la Società corrisponde all'Assicurato un importo pari al saldo passivo in linea capitali ed interessi risultanti dalle evidenze del Contraente il giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio, con il massimo di 30.000,00 €.

Si identificano nelle operazioni sopra descritte quelle che sono come tali contabilizzate dall'istituto bancario.

Resta inteso che la copertura assicurativa, resterà ferma e valida anche se il saldo e/o l'esposizione dei rapporti stessi dovesse essere successivamente contabilizzata, per ragioni tecnico/legali in settori non previsti dall'elenco sopra riportato (es. c/sofferenze, ecc.). In tal caso l'Assicurato dovrà fornire adeguata documentazione dell'istituto che provi la

provenienza del predetto saldo e/o esposizione.

Per aver diritto all'indennizzo oltre alla documentazione dovuta a norma delle presenti condizioni di polizza (vedi Denuncia e Gestione del Sinistro) dovrà essere fornita idonea documentazione dell'Istituto erogatore del mutuo o del prestito, dal quale risulti il saldo in linea capitali del giorno precedente a quello in cui si è verificato l'infortunio.

In caso di rapporti cointestati a più persone fisiche oltre all'Assicurato, o intestati a Società di fatto o semplici o in accomandita semplice o in nome collettivo, in cui l'Assicurato risulti socio al momento del sinistro, l'indennizzo determinato con la procedura sopra esposta non subirà variazioni.

Per i rapporti che presentino un saldo inferiore a 30.000,00 €, l'indennizzo non sarà comunque inferiore a tale importo.

Art. 46 - Rimborso spese adeguamento abitazione e autovettura a seguito di grave infortunio

In caso di infortunio dal quale derivi all'Assicurato una invalidità permanente superiore al 75%, accertata secondo quanto previsto dagli articoli da Art. 33 - a Art. 34 - la Società rimborserà:

- le spese sostenute dall'Assicurato per l'abitazione ove ha il proprio domicilio, finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche, fino ad un massimo di 30.000,00 €. **Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto.** Le spese sostenute sono quelle realizzate per interventi previsti unicamente sugli immobili. Sono compresi gli eventuali costi di progettazione.;
- **le spese sostenute sull'autovettura di proprietà dell'Assicurato per renderla idonea alla guida o al trasporto dei disabili.** Le spese sono rimborsate fino ad un massimo di 10.000,00 €. **Il rimborso sarà effettuato una sola volta per tutta la durata del contratto.**

La Società rimborserà esclusivamente le spese che rimarranno a carico dell'Assicurato al netto di quanto eventualmente rimborsato da enti pubblici o per effetto di altri risarcimenti da parte di terzi responsabili. Qualora le spese sostenute riguardassero un immobile in comproprietà, verranno rimborsate solo le spese sostenute dall'Assicurato.

Per aver diritto all'indennizzo oltre alla documentazione dovuta a norma delle presenti condizioni di polizza (vedi Denuncia e Gestione del Sinistro) dovranno essere presentati, da parte dell'Assicurato i documenti giustificativi, le ricevute e fatture.

INVALIDITÀ PERMANENTE LIMITATA AD ALCUNE MALATTIE GRAVI (operante se richiamata in polizza)

Art. 47 - Invalidità permanente limitata ad alcune malattie gravi (T)

La Società corrisponde un indennizzo in caso di malattia dell'Assicurato che ha per conseguenza una invalidità permanente, purché la malattia sia insorta dopo la data di effetto e prima della cessazione del contratto e si sia manifestata entro un anno dalla cessazione stessa.

La garanzia è operante esclusivamente per le invalidità permanenti derivanti da :

- disturbi dell'apparato circolatorio a carattere acuto;
- malattie cardiache;
- malattie renali;
- seguenti malattie neurologiche:
 - a. Alzheimer;
 - b. malattie del motoneurone;
 - c. morbo di Parkinson;
 - d. sclerosi multipla.

Per le quali è accertata una invalidità permanente pari o superiore al 60%. In tal caso la Società liquida il 100% del massimale indicato in polizza.

Art. 48 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le sole conseguenze dirette causate dalla malattia denunciata. **Se la malattia colpisce una persona già affetta da altre patologie non è pertanto indennizzabile l'aggravamento dello stato di salute da esse derivanti. In caso di denuncia di più di una patologia invalidante, ognuna sarà oggetto di valutazione separata.**

Le invalidità permanenti per malattia già accertate e/o indennizzate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza e/o concorrenza con nuove invalidità per malattia insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo escludendo il pregiudizio riconducibili alle invalidità già accertate.

Tuttavia, se la precedente malattia non è stata indennizzata in quanto la percentuale accertata risultava inferiore alla franchigia, e la nuova malattia concorre con la precedente, la valutazione verrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio derivante dalla precedente patologia.

La valutazione dell'invalidità permanente viene effettuata entro 540 giorni dalla prima diagnosi e non potrà essere oggetto di ulteriore valutazione dopo tale data, anche in caso di aggravamento. Entro tale termine la valutazione verrà effettuata anche indipendentemente dalla guarigione clinica.

Tuttavia, se la invalidità permanente per malattia indennizzata sia conseguente a una delle patologie sotto indicate:

- Alzheimer;
- malattie del motoneurone;
- morbo di Parkinson;
- sclerosi multipla;

potrà essere effettuata, a richiesta scritta dell'Assicurato, una seconda valutazione in caso di loro aggravamento.

La seconda valutazione non avverrà prima di 540 giorni dalla prima valutazione e non dopo 1.080 giorni dalla stessa.

Verrà riconosciuta la differenza tra la percentuale liquidabile in base alla nuova valutazione e la percentuale precedentemente liquidata, valutando esclusivamente l'aggravamento della patologia e non la concorrenza con nuove malattie.

Se a giudizio del medico dell'Assicurato e del consulente medico della Società un adeguato trattamento terapeutico può modificare positivamente la prognosi della malattia e l'Assicurato non vuole sottoporvisi, la valutazione dell'invalidità permanente viene calcolata come se l'Assicurato si fosse sottoposto al trattamento.

Art. 49 - Denuncia di sinistro, modalità di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente per malattia e calcolo dell'indennizzo.

Oltre a quanto indicato all'Art. 23 - Denuncia del sinistro è necessario allegare alla denuncia del sinistro la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta stabilizzazione della malattia;

- copia della cartella clinica e/o ogni altro documento utile per la valutazione del danno;
- certificato medico che indica il grado di invalidità permanente residuo.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici richiesti dalla Società eventualmente chiedendo la collaborazione dei medici che lo hanno visitato e curato.

La valutazione del grado di invalidità è fatta con riferimento alla tabella allegata al D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 (tabelle INAIL) senza tener conto delle modifiche successivamente intervenute alle tabelle. Se l'invalidità non fosse prevista nella tabella INAIL si terrà conto della diminuita capacità generica lavorativa dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione dichiarata in polizza.

Art. 50 - Massimo Indennizzo

Il grado di invalidità permanente indennizzato non potrà in ogni caso essere superiore al 100%.

Il capitale assicurato rappresenta l'importo massimo indennizzabile per l'intera durata contrattuale. Pertanto, la somma degli importi indennizzati determinati da più malattie, non potrà superare nell'arco dell'intera durata contrattuale, il capitale assicurato. Nel caso fosse corrisposto l'intero capitale assicurato, cessa la copertura assicurativa, relativamente a questa garanzia, per l'Assicurato che ne ha usufruito. In tal caso, la Società si impegna, a contrarre una nuova polizza, alle medesime condizioni della polizza in corso, per le restanti garanzie.

Art. 51 - Decesso anteriore al pagamento

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e non trasmissibile. Tuttavia, se l'Assicurato decede prima che l'indennizzo per l'invalidità permanente per malattia sia pagato, la Società liquida agli eredi l'importo determinabile sulla base delle documentazione acquisita prima dell'avvenuto decesso, consistente in tutta la documentazione di cui all'Art. 49 -.

Qualora non sia stata presentata tale documentazione medica, non sarà corrisposto l'indennizzo agli eredi, non essendoci gli elementi necessari per determinare l'invalidità.

DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

Art. 52 - Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in istituto di cura un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza (**il giorno di ingresso e dimissione vengono conteggiati come un unico giorno**). **Nel conteggio dei giorni indennizzabili sono comprese eventuali interruzioni del ricovero per permessi medici.**

La durata massima dei giorni indennizzabili è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.

In caso di degenza conseguente a un infortunio che comporta:

- intervento per asportazione di organi;
 - trapianto;
 - artro-protesi delle grandi articolazioni,
- la diaria raddoppia.

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

Art. 53 - Indennità giornaliera suppletiva

Nel caso l'infortunio indennizzabile a termini di polizza comporti un ricovero in istituto di cura, superiore a 5 giorni di degenza e purché sia stata acquistata la garanzia di diaria da ricovero per infortunio per un importo di almeno 30,00 €, verrà riconosciuta una ulteriore diaria giornaliera per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 45 giorni per evento e 90 giorni per anno assicurativo, secondo le seguenti modalità:

Diaria fino a 29,00 €	Nessun indennizzo ulteriore	
Diaria da 30,00 a 49,00 €	Da 0 a 5 giorni di ricovero continuativi	Nessuna
	Dal 6° giorno continuativo in poi	Raddoppio della diaria assicurata
Diaria pari o superiore a 50,00 €	Da 0 a 5 giorni di ricovero continuativi	Nessuna
	Dal 6° giorno continuativo in poi	Aumento della diaria assicurata di un ulteriore importo di 50,00 €

La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato entro trenta giorni dalla dimissione dal ricovero su presentazione del documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica.

GARANZIE SPECIALI SULLA DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

Art. 54 - Day hospital

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per una indennità pari al 50% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Art. 55 - Diaria da convalescenza post ricovero importante

In caso di ricovero di durata superiore a dieci giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dai medici che hanno avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un numero massimo di trenta giorni per evento. La Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione del certificato medico in cui risulti la prescrizione da parte dei sanitari che hanno curato l'Assicurato. Il pagamento avviene al termine della convalescenza prescritta.

GARANZIE OPZIONALI SULLA DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO

(operante solo se richiamata in polizza)

Art. 56 - Diaria da immobilizzazione (S)

Se l'infortunio comporta l'immobilizzazione di una o più articolazioni, a titolo curativo per lesioni traumatiche, ottenuto con bende gessate o qualsiasi altra metodica di immobilizzo, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità giornaliera indicata nella scheda di polizza fino alla rimozione del presidio e, comunque, per un periodo massimo di 90 giorni per evento e per anno assicurativo.

Per le seguenti fratture, purché radiologicamente accertate e indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposto un indennizzo forfettario pari a:

- 60 giorni per la frattura del bacino;
- 60 giorni per la frattura del femore;
- 60 giorni per la frattura della colonna vertebrale;
- 20 giorni per la frattura completa della costola;
- 5 giorni per la frattura nasali;
- 50 giorni per applicazione di mezzi di osteosintesi interni o esterni (ad esempio fissatore esterno assiale, placche, viti).

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che l'applicazione di un presidio di immobilizzo, la diaria verrà corrisposta a partire dal giorno di dimissione.

Non sono comunque considerati mezzi di immobilizzazione validi ai fini dell'efficacia della garanzia i collari a strappo. L'Assicurato è tenuto a presentare alla Società il certificato dell'Istituto di cura o del personale medico specializzato che ha provveduto all'applicazione del presidio (indicante anche i giorni di effettiva immobilizzazione).

Nei casi in cui sia prescritto che la rimozione del presidio debba essere effettuata da personale medico specializzato, l'Assicurato è tenuto a presentare il certificato di rimozione dello stesso.

RIMBORSO SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

Art. 57 - Rimborso spese di cura

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura per ogni sinistro fino alla concorrenza della somma assicurata e per la parte di spese che non risultano a carico del Servizio Sanitario Nazionale il rimborso delle seguenti spese effettivamente sostenute:

a. Se c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) **effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero, al day hospital o alla data dell'intervento chirurgico ambulatoriale;**
- onorari del chirurgo e di ogni altro componente l'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento compresi gli apparecchi terapeutici, protesici e le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- rette di degenza;
- assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami somministrati o praticati durante il ricovero;
- esami, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) **effettuati successivamente alla cessazione del ricovero, o del day hospital, o alla data di intervento chirurgico ambulatoriale.**
Limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata;
- tickets relativi alle prestazioni che precedono.

Sono inoltre comprese le spese per gli interventi di chirurgia plastica necessari per eliminare o ridurre sfregi o deturpazioni di natura fisiognomica successivi all'infortunio.

Se l'Assicurato non ha sostenuto alcuna spesa per i ricoveri ospedalieri, a esclusione dei tickets, **la Società corrisponde una diaria sostitutiva di 50,00 € per ogni giorno di ricovero, con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.**

b. Se non c'è stato ricovero, day hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

Gli accertamenti diagnostici, le radioscopie, le radiografie, gli esami di laboratorio, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) **effettuati nei giorni successivi all'infortunio.**

Per queste spese il rimborso viene riconosciuto con lo scoperto pari al 10% della spesa documentata e con il minimo di 51,00 € per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 50% della somma assicurata, e limitatamente ai trattamenti fisioterapici o rieducativi, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 30% della somma assicurata.

c. Cure e protesi dentarie da infortunio

Cure odontoiatriche, odontostomatologiche e ortodontiche, protesi dentarie con esclusione delle rotture o dei danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio.

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 30% della somma assicurata.

Il rimborso viene effettuato dalla Società a guarigione clinica avvenuta su presentazione dei documenti giustificativi (fattura o ricevuta del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale ha avuto luogo il ricovero e simili).

La domanda per il rimborso di queste spese con i documenti giustificativi deve essere presentata alla Società, entro il 30° giorno successivo a quello in cui è terminata la cura medica e/o la degenza.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese sostenute dall'assicurato per visite medico legali non richieste dalla Società ai fini della liquidazione del sinistro.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto dietro dimostrazione delle spese sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia in €, applicando il tasso ufficiale di cambio B.C.E. rilevato nel giorno dell'ultimo pagamento sostenuto.

PRESTAZIONI SPECIALI

Art. 58 - Garanzia speciale per diversamente abili

Le garanzie di polizza, **con esclusione delle garanzie di invalidità permanente per malattia, e di tutte le garanzie opzionali**, sono estese agli Assicurati diversamente abili, con invalidità sensoriale o con invalidità motoria.

La Società, in tali casi, corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali da riconoscere in base al contratto saranno ridotte tenendo conto del grado di invalidità permanente preesistente.

Per quanto concerne l'invalidità permanente per infortunio Art. 33 -:

- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità sensoriale (es. i non vedenti), la Società corrisponde l'indennizzo con esclusione degli organi già lesi e/o non funzionanti al momento della stipula dell'assicurazione;
- per gli Assicurati diversamente abili con invalidità motoria (es. i paraplegici e i tetraplegici), valgono i seguenti criteri:
 1. per gli Assicurati paraplegici che mantengono inalterate le funzionalità degli arti superiori e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo in base alle percentuali previste contrattualmente;
 2. per gli Assicurati tetraplegici che mantengono una funzionalità parziale degli arti e degli organi di senso, la Società corrisponde l'indennizzo tenendo presente che, in caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali previste contrattualmente sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Ai fini della validità della garanzia di invalidità permanente per infortunio, deve essere presentata, in occasione del sinistro, la certificazione medico legale rilasciata dalla Commissione sanitaria ASL di competenza per l'accertamento degli stati di invalidità civile (Legge n° 104/92) con allegata tabella attestante tutte le invalidità preesistenti.

Art. 59 - Danno estetico

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute, fino alla concorrenza di 5.000,00 €, per interventi chirurgici resisi necessari per la riparazione di lesioni di natura estetica determinate da infortunio indennizzabile a termini di polizza. Nel caso l'intervento chirurgico sia dovuto ad un infortunio che determini sfregi al viso o deformazioni permanenti del viso stesso il rimborso delle spese sostenute sarà effettuato fino alla concorrenza di 10.000,00 €.

Art. 60 - Perdita anno scolastico

Qualora l'Assicurato/Studente, in conseguenza esclusiva di infortunio indennizzabile a termini di polizza, a seguito di un periodo di assenza dalle lezioni che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, non permetta l'ammissione alla classe superiore e determini pertanto la perdita dell'anno scolastico, la Società corrisponde l'indennità pari a 5.000,00 € se l'Assicurato frequenta le scuole primarie o secondarie di primo grado e di 10.000,00 € in caso di frequenza delle scuole secondarie di secondo grado.

Il pagamento dell'indennità verrà riconosciuto previa certificazione rilasciata dalla segreteria scolastica, dalla quale risulti che la perdita dell'anno scolastico sia dovuta alle assenze conseguenti alle lesioni riportate in seguito all'infortunio.

Art. 61 - Contagio da H.I.V.

In caso di contagio da virus H.I.V. provocato da trasfusione di sangue o di emoderivati resa necessaria da infortunio indennizzabile nei termini di polizza e comprovata da referto originale della prestazione di pronto soccorso o dalla cartella clinica del ricovero, la Società corrisponde un indennizzo pari a 30.000,00 €.

L'indennizzo non verrà riconosciuto per le persone affette da emofilia e tossicodipendenza nonché quelle già sieropositive al momento del sinistro.

Resta comunque valido quanto previsto dall'Art. 15 - Risoluzione del contratto. Pertanto, con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.

La presente copertura è estesa anche al contagio provocato accidentalmente da ago di siringa.

In tal caso, l'Assicurato che ritiene di essere contagiato da H.I.V. a seguito di tale evento, deve, entro il termine di 3 giorni da quando si è verificato il sinistro, darne avviso a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento alla Società o all'agenzia.

E' fatto altresì obbligo all'Assicurato di inviare per raccomandata con avviso di ricevimento alla Società una relazione dettagliata dell'evento dannoso.

Entro 6 giorni dall'evento denunciato l'Assicurato deve sottoporsi ad una prima serie di accertamenti clinici volti ad individuare la presenza del virus H.I.V. presso un Centro specializzato.

Nel caso l'Assicurato risulti sieropositivo non verrà corrisposto l'indennizzo previsto e l'assicurazione si intende

automaticamente cessata nei suoi confronti.

Qualora invece i risultati di detti esami risultassero negativi l'Assicurato dovrà sottoporsi, presso lo stesso Centro specializzato, ad un successivo test immunologico entro i 180 giorni successivi.

Gli accertamenti di cui sopra non saranno ritenuti probatori se effettuati in forma anonima; l'Assicurato è pertanto obbligato a dichiarare le proprie generalità all'istituto di analisi prima di sottoporsi ad ogni test immunologico.

La Società in caso di sieropositività accertata in occasione del secondo test immunologico, liquiderà l'indennizzo previsto pari a 30.000,00 €.

Resta comunque valido quanto previsto dall'Art. 15 - Risoluzione del contratto. Pertanto, con la liquidazione dell'indennizzo cessa la copertura assicurativa oggetto del presente contratto.

Art. 62 - Speciale Casalinga

Qualora l'assicurata rientri nella classificazione delle attività come Casalinga saranno operative le seguenti condizioni:

Qualora venga accertata una invalidità di grado non inferiore al 33%, la Società corrisponderà per la garanzia di invalidità permanente per infortunio, oltre alla liquidazione spettante in base alle condizioni di polizza, un'ulteriore indennità aggiuntiva pari al 50% di quella riconosciuta.

L'infortunio deve avvenire durante il lavoro in ambito domestico definendosi come tale lo svolgimento di attività finalizzate alla cura delle persone che costituiscono il nucleo familiare e dell'ambiente domestico ove dimora lo stesso nucleo familiare e all'interno di immobile di civile abitazione ove dimora il nucleo familiare dell'Assicurata, delle relative pertinenze e delle parti comuni condominiali.

Invio di una collaboratrice familiare

Per le casalinghe nonché per tutte le Assicurate donne, qualora sia stata resa operativa la sezione Assistenza, verrà prestata la garanzia speciale "Invio di una collaboratrice familiare" prevista dall'Art. 78 -.

TABELLA N° 4 - TABELLA LIQUIDAZIONE RISCHI PARTICOLARI (Art. 5 - Art. 39 -)

Rischi sportivi di cui alla lettere d), e), f) e g).							
Parte di somma assicurata fino a 600.000,00 €				Parte di somma assicurata da oltre 600.000,00 €			
Invalidità accertata	Indennizzo liquidato	Invalidità accertata	Indennizzo liquidato	Invalidità accertata	Indennizzo liquidato	Invalidità accertata	Indennizzo liquidato
Franchigia assoluta 5%		Franchigia assoluta 5%		Franchigia assoluta 10%		Franchigia assoluta 10%	
fino a 5%	0%	51%	46%	fino a 10%	0%	51%	41%
6%	1%	52%	47%	11%	1%	52%	42%
7%	2%	53%	48%	12%	2%	53%	43%
8%	3%	54%	49%	13%	3%	54%	44%
9%	4%	55%	50%	14%	4%	55%	45%
10%	5%	56%	51%	15%	5%	56%	46%
11%	6%	57%	52%	16%	6%	57%	47%
12%	7%	58%	53%	17%	7%	58%	48%
13%	8%	59%	54%	18%	8%	59%	49%
14%	9%	60%	55%	19%	9%	60%	50%
15%	10%	61%	56%	20%	10%	61%	51%
16%	11%	62%	57%	21%	11%	62%	52%
17%	12%	63%	58%	22%	12%	63%	53%
18%	13%	64%	59%	23%	13%	64%	54%
19%	14%	65%	60%	24%	14%	65%	55%
20%	15%	66%	61%	25%	15%	66%	56%
21%	16%	67%	62%	26%	16%	67%	57%
22%	17%	68%	63%	27%	17%	68%	58%
23%	18%	69%	64%	28%	18%	69%	59%
24%	19%	70%	65%	29%	19%	70%	60%
25%	20%	71%	66%	30%	20%	71%	61%
26%	21%	72%	67%	31%	21%	72%	62%
27%	22%	73%	68%	32%	22%	73%	63%
28%	23%	74%	69%	33%	23%	74%	64%
29%	24%	75%	70%	34%	24%	75%	65%
30%	25%	76%	71%	35%	25%	76%	66%
31%	26%	77%	72%	36%	26%	77%	67%
32%	27%	78%	73%	37%	27%	78%	68%
33%	28%	79%	74%	38%	28%	79%	69%
34%	29%	80%	75%	39%	29%	80%	70%
35%	30%	81%	76%	40%	30%	81%	71%
36%	31%	82%	77%	41%	31%	82%	72%
37%	32%	83%	78%	42%	32%	83%	73%
38%	33%	84%	79%	43%	33%	84%	74%
39%	34%	85%	80%	44%	34%	85%	75%
40%	35%	86%	81%	45%	35%	86%	76%
41%	36%	87%	82%	46%	36%	87%	77%
42%	37%	88%	83%	47%	37%	88%	78%
43%	38%	89%	84%	48%	38%	89%	79%
44%	39%	90%	85%	49%	39%	90%	80%
45%	40%	91%	86%	50%	40%	91%	81%
46%	41%	92%	87%			92%	82%
47%	42%	93%	88%			93%	83%
48%	43%	94%	89%			94%	84%
49%	44%	95%	90%			95%	85%
50%	45%	96%	91%			96%	86%
		97%	92%			97%	87%
		98%	93%			98%	88%
		99%	94%			99%	89%
		100%	95%			100%	90%

L'applicazione di questa tabella esclude l'operatività della garanzia speciale "Pronta Liquidazione" Art. 43 -.

ASSISTENZA

(automaticamente operante)

Art. 63 - Oggetto della garanzia

La Società assicura le prestazioni dei servizi di assistenza indicate negli articoli seguenti, divisi nelle sezioni, purché sia richiamata nella scheda di polizza la garanzia Assistenza.

- CURE/AIUTO A DOMICILIO
- INFORMAZIONI, RICERCA E PRENOTAZIONE
- VIAGGIO
- TRASPORTO SANITARIO (ANCHE DURANTE IL VIAGGIO ALL'ESTERO)
- SECONDO PARERE E CONSIGLI MEDICI

Art. 64 - Istruzioni per la richiesta di assistenza

In caso di sinistro, per poter usufruire delle prestazioni assistenza, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'Assicurato potrà telefonare alla centrale operativa al numero verde:

800-233412

oppure al numero:
015 - 2559571

(preceduto dal prefisso per l'Italia in caso si trovi all'estero)

Se impossibilitato a telefonare, l'Assicurato potrà inviare un telegramma al seguente indirizzo:

MAPFRE WARRANTY
Strada Trossi, 66
13871 VERRONE (BIELLA)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- nome e cognome;
- numero di polizza preceduto dalla sigla INFS;
- servizio richiesto;
- indirizzo del luogo in cui si trova;
- recapito telefonico dove la Centrale Operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo di avviso di sinistro.

Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della centrale operativa.

Art. 65 - Erogazione delle prestazioni

L'Assicurato al verificarsi del sinistro deve prendere contatto con la Centrale Operativa. Salvo casi di comprovata ed oggettiva forza maggiore, il diritto all'assistenza decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro ed abbia provveduto in autonomia ad attivare prestazioni di assistenza senza previa autorizzazione da parte della Centrale Operativa. Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate.

Tutte le prestazioni non possono essere fornite più di tre volte entro ciascuna annualità assicurativa.

Le prestazioni all'estero saranno erogate solo entro i primi novanta giorni di permanenza continuativa all'estero.

Art. 66 - Esclusioni

La garanzia non è operante per i sinistri provocati o dipendenti da:

- guerra, scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;

- dolo dell'Assicurato;
- infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida e uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e motociclistiche e relative prove e allenamenti, nonché tutti gli infortuni sofferti in conseguenza di attività sportive svolte a titolo professionale;
- l'espianto e/o il trapianto di organi;
- malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti), a meno che, in caso di sostituzione di un prodotto con garanzie assistenza, le patologie siano insorte, relativamente allo stesso assicurato, nel corso del precedente contratto;
- malattie dipendenti dalla gravidanza dopo il sesto mese e dal puerperio;
- malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- ogni diritto dell'Assicurato nei confronti della Società si prescrive, ai sensi dell'Art. 2952 del codice civile nel termine di due anni che decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda.

Art. 67 - Accertamenti in caso di sinistro

L'Assicurato s'impegna a collaborare al fine di consentire le indagini necessarie, nonché ad autorizzare il proprio medico curante a fornire alla centrale operativa tutte le informazioni che si ritengano indispensabili per l'erogazione delle prestazioni di assistenza.

La centrale operativa potrà richiedere all'Assicurato (e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente) ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza.

Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale (escluse fotocopie).

INFORMAZIONI, RICERCA E PRENOTAZIONE

Art. 68 - Informazioni sanitarie

(Prestazione attiva dal lunedì al venerdì dalle ore 9 alle ore 18 esclusi i festivi infrasettimanali)

La centrale operativa, su semplice richiesta telefonica dell'Assicurato, tramite la propria équipe medica fornirà informazioni relativamente a:

- vaccinazioni o profilassi da eseguire per i viaggi in paesi tropicali;
- medici o centri specializzati in medicina tropicale e infettivologia;
- assistenza sanitaria all'estero, trattati di reciprocità con paesi UE ed extra UE;
- ubicazione dei vari uffici ASL e degli istituti di cura;
- strutture sanitarie nazionali e internazionali ed eventuali specializzazioni;
- consigli sull'espletamento delle pratiche presso gli uffici competenti;
- diritti dei vari tipi di assistiti (liberi professionisti, dipendenti pubblici e privati, pensionati, ecc.) nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale.

Art. 69 - Ricerca e prenotazione di centri specialistici e diagnostici

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi, in seguito a infortunio e/o malattia, a visita specialistica e/o accertamento diagnostico o ad analisi ematochimiche, la centrale operativa, sentito il medico curante, individua e prenota, tenuto conto delle disponibilità esistenti, il centro diagnostico e la visita presso lo specialista e/o il centro di analisi ematochimiche in accordo con le esigenze dell'Assicurato.

CURE/AIUTO A DOMICILIO

Art. 70 - Invio di un medico a domicilio o di una ambulanza

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato, trovandosi in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 dei giorni feriali o nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la centrale operativa provvederà a inviare, a spese della Società, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la centrale operativa organizzerà, in via sostitutiva e a spese della Società, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 71 - Invio di un infermiere a domicilio

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive dalla dimissione dal ricovero, necessitasse di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa provvederà al suo reperimento. La Società ne assume le spese **fino a un massimo di 55,00 € al giorno per un massimo di cinque giorni per sinistro.**

Art. 72 - Invio di un fisioterapista a domicilio

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio o malattia improvvisa, necessiti di un fisioterapista al domicilio, la Centrale Operativa provvederà a inviare al suo domicilio un fisioterapista. La Società terrà a proprio carico **il costo fino a un massimo di 260,00 € per sinistro.**

Art. 73 - Invio di un infermiere per assistenza di un familiare non autosufficiente

Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la centrale operativa provvederà a inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. La Società terrà a proprio carico l'onorario fino a un massimo di 250,00 € per sinistro.

Art. 74 - Ospedalizzazione domiciliare

In caso di ricovero dell'Assicurato della durata di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, la Centrale Operativa organizza e gestisce, su richiesta del medico curante, la prosecuzione del ricovero in forma domiciliare mediante prestazioni di proprio personale medico e paramedico per un massimo di 30 giorni. Le modalità per l'accesso al servizio, accertata la necessità della prestazione, verranno definite dal servizio medico della Centrale Operativa in accordo con i medici curanti dell'iscritto. Inoltre, qualora l'Assicurato necessiti, nel periodo post-ricovero di cui sopra, dalle ore 20.00 alle ore 08.00 nei giorni feriali oppure nei giorni festivi, l'invio di personale medico (medico generico o specialista cardiologo, internista, chirurgo) e/o paramedico (infermiere professionale, fisiokinesiterapista, operatore assistenziale) la Centrale Operativa, nei 30 giorni successivi alle dimissioni dall'istituto di cura, ne organizzerà **l'invio fino ad un massimo di 3 volte per ricovero.**

I costi sono a carico della Compagnia.

Art. 75 - Servizi sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, necessiti di eseguire presso il proprio domicilio prelievi del sangue, ecografie, esami radiografici e di usufruire della consegna e del ritiro degli esiti degli esami e dell'invio di farmaci urgenti, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad organizzare il servizio **fino ad un massimo di 7 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.**

Art. 76 - Servizi non sanitari

Qualora l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio che abbia comportato un ricovero di almeno 8 giorni se con intervento chirurgico o di almeno 12 giorni se senza intervento chirurgico, non possa lasciare il proprio domicilio, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, garantisce l'invio di personale di servizio per l'esecuzione di attività connesse con lo svolgimento della vita familiare quotidiana come pagamenti, acquisti, incombenze amministrative, collaborazione familiare, sorveglianza minori, **fino ad un massimo di 7 giorni dopo le dimissioni dall'istituto di cura.**

Art. 77 - Fornitura di attrezzature medico chirurgiche

Se, a seguito di infortunio e/o malattia, si rendano necessarie all'Assicurato una o più delle seguenti attrezzature medico-chirurgiche:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- letto ortopedico;
- materasso antidecubito,

la Centrale Operativa fornisce l'attrezzatura richiesta in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato, sino ad un massimo di 90 giorni per sinistro, tenendo il costo a carico della Società.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali attrezzature, la Società provvederà a rimborsare l'Assicurato delle spese relative al noleggio delle attrezzature stesse, **fino alla concorrenza di 500,00 € per sinistro**, a fronte di presentazione di fattura o ricevuta fiscale da parte dell'Assicurato stesso.

La garanzia è operante esclusivamente in Italia, nella Repubblica di San Marino e nello Stato della Città del Vaticano.

Art. 78 - Invio di una collaboratrice familiare**(prestazione operante esclusivamente per le Assicurate donne)**

In caso di infortunio che comporti l'immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione comprese le osteosintesi e i fissatori esterni o in caso di frattura del bacino, femore, della colonna vertebrale o per frattura della costola purché radiologicamente accertate oppure in caso di ricovero per infortunio e/o malattia che comporti almeno un pernottamento in istituto di cura con o senza intervento chirurgico, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova compatibilmente con la disponibilità locale e la Società terrà a proprio carico le relative spese **fino ad un massimo di 50,00 € al giorno per un periodo massimo di 10 giorni lavorativi per sinistro con il limite di 350,00 € per sinistro**. E' facoltà dell'assicurata segnalare una collaboratrice di propria conoscenza che la Centrale Operativa contatterà per verificarne la compatibilità della tariffa richiesta con quelle praticate dalle collaboratrici convenzionate. Qualora la tariffa richiesta ecceda quella praticata l'assicurata potrà scegliere ugualmente quella di sua conoscenza **tenendo a proprio carico l'eccedenza del costo**.

VIAGGIO**Art. 79 - Interprete a disposizione all'estero**

Qualora l'Assicurato in viaggio all'estero, in caso di ricovero in ospedale per infortunio o malattia trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendone la Società i costi per un massimo di 8 ore lavorative. La prestazione non è operante nei paesi in cui non esistono filiali o corrispondenti della centrale operativa.

Art. 80 - Prolungamento del soggiorno all'estero

Qualora, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, l'Assicurato in viaggio, su prescrizione medica scritta, non sia in grado di intraprendere il viaggio di rientro al domicilio nella data prestabilita, la Centrale Operativa provvederà a prenotare un albergo per l'Assicurato, tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un importo massimo complessivo di 500,00 € per sinistro**. L'Assicurato, al suo rientro, dovrà presentare la documentazione relativa alla causa che ha reso necessario il prolungamento del soggiorno.

Art. 81 - Rientro degli altri Assicurati

In caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni previste nel successivo Art. 93 - Rientro sanitario (anche dall'estero), se le persone in viaggio con l'Assicurato, purché anch'esse assicurate, non sono in grado di rientrare per ragioni obiettive con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la centrale operativa provvede a fornire loro un biglietto ferroviario, prima classe, o aereo, classe economica, per rientrare alla propria residenza in Italia.

La Società terrà a proprio carico il costo dei biglietti:

- **fino a un importo massimo di 300,00 € per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dall'Italia;**
- **fino a un importo massimo di 500,00 € per persona assicurata se il viaggio di rientro avviene dai restanti Paesi.**

La Società avrà la facoltà di richiedere gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati per il rientro.

Art. 82 - Rientro con un familiare

Qualora, in caso di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni della prestazione Art. 93 - Rientro sanitario, i Medici della Centrale Operativa non ritengano necessaria l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la Centrale Operativa provvederà a far rientrare l'Assicurato accompagnato da un familiare, utilizzando lo stesso mezzo, fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza. I relativi costi sono a carico della Società **fino alla concorrenza massima di 750,00 €**.

Qualora la Centrale Operativa abbia provveduto al rientro del familiare Assicurato a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto (aereo, ferroviario, ecc.) non utilizzato.

Non è previsto il rimborso delle spese di soggiorno del familiare.

Art. 83 - Rientro anticipato

Se l'Assicurato, trovandosi in viaggio, rientra alla propria residenza prima della data che aveva programmato e con un mezzo diverso da quello inizialmente previsto, a causa della morte avvenuta in Italia, come da data risultante sul certificato di morte rilasciato dall'anagrafe, di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, la centrale operativa provvederà a fornirgli, con spese a carico della Società, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, affinché possa raggiungere il luogo dove è deceduto in Italia il familiare o dove viene sepolto.

Nel caso in cui l'Assicurato viaggiasse con un minore, purché Assicurato, la centrale operativa provvederà a far rientrare entrambi. Se l'Assicurato si trovasse nella impossibilità a utilizzare il proprio veicolo per rientrare anticipatamente, la centrale operativa gli metterà a disposizione un ulteriore biglietto per recarsi a recuperare successivamente il veicolo stesso.

Art. 84 - Accompagnamento di minori

Se l'Assicurato in viaggio accompagnato da minori di quindici anni si trovi nell'impossibilità di occuparsi di loro in seguito a malattia o infortunio, la centrale operativa provvede a fornire un biglietto ferroviario (prima classe) o aereo (classe economica) di andata e ritorno per permettere a un familiare, residente in Italia, di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. **Non è previsto il rimborso delle spese di soggiorno del familiare.**

L'Assicurato deve comunicare nome, indirizzo e recapito telefonico del familiare affinché la centrale operativa possa contattarlo e organizzare il viaggio.

Art. 85 - Viaggio di un familiare e spese di soggiorno

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a dieci giorni, la centrale operativa metterà a disposizione di un componente della famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di raggiungere l'Assicurato ricoverato. La Società terrà a proprio carico il relativo costo. Se l'Assicurato necessita di assistenza personale, la centrale operativa provvederà inoltre a ricercare e prenotare un albergo per il familiare tenendo la Società a proprio carico le spese di pernottamento e prima colazione **fino a un massimo di 500,00 € per sinistro.**

Art. 86 - Invio di medicinali urgenti

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato necessita urgentemente, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzati in Italia ma irreperibili sul posto, la centrale operativa provvederà a inviarle con il mezzo più rapido (tenuto conto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali).

Restano a carico dell'Assicurato i costi dei prodotti medicinali stessi.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 87 - Anticipo spese mediche

Se l'Assicurato deve sostenere delle spese mediche impreviste e non gli è possibile provvedere direttamente e immediatamente, la centrale operativa anticipa, per conto dell'Assicurato, il pagamento delle fatture ad esse relative **fino a un importo massimo di 500,00 € per sinistro.**

Se l'ammontare delle fatture supera l'importo di 500,00 €, la prestazione viene erogata dopo che siano date alla centrale operativa garanzie di restituzione delle somme stesse.

L'importo delle fatture pagate dalla centrale operativa non potrà mai comunque superare la somma di 3.000,00 €.

La prestazione viene fornita a condizione che l'Assicurato sia in grado di fornire adeguate garanzie per la restituzione della somma anticipata.

La prestazione non è operante se il trasferimento di valuta all'estero comporta violazione delle disposizioni in materia vigenti in Italia o nel paese in cui si trova l'Assicurato.

L'Assicurato deve comunicare la causa della richiesta, l'ammontare della cifra necessaria, il suo recapito e le indicazioni delle referenze che consentano di verificare i termini della garanzia di restituzione dell'importo anticipato.

L'Assicurato deve provvedere a rimborsare la somma anticipata entro un mese dalla data dell'anticipo stesso. Trascorso tale termine dovrà restituire, oltre alla somma anticipata, l'ammontare degli interessi al tasso legale corrente.

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

Art. 88 - Anticipo spese sanitarie sostenute all'estero

Fino alla concorrenza di 3.000,00 € la Centrale Operativa può anticipare all'Assicurato, in caso di ricovero all'estero per malattia o infortunio, la somma necessaria per il pagamento delle spese mediche, chirurgiche, farmaceutiche e ospedaliere. Qualora l'importo versato dalla Centrale Operativa superi il massimale Assicurato disponibile ovvero l'evento risulti non indennizzabile a termine delle Condizioni di assicurazione, tale somma, o la parte di essa eccedente il massimale Assicurato disponibile, **dovrà essere rimborsata entro tre mesi dalla messa a disposizione.**

Art. 89 - Rimpatrio salma

Se a seguito di malattia o infortunio l'Assicurato è deceduto, la centrale operativa organizza ed effettua il trasporto della

salma fino al luogo di sepoltura in Italia, tenendo la Società a proprio carico le relative spese **fino a un massimo di 5.000,00 € per sinistro, anche se sono coinvolti più Assicurati. Se tale prestazione comporta un esborso maggiore di tale importo, la prestazione diventerà operante dal momento nel quale in Italia la centrale operativa avrà ricevuto garanzie bancarie o di altro tipo ritenute da essa adeguate.**

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato. Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre nonché l'eventuale recupero della salma.

TRASPORTO SANITARIO (ANCHE DURANTE IL VIAGGIO ALL'ESTERO)

Art. 90 - Trasporto in autoambulanza in Italia dopo il ricovero di primo soccorso

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, necessita di un trasporto in autoambulanza, dopo il ricovero di primo soccorso, la centrale operativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 300 km di percorso complessivo (casa - ospedale e ritorno).**

Art. 91 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Se l'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, non risulti curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della provincia di residenza, la centrale operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, provvederà a:

- individuare e a prenotare, tenuto conto della disponibilità esistente, l'istituto di cura italiano o estero ritenuto più attrezzato per la patologia dell'Assicurato;
- organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario, **limitatamente al trasferimento in Paesi Europei e del bacino del Mediterraneo (Albania, Algeria, Bosnia Erzegovina, Cipro, Croazia, Egitto, Grecia, Israele, Libano, Libia, Malta, Marocco, Montenegro, Serbia, Slovenia, Siria, Tunisia, Turchia). Come previsto dall'Art. 66 - le prestazioni non sono fornite se i suddetti Stati si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;**
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
 - treno, prima classe, e occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza (senza limiti di chilometraggio);
- assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico ove necessario.

Art. 92 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'Art. 91 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato, viene dimesso dal centro ospedaliero dopo la degenza, la centrale operativa provvederà al suo rientro con il mezzo tra quelli qui di seguito elencati, che sia più idoneo alle sue condizioni:

- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, prima classe, e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Art. 93 - Rientro sanitario (anche dall'estero)

Se a seguito di malattia o di un infortunio le condizioni dell'Assicurato, accertate tramite contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della centrale operativa e il medico curante sul posto, rendono necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza in Italia, la centrale operativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo alle condizioni del paziente e scelto tra uno dei seguenti:

- aereo sanitario, **limitatamente al trasferimento in Paesi Europei e del bacino del Mediterraneo (Albania, Algeria, Bosnia Erzegovina, Cipro, Croazia, Egitto, Grecia, Israele, Libano, Libia, Malta, Marocco, Montenegro, Serbia, Slovenia, Siria, Tunisia, Turchia). Come previsto dall'Art. 66 - le prestazioni non sono fornite se i suddetti Stati si trovano in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;**
- aereo di linea classe economica eventualmente in barella;
- treno prima classe e, occorrendo, vagone letto;
- autoambulanza (senza limiti di chilometraggio).

Il trasporto è interamente organizzato dalla centrale operativa e le spese relative restano a carico della Società, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

Se l'Assicurato è rientrato a spese della Società, la centrale operativa ha diritto di richiedergli, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

Non danno luogo alla prestazione le infermità o le lesioni che, a giudizio dei medici curanti, possono essere

curate sul posto o che non impediscono all'Assicurato di proseguire il viaggio e le malattie infettive nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme nazionali o internazionali.

La prestazione inoltre non è dovuta nel caso in cui l'Assicurato o i suoi familiari decidano per le dimissioni volontarie contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

SECONDO PARERE E CONSIGLI MEDICI

Art. 94 - Consigli medici telefonici generici e specialistici

Se l'Assicurato necessita di una consulenza medica generica o specialistica (cardiologica, geriatrica, ginecologica, neurologica, odontoiatrica, ortopedica o pediatrica) può mettersi in contatto direttamente, o tramite il proprio medico curante, con i medici della centrale operativa, che forniranno informazioni e consigli e valuteranno quale sia la prestazione più opportuna da effettuare in favore dell'Assicurato.

Art. 95 - Secondo parere medico

La Società, tramite i medici della centrale operativa, mette a disposizione dell'Assicurato il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA, che fornisce una seconda consulenza medica relativa a un approfondimento del proprio stato di salute.

L'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio diagnosticati o trattati terapeutamente potrà contattare, direttamente o tramite il proprio medico curante, i medici della centrale operativa per ottenere una consulenza sulla diagnosi effettuata nei suoi confronti.

Per beneficiare della prestazione, **l'Assicurato o il medico curante dovranno:**

- **spiegare ai medici della centrale il caso clinico;**
- **compilare il questionario che sarà appositamente fornito;**
- **mettere a disposizione prove, biopsie, radiografie, risonanze magnetiche ed ogni altra informazione medica che sia necessaria per potere valutare il caso.**

La centrale operativa procede alla raccolta della documentazione clinica e diagnostica necessaria, provvede all'eventuale traduzione in lingua inglese, ed effettua la seconda opinione medica mettendosi in contatto con i medici e gli ospedali specializzati nella malattia o quadro clinico dell'Assicurato.

Il servizio di SECONDA OPINIONE MEDICA sarà effettuato sempre sulla base del quadro clinico dell'Assicurato e sulla corrispondente prima opinione medica effettuata dai medici che lo hanno assistito e che saranno forniti alla centrale operativa dall'Assicurato, o dal suo medico di fiducia, come condizione necessaria per la prestazione del servizio.

La risposta in forma scritta, e in lingua inglese, della SECONDA OPINIONE MEDICA sarà trasmessa dalla centrale operativa all'Assicurato, o al suo medico di fiducia nel termine normale di 15 giorni feriali, e comunque al massimo entro 40 giorni feriali.

Entro 10 giorni dalla data di ricevimento della seconda opinione medica è facoltà dell'Assicurato chiedere di conferire, alla presenza del direttore medico della centrale operativa ed eventualmente con l'assistenza del proprio medico curante, con il consulente del centro medico internazionale di riferimento mediante collegamento telefonico o videoconferenza.

Concordata con la centrale e con il medico curante la necessità della videoconferenza, la centrale operativa metterà a disposizione dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore (familiare, medico curante...) un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno, per consentirgli di presenziare, presso gli uffici a ciò adibiti dalla centrale di telemedicina, alla video conferenza. **La Società terrà a proprio carico le relative spese sino a un massimo di € 800,00 per sinistro.**

La prestazione è operante dalle ore 9 alle ore 18 dal lunedì al venerdì, esclusi i festivi infrasettimanali.

TRATTAMENTO IN U.S.A. IN SEGUITO A SECONDA OPINIONE MEDICA

Servizi personalizzati

Una volta realizzata una seconda opinione medica e sempre che l'Assicurato abbia deciso di sottoporsi a cure mediche e/o ospedaliere in U.S.A. relazionate con il quadro clinico corrispondente alla seconda opinione medica realizzata, gli saranno prestati i seguenti servizi:

1. Consulenza e consiglio nella selezione di medici ed ospedali in U.S.A. per il trattamento adeguato del caso.
2. Conseguimento di visite mediche con i medici ed ospedali scelti dall'Assicurato in U.S.A.
3. Consulenza e supporto per le pratiche di ingresso e ammissione nell'ospedale scelto dall'Assicurato, tra quelli compresi nella rete ospedaliera convenzionata.
4. Gestione della prenotazione di passaggi aerei ed alloggio per l'Assicurato ed i familiari che lo dovessero accompagnare, sempre e quando il viaggio in U.S.A. si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'Assicurato, i

trattamenti ospedalieri relazionati con la seconda opinione medica.

5. Coordinamento dell'accoglienza dell'Assicurato e dei familiari che lo accompagnano nell'aeroporto di arrivo in U.S.A. e del successivo trasferimento al luogo di alloggio, sempre e quando il viaggio si realizzi con lo scopo di ricevere, da parte dell'Assicurato, i trattamenti ospedalieri relazionati con la seconda opinione medica.
6. Quando lo stato di salute dell'Assicurato lo raccomandandi, coordinamento del trasferimento in ambulanza aerea fino agli U.S.A. o terrestre dentro gli U.S.A.
7. A partire dall'ingresso dell'Assicurato nell'ospedale scelto, Mapfre Asistencia fornirà l'accesso ai servizi di interpreti qualificati quando si rendano necessari per facilitare la realizzazione delle cure mediche in U.S.A.

Le spese mediche inerenti ai ricoveri saranno esclusivamente a carico dell'Assicurato, così come le spese di trasporto e alloggio dell'Assicurato.

Servizi amministrativi

Realizzata la seconda opinione medica e una volta che l'Assicurato abbia confermato il suo desiderio di ricevere cure ospedaliere in U.S.A., oltre ai servizi di cui nella sezione anteriore Mapfre Asistencia si impegna a prestare i seguenti servizi:

- prima dell'arrivo dell'Assicurato, ottenimento dei preventivi e dei costi stimati relativi al ricovero ed agli onorari medici corrispondenti alle cure mediche che l'Assicurato deve ricevere in U.S.A.;
- presentazione e introduzione dell'Assicurato, mediante una tessera che lo identifichi come membro della corrispondente rete di fornitori di servizi di assistenza sanitaria (ppo) nell'ospedale in cui sarà ricoverato;
- coordinamento delle cure all'Assicurato nell'ospedale da lui scelto e degli appuntamenti con il medico specialista;
- revisione, controllo e analisi delle corrispondenti fatture e verifica delle voci definite come "usuali e solite" nel corso del trattamento dell'Assicurato;
- auditing completo delle voci e delle spese inserite nelle fatture, relazionate con le cure mediche ricevute dall'Assicurato;
- conseguimento di eventuali sconti, sui costi dei servizi medici e ospedalieri.

RIFERIMENTI DEL CODICE CIVILE

Art. 60 cod. civ. - Altri casi di dichiarazione di morte presunta

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

1) quando alcuno è scomparso in operazioni belliche alle quali ha preso parte, sia nei corpi armati, sia al seguito di essi, o alle quali si è comunque trovato presente, senza che si abbiano più notizie di lui, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace o in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità;

2) quando alcuno è stato fatto prigioniero dal nemico, o da questo internato o comunque trasportato in paese straniero, e sono trascorsi due anni dall'entrata in vigore del trattato di pace, o, in mancanza di questo, tre anni dalla fine dell'anno in cui sono cessate le ostilità, senza che si siano avute notizie di lui dopo l'entrata in vigore del trattato di pace ovvero dopo la cessazione delle ostilità;

3) quando alcuno è scomparso per un incidente e non si hanno più notizie di lui, dopo due anni dal giorno dell'infortunio o, se il giorno non è conosciuto, dopo due anni dalla fine del mese o, se neppure il mese è conosciuto, dalla fine dell'anno in cui l'infortunio è avvenuto (c. 61 - 63; nav. 206 ss., 837 s.)

Art. 62 cod. civ. - Condizioni e forme della dichiarazione di morte presunta

La dichiarazione di morte presunta nei casi indicati dall'Art. 60 può essere domandata quando non si è potuto procedere agli accertamenti richiesti dalla legge per la compilazione dell'atto di morte. Questa dichiarazione è pronunciata con sentenza del tribunale su istanza del pubblico ministero o di alcuna delle persone indicate nei capoversi dell'Art. 50.

Il tribunale, qualora non ritenga di accogliere l'istanza di dichiarazione di morte presunta, può dichiarare l'assenza dello scomparso (c. 49 ss.)

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

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

L'Assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione. L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata. Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

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

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma **l'Assicuratore può recedere** dal contratto stesso, mediante dichiarazioni da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1897 cod. civ. - Diminuzione del rischio

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

Art. 1898 cod. civ. - Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. **L'Assicuratore può recedere dal contratto**, dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito

l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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

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

Art. 1900 cod. civ. - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'Assicurato o dei dipendenti

L'Assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave (c. 1917). L'Assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere (c. 2048, 2049; nav. 524).

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana (cost. 2) o nella tutela degli interessi comuni all'Assicuratore (c. 1914 terzo comma; nav. 522 secondo comma).

Art. 1901 cod. civ. - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, **l'assicurazione resta sospesa** fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza.

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

La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 cod. civ. - Assicurazione presso diversi Assicuratori

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

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità. Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri.

L'Assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purchè le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.

Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1912 cod. civ. - Terremoto, guerra, insurrezioni, tumulti popolari

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

Art. 1913 cod. civ. - Avviso all'Assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro 24 ore.

Art. 1916 cod. civ. - Diritto di surrogazione dell'Assicuratore

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

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'Assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici.

L'Assicurato è responsabile verso l'Assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

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

Art. 2952 cod. civ. - Prescrizione in materia di assicurazione

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

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

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

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

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

Data ultimo aggiornamento 29/11/2017



SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETA' COOPERATIVA
SEDE LEGALE E DIREZIONE GENERALE:
LUNGADIGE CANGRANDE, 16 - 37126 VERONA (ITALIA)
TEL. 045 8 391 111 - FAX 045 8 391 112

www.cattolica.it

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE - SOCIETÀ COOPERATIVA - Sede legale: Lungadige Cangrande, 16 - 37126 Verona (Italia) - Tel. 045 8 391 111 - Fax 045 8 391 112 - Pec: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - C.F./P.I. e n. di iscriz. al reg. delle imprese di VR 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A. di VR n. 9962 - Soc. iscritta all'Albo delle Soc. Coop. al n. A100378 - Albo Imprese presso IVASS n. 1.00012 - Capogruppo del Gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi presso IVASS al n. 019 - Impresa aut. all'eserc. delle assic. a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923
www.cattolica.it