

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura in caso di infortunio i parroci, i sacerdoti, i dipendenti, volontari e oratoriani, alunni, allievi convittori e semiconvittori. Per i parroci e sacerdoti la polizza assicura anche in caso di Malattia.



Che cosa è assicurato?

✓ Infortuni

- ✓ Morte per infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di decesso per infortunio, della somma assicurata ai Beneficiari o eredi. Include la morte presunta.
- ✓ Invalità permanente per infortunio: prevede un indennizzo in caso di infortunio che comporti un'invalità permanente totale o parziale.
- ✓ Inabilità temporanea per infortunio: prevede l'indennizzo, in caso di inabilità temporanea causata da infortunio, di una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività professionali principali o secondarie.
- ✓ Ricovero, convalescenza e gesso: prevede, in caso di ricovero per infortunio, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. È inclusa, inoltre, la diaria per gessatura.
- ✓ Spese di cura per infortunio: prevede l'indennizzo delle spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche e ospedaliere a seguito di un infortunio. Sono previste garanzie aggiuntive.

✓ Malattia

- ✓ Invalità permanente per malattia: prevede un indennizzo in caso di malattia che comporti un'invalità permanente.
- ✓ Diaria da ricovero per malattia o parto: prevede, in caso di ricovero per malattia in istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. Sono previste garanzie aggiuntive.

- ✓ Assistenza: garantisce le seguenti prestazioni di assistenza, erogate tramite l'intervento di una centrale operativa: Consulenza medica, invio medico in Italia, Trasporto in ambulanza in Italia, Rientro Sanitario, Viaggio di un accompagnatore, Rientro con un accompagnatore, Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato, Rientro dal centro ospedaliero attrezzato, invio medicinali urgenti, invio infermiere al domicilio, assistenza per cure fisioterapiche, rimpatrio salma.



Che cosa non è assicurato?

✗ Infortuni e Malattia:

- ✗ Stato di ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
 - ✗ Intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sindromi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici;
 - ✗ Trattamenti dell'infertilità e fecondazione artificiale;
 - ✗ Sviluppo di energia nucleare;
 - ✗ Conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
 - ✗ Contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo
- ### ✗ Infortuni - Non sono compresi gli infortuni causati da:
- ✗ Pratica di sport che prevedono l'uso di veicolo o natanti a motore e messi aerei, sport pericolosi.
 - ✗ Partecipazione a tornei, gare e allenamenti di qualunque sport che preveda un tesseramento a federazioni sportive.
 - ✗ Guida di veicoli o natanti, se l'Assicurato non è abilitato a norma delle disposizioni in vigore.
 - ✗ Guida di veicoli che richiedono una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole, di natanti a motore per uso non privato.
 - ✗ Operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi di polizza;
 - ✗ Azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato
 - ✗ Manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace.
- ### ✗ Malattia:
- ✗ Ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
 - ✗ I ricoveri conseguenti a interruzioni volontarie di gravidanza;
 - ✗ Il day hospital con finalità diagnostiche;
 - ✗ Le invalidità permanenti da 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 o manifestatisi oltre un anno dalla cessazione;

- x Le invalidità permanenti da malattie conseguenti a trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- x Le prestazioni e terapie aventi finalità estetica;
- x I ricoveri per la cura della paradontite e le cure dentarie.



Ci sono limitazioni alla copertura?

! **Infortunati**

! Morte per infortunio:

! L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente per infortunio.

! Invalidità permanente per infortunio:

! In caso di invalidità permanente totale, la Compagnia corrisponde l'intera somma assicurata al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.

! In caso di invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità permanente, al netto di eventuali franchigie operanti in polizza.

! Inabilità temporanea per infortunio:

! La diaria è corrisposta per un massimo di 365 giorni per ogni sinistro e per anno assicurativo.

! Periodo di franchigia: l'indennizzo viene corrisposto a partire dall'1° giorno successivo a quello dell'infortunio.

! Se si verifica fuori Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero

! Ricovero, convalescenza e gesso per infortunio:

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

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

! Gessatura: in tal caso verrà prestata con un massimo di quaranta giorni.

! Day hospital non inferiori a tre giorni: prevista indennità pari al 30% rispetto a quella prevista per il ricovero

! Convalescenza domiciliare post ricovero: prevista indennità per periodo non superiore alla metà del periodo previsto per il ricovero (massimo 30 giorni)

! Rimborso spese di cura per infortunio:

! Per le spese (escluse cure e protesi dentarie) è previsto uno scoperto del 10% con minimo di € 500 per sinistro. Il rimborso non potrà comunque superare il limite del 30% della somma assicurata per ogni sinistro.

! Per le spese di cure e protesi dentarie da infortunio è previsto un limite di indennizzo del 20% della somma assicurata.

! **Malattia**

! Invalidità permanente per malattia:

! 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.

! Diaria da ricovero per malattia o parto:

! La durata massima dei giorni indennizzabili è di 90 giorni per evento e di 180 giorni per anno assicurativo.

! Day hospital non inferiori a tre giorni: prevista indennità pari al 30% rispetto a quella prevista per il ricovero

! Convalescenza domiciliare post ricovero per malattia: prevista indennità per periodo non superiore alla metà del periodo previsto per il ricovero (massimo 30 giorni)

! **Assistenza** - La garanzia non opera per i sinistri provocati o dipendenti da:

! Guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristica di calamità naturale o fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo;

! Le prestazioni non sono fornite negli Stati che si trovino in stato di belligeranza dichiarata o di fatto;

! Dolo dell'Assicurato;

! Suicidio o tentato suicidio;

! 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 d'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 e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso d'alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.



Dove sono coperto dall'assicurazione?

v L'assicurazione vale per il mondo intero



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni inesatte e/o reticenti comportano l'annullamento del contratto e/o limitazioni di indennizzo. Devi comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio descritto in polizza
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio (relativamente alla garanzia infortuni). Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni mutamento della tua attività professionale. In caso di mancata comunicazione, se si dovesse verificare un infortunio durante lo svolgimento della diversa attività, l'indennizzo ti sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non aggrava il rischio oppure in misura ridotta se la diversa attività aggrava il rischio



Quando e come devo pagare?

Il Contraente è tenuto a versare il premio o le rate di premio alle scadenze pattuite (che possono essere semestrali o annuali).

Il pagamento del premio avviene con una delle seguenti modalità:

- Assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato all'agente in qualità di agente della Società;
- Ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di Agente della Società;
- Contante, presso l'agenzia, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge (€ 750).

E' possibile richiedere il frazionamento del premio con conseguente aumento del premio imponibile (3% per rateazione semestrale).



Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La durata del contratto viene determinata concordemente tra le parti e vien indicata in polizza
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato in polizza a condizione che il premio o la prima rata di premio siano stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno di pagamento. In particolare la garanzia ha effetto:

Infortuni: dalle ore 24 del pagamento effettivo

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 prima della sottoscrizione del contratto;
 - Dal 300° giorno successivo a quello di pagamento effettivo per il parto.
- Se non paghi i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, fermo il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.



Come posso disdire il contratto?

- In caso di "tacito rinnovo" il contratto può essere disdetto mediante lettera raccomandata A/R da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza contrattuale indicata in polizza; diversamente il contratto si intende prorogato per la durata di un anno e così successivamente.
- Se il contratto è stipulato "senza tacito rinnovo", la copertura assicurativa cessa automaticamente alla sua scadenza.
- Dopo ogni denuncia di sinistro, entrambe le parti possono recedere dal contratto entro 60 giorni dal pagamento o dal rifiuto di pagamento dell'indennizzo mediante raccomandata A/R con effetto dal 30° esimo giorno successivo alla data di ricevimento.

Polizza Infortuni per la parrocchia

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP Aggiuntivo Danni)

Società Cattolica di Assicurazione S.p.A.

Prodotto: "OMNIA SALUTE"



Data di aggiornamento: 06/2022 - Il DIP Aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A., Lungadige Cangrande; n.16; cap 37126; Verona; tel. 045 8 391 111; sito internet www.cattolica.it; email: cattolica@cattolicaassicurazioni.it; PEC: cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it. Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'art. 65 R.D.L. 29 aprile 1923 n° 966 iscrizione all'albo Imprese tenuto dall'IVASS n° 1.00012, società soggetta all'attività di direzione e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 2.189,378 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 685,044 milioni di euro - il totale delle riserve patrimoniali ammonta a 1.497,343 milioni di euro);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 1.278,148 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 536,901 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 2.597,164 milioni di euro (b);
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 2.065,471 milioni di euro.

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 2,03 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: www.cattolica.it/ir

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti precisazioni relative alle diverse garanzie offerte.

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza.

Esempio: Garanzia Infortuni - Per Invalità permanente per infortunio in caso di ernia addominale non operabile, è corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.

- a) l'asfissia di origine non morbosa;
- b) gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- c) l'annegamento;
- d) l'assideramento o congelamento;
- e) i colpi di sole o di calore;
- f) le affezioni conseguenti a morsi di animali e rettili od a punture di insetti, aracnidi, esclusa la malaria;
- g) gli infortuni derivanti da colpa grave dell'Assicurato;

- h) gli infortuni causati da tumulti popolari, a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;
- i) gli infortuni derivanti da stati di malore o incoscienza, non provocati da ebbrezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- j) le lesioni da sforzo, con esclusione degli infarti e delle ernie.

Sono inoltre comprese le ernie addominali da sforzo, limitatamente alla garanzia di invalidità permanente e inabilità temporanea da infortunio, se previste dal contratto.

La garanzia vale altresì durante la pratica di attività sportive a carattere ricreativo, la partecipazione a gare competitive parrocchiali e relativi allenamenti, e durante la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, windsurf e vela.

Oltre a quanto indicato nel DIP sono previste le seguenti coperture:

Infortuni

Morte per infortunio

- Cumulo dell'indennità: l'indennizzo per il caso di morte non è cumulabile con quello per l'invalidità permanente da infortunio. È prevista la corresponsione ai beneficiari della differenza tra l'indennizzo pagato per Invalidità permanente e la somma assicurata per il caso morte, in caso di successivo decesso dell'Assicurato.

Invalidità permanente per infortunio

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale di invalidità permanente, al netto dell'eventuale franchigia operante in polizza:

- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente totale, viene corrisposta l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio comporta una Invalidità permanente parziale, l'indennizzo è calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado di invalidità accertato con riferimento alla Tabella ANIA.
 - Sono previsti criteri specifici e particolari di indennizzabilità in caso di invalidità preesistente e invalidità permanente parziale non presente nelle succitate tabelle, nonché un valore massimo di indennizzo in caso di lesioni plurime;
 - In caso di decesso indipendente dall'infortunio prima che l'indennizzo per invalidità permanente sia stato pagato, verrà corrisposto l'indennizzo determinato sulla base delle risultanze mediche acquisite prima del decesso.

Diaria da ricovero per infortunio

In caso di degenza conseguente a ricovero importante (interventi per asportazione di organi, trapianti, artro-protesi delle grandi articolazioni), la diaria viene raddoppiata.

Rimborso spese di cura per infortunio

- In presenza di ricovero o intervento chirurgico anche ambulatoriale, sono comprese le spese per:
 - accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero o alla data dell'intervento chirurgico;
 - onorari del chirurgo e dell'équipe operatoria, diritti di sala operatoria e materiali di intervento;
 - rette di degenza;
 - assistenza medica e infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici 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 effettuati nei 120 giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico;
 - 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 fisionomica successivi all'infortunio;

- In assenza di ricovero o intervento chirurgico anche ambulatoriale, sono comprese le spese per:
 - accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali effettuati nei 120 giorni successivi all'infortunio;
- Cure e protesi dentarie da infortunio
S'intendono comprese anche le spese sostenute per:
 - protesi dentarie e ogni altra protesi resa necessaria da infortunio, escluse rotture o danneggiamenti di protesi preesistenti;
 - acquisto di lenti e occhiali a seguito di infortunio che comporti diminuzione della vista;
 - acquisto e/o affitto di materiale necessario per un corretto decorso dell'infortunio (ad es. stampelle, busti...).

Malattia

Ricovero per malattia

In caso di degenza conseguente a ricovero importante (malattie coronariche e infartuali, rivascolarizzazione cardiaca e by-pass; neoplasie maligne; interventi per l'asportazione di organi; trapianti; artro-protesi delle grandi articolazioni; ictus cerebrale), la diaria viene raddoppiata.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Franchigia assoluta sull'IP per infortunio pari al 5%	Previste le seguenti franchigie: <ul style="list-style-type: none">• Prevista la franchigia assoluta del 5%;• Per invalidità permanente pari o superiore al 50%, l'indennizzo corrisposto è pari al 100% della somma assicurata.
--	---

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Eliminazione franchigia assoluta sull'IP per infortunio	L'indennizzo verrà corrisposto in base al grado di invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna franchigia.
Tabella INAIL	Sottoscrivendo tale garanzia, per la determinazione del grado di invalidità permanente viene utilizzata la tabella INAIL (in luogo di quella ANIA). Restano valide le franchigie previste in polizza o, se acquistate, quelle di cui alle garanzie aggiuntive.
Franchigia su inabilità temporanea di 5 giorni	Sottoscrivendo tale garanzia, viene applicata una franchigia di 5 giorni per l'erogazione dell'indennizzo.
Alpinismo	La copertura è estesa agli infortuni derivanti dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce e accesso a ghiacciai, anche fuori dai sentieri segnati, di qualsiasi grado purchè: <ul style="list-style-type: none">• fino al terzo grado non siano effettuate isolatamente;• oltre il terzo grado siano effettuate con accompagnamento di guida patentata.
Uso e guida di motocarri, autofurgoni e autocarri	La copertura è estesa agli infortuni durante la guida di autofurgoni e autocarri in genere, macchine agricole e operatrici, se l'Assicurato è in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Rispetto a quanto indicato nel DIP, si precisa che non sono coperti gli infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti o sostanze allucinogene.
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

Infortuni

Invalidità permanente per infortunio

- Prevista la franchigia assoluta del 3%;
- In caso di invalidità permanente da infortunio superiore al 50%, non verrà applicata alcuna franchigia.

Inabilità temporanea per infortunio

- Se l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria viene dimezzata;
- È prevista la maggiorazione del 50% dell'indennizzo per inabilità temporanea a decorrere dal 60° giorno successivo dall'inizio della prestazione;
- In caso di ernia addominale operabile, viene corrisposta un'indennità per inabilità temporanea fino a un massimo di quindici giorni.

Diaria da ricovero per infortunio

In caso di frattura della costola, verrà corrisposta la diaria per una durata forfettaria di 20 giorni; per le altre fratture, la durata forfettaria è pari a 40 giorni.

Malattia

Invalidità permanente per infortunio

È prevista l'applicazione della franchigia del 25%.

Assistenza

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 sessanta giorni di permanenza continuativa all'estero.

Trasporto in autoambulanza in Italia

La Società tiene a proprio carico la relativa spesa fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo.

Rientro sanitario

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

Viaggio di un accompagnatore

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

Invio medicinali urgenti

La garanzia è operante quando il sinistro si verifica a oltre 50 km dal comune di residenza. Restano a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali stessi.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: entro 3 giorni dalla data di accadimento del sinistro o dal momento in cui se ne è avuta conoscenza, l'Assicurato o suoi familiari/eredi devono darne comunicazione per iscritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza o alla Società stessa. Per la garanzia di "Invalidità permanente per malattia" la denuncia deve avvenire entro 3 giorni da quando sia motivo di ritenere che la malattia possa interessare la garanzia prestata e comunque entro un anno dalla scadenza del contratto. La denuncia deve contenere l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che hanno determinato il sinistro, con una dettagliata descrizione delle modalità di accadimento. Deve essere corredata da certificato medico e dai successivi certificati medici che documentino il decorso delle lesioni, rinnovati alle scadenze previste se trattasi di "Inabilità temporanea da infortunio".
	Assistenza diretta/in convenzione: Non presente.
	Gestione da parte di altre imprese: per le prestazioni dei servizi di assistenza, la gestione dei sinistri è effettuata da IMA ASSISTANCE. L'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa al num.verde 800.572.572 oppure al num. 02.24.12.85.70 (preceduto dal prefisso per l'Italia in caso si trovi all'estero). Se impossibilitato a telefonare, potrà inviare un fax al seguente numero: 02.24.12.82.45.
	Prescrizione: Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	La Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	<ul style="list-style-type: none">- In caso di risoluzione automatica del contratto, entro 15 giorni dalla data di annullamento del contratto viene restituita al contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto, escluse le imposte;- In caso di recesso, la Società rimborserà restituita al contraente la parte di premio versata relativo al restante periodo di garanzia ancora in corso e non goduto, entro 15 giorni dalla data di effetto del recesso, escluse le imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	È prevista la risoluzione del contratto in caso di sopravvenienza di una delle seguenti affezioni: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia, sindromi psico-organiche, sieropositività da HIV, schizofrenia, forme maniaco-depressive, stati paranoici.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è rivolto a parroci, sacerdoti coadiutori e diacono, dipendenti e collaboratori volontari, oratoriani, alunni, allievi, convivitori e semiconvivitori.



Quali costi devo sostenere?

- Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	23,0 %
----------------	--------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p style="text-align: center;"><i>Società Cattolica di Assicurazione S.p.A. Servizio Reclami Lungadige Cangrande n° 16 - 37126 Verona (Italia) Fax: 045/8372354 Email: reclami@cattolicaassicurazioni.it</i></p> <p>indicando i seguenti dati:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, indirizzo completo dell'esponente; - numero della polizza e nominativo del Contraente; - numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento; - indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. <p>La Società' gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.</p>
All'IVASS	<i>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it.</i>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	<p><i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale.</i></p> <p>Il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto.</p>
Negoziazione assistita	<p><i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. Facoltativa.</i></p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Arbitrato - In caso di controversie di natura medica sulla determinazione dell'indennizzo a seguito di infortunio o malattia, possono essere risolte in via arbitrale mediante l'incarico di un collegio di tre medici. Ogni parte designa un proprio consulente, mentre il terzo medico viene designato di comune accordo e scelto tra i consulenti medici legali o, in caso di disaccordo, viene designato dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo in cui si riunisce il collegio.</p> <p>L'incarico viene dato per iscritto al collegio medico, insieme a tutta la documentazione disponibile. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato coincide con il comune ove ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino alla residenza dell'Assicurato.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: http://www.ec.europa.eu/fin-net) oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONDE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le presenti Condizioni di Assicurazione
MOD. OMNIASAL 2 - ED. 04/2021
sono parte integrante del Set Informativo
unitamente ai documenti informativi precontrattuali:

- DIP Danni MOD. OMNIASAL DIP - ed. 04/2021
- DIP aggiuntivo Danni MOD. OMNIASAL DIP AGG - ed. 06/2022



INDICE

DEFINIZIONI.....	3
<i>Definizioni valide per l'assicurazione in generale.....</i>	3
<i>Definizioni specifiche per la garanzia assistenza.....</i>	5
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE.....	6
NORME PARTICOLARI CHE REGOLANO LE SPECIFICHE CATEGORIE DI ASSICURATI.....	11
DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO.....	13
MORTE PER INFORTUNIO.....	15
<i>Garanzia base.....</i>	15
INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO.....	16
<i>Garanzia base.....</i>	16
<i>Garanzie aggiuntive.....</i>	17
INABILITA' TEMPORANEA PER INFORTUNIO.....	18
<i>Garanzia base.....</i>	18
<i>Garanzia aggiuntiva.....</i>	18
RICOVERO, CONVALESCENZA E GESSO PER INFORTUNIO.....	19
<i>Garanzia base.....</i>	19
SPESE DI CURA PER INFORTUNIO.....	20
<i>Garanzia base.....</i>	20
PRESTAZIONI SPECIALI PER INFORTUNIO.....	21
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.....	22
<i>Garanzia base.....</i>	22
RICOVERO PER MALATTIA.....	23
<i>Garanzia base.....</i>	23
ASSISTENZA.....	24
<i>Garanzia base.....</i>	24
TABELLA N. 1 INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO.....	28
TABELLA N. 2 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.....	30
TABELLA N. 3 INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA.....	33
CLASSIFICAZIONI DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI.....	34

DEFINIZIONI

Definizioni valide per l'assicurazione in generale

Nel testo che segue si intende per:

Allievi, alunni

I minorenni che frequentano gli istituti scolastici gestiti dall'ente assicurato e vi possono anche dimorare, stabilmente, in qualità di convittori o semiconvittori.

Assicurato

La persona il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Beneficiario

Gli eredi legittimi e/o testamentari, in parti uguali tra loro, oppure la persona fisica o giuridica designata dal Contraente, ai quali la Società deve liquidare l'indennizzo in caso di infortunio con decesso dell'Assicurato.

Collaboratori volontari

Le persone di età non superiore a ottanta anni, non dipendenti dell'Ente assicurato, che prestano la loro opera volontariamente e gratuitamente nello svolgimento delle varie attività promosse e organizzate per il perseguimento dei fini istituzionali dell'Ente stesso.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il premio

Convalescenza a domicilio

Il periodo di tempo successivo a un ricovero durante il quale l'Assicurato - su prescrizione dei medici che l'hanno curato - è costretto al riposo assoluto presso il proprio domicilio per non compromettere la guarigione clinica.

Convittori o semiconvittori

I minorenni che frequentano gli istituti scolastici gestiti dall'Ente assicurato e che dimorano stabilmente presso gli stessi, rispettando il calendario didattico di detti istituti.

Centrale operativa

La struttura di Mapfre Warranty - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (Biella), costituita da: medici, tecnici, operatori. E' in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e in virtù di specifica convenzione sottoscritta con La Società provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato, organizza ed eroga, con costi a carico di La Società stessa, le prestazioni di assistenza previste nel contratto.

Day hospital

La degenza diurna, in istituto di cura (pubblico o privato) regolarmente autorizzato all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, documentata da cartella clinica e finalizzata all'erogazione di trattamenti terapeutici o chirurgici.

Dipendenti Le persone, regolarmente iscritte a libro paga dell'Ente assicurato.

Ente parrocchiale

L'ente collegato con la parrocchia e che comunque svolge la propria attività per finalità strettamente connesse alla stessa.

Franchigia

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato.

Inabilità temporanea

La perdita temporanea, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato ad attendere alle proprie attività professionali principali e secondarie.

Indennizzo

La prestazione in denaro dovuta da la Società in caso di sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili che abbiano per conseguenza diretta ed esclusiva la morte, l'invalidità permanente o l'inabilità temporanea.

Insorgenza

L'epoca in cui si manifestano clinicamente, ossia con sintomi oggettivi, le prime alterazioni dello stato di salute, indipendentemente dalla diagnosi di malattia.

Invalidità permanente

La perdita definitiva, totale o parziale, della capacità dell'Assicurato a svolgere un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura

Gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di cura per la convalescenza e il soggiorno.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia improvvisa

La malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Oratoriani

I giovani di età inferiore ai trenta anni che frequentano gli oratori gestiti dall'Ente assicurato.

Parrocchia

L'ente morale ecclesiastico avente per scopo istituzionale l'esercizio del culto e delle attività educative, formative e ricreative ad esso connesse.

Parti

L'Assicurato e la Società.

Polizza

Il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio

La prestazione in denaro dovuta dal Contraente alla Società.

Ricovero/degenza

La permanenza in un istituto di cura che comporti il pernottamento.

Rischio

La possibilità che si verifichi il sinistro.

Scoperto

La quota del danno liquidabile a termini di polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sforzo

L'evento straordinario e improvviso in cui, per vincere una resistenza esterna, è richiesto l'impiego di un'energia muscolare superiore alle possibilità fisiche dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per cui è prestata l'assicurazione.

Società

La Compagnia Assicuratrice

Definizioni specifiche per la garanzia assistenza

Centrale Operativa

E' la struttura di Mapfre Warranty - Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (Biella), costituita da tecnici e operatori, che è in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno e, in virtù di una specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato e organizza ed eroga, con costi a carico della Società stessa, le spese di assistenza previste in polizza.

Prestazioni

I servizi prestati dalla centrale operativa all'Assicurato.

Sinistro

L'evento che determina la richiesta di assistenza dell'Assicurato, verificatosi in un momento successivo alla conclusione del contratto.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

a) Dichiarazioni inesatte o reticenze rese con dolo o colpa grave Le dichiarazioni relative al rischio Assicurato che si rivelino inesatte e/o le reticenze rese dal Contraente che abbia agito con dolo o colpa grave possono comportare l'annullamento del contratto, nei casi e secondo le modalità previste dall'articolo 1892 del codice civile, fermo restando il diritto di a percepire i premi relativi al periodo di assicurazione in corso sino al momento dell'eventuale richiesta di annullamento del contratto.

Tuttavia il contratto non può essere impugnato se la Società non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione entro tre mesi dal momento in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza o della reticenza delle dichiarazioni.

In ogni caso, qualora si verifichi un sinistro prima della scadenza dei tre mesi suddetti, la Società non è tenuta a pagare la somma assicurata.

b) Dichiarazioni inesatte o reticenze senza dolo o colpa grave Se il Contraente, agendo senza dolo o colpa grave, ha reso dichiarazioni inesatte e/o reticenti in merito alle circostanze di rischio, la Società può recedere dal contratto comunicando tale sua decisione al Contraente entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, nei casi e con le modalità previsti dall'articolo 1893 del codice civile.

Tuttavia, ai sensi della norma sopracitata, se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza o la reticenza sia conosciuta dalla Società, o prima che la stessa abbia dichiarato di recedere dal contratto, l'indennizzo dovuto è ridotto in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato, se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 2 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo Assicurato.

Art. 3 - Altre assicurazioni

L'Assicurato deve comunicare per iscritto a la Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa di tale comunicazione determina la perdita del diritto all'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli articoli 1910 e 1913 del codice civile.

Art. 4 - Modifiche al contratto

Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - 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 a la Società. Se il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo il diritto di la Società a pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'articolo 1901 del codice civile.

Art. 6 - 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 prima della**

sottoscrizione del contratto. Sono comunque escluse le conseguenze di infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della sottoscrizione del contratto. Per la garanzia invalidità permanente da malattia sono sempre escluse le conseguenze relative a infortuni, malattie, malformazioni o stati patologici insorti anteriormente all'effetto del contratto.

Se il contratto è 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 le somme assicurate da quest'ultima previste;**
- **dalla data di decorrenza del presente contratto, limitatamente alle diverse prestazioni e alle maggiori somme assicurate da essa previsti.**

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

Art. 7 - Variazione del premio alla scadenza del contratto

Qualora la Società intenda rinnovare il contratto a condizioni tariffarie diverse da quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno sessanta giorni prima della scadenza.

Se il Contraente non comunicherà a la Società di accettare espressamente le nuove tariffe entro la scadenza contrattuale, il contratto si intenderà risolto alla sua scadenza.

Il pagamento del nuovo premio costituisce in ogni caso dichiarazione di accettazione della nuova tariffa.

Art. 8 - Aggravamento del rischio

Relativamente alla garanzia infortuni, il Contraente deve dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio assicurato tale per cui, se il nuovo stato delle cose fosse stato conosciuto al momento della conclusione del contratto, la Società non lo avrebbe stipulato o lo avrebbe stipulato a diverse condizioni di premio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1898 del codice civile.

Art. 9 - Diminuzione del rischio

Relativamente alla garanzia infortuni, il Contraente è tenuto a comunicare alla Società e eventuali diminuzioni del rischio.

In tale evenienza La Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla suddetta comunicazione, ai sensi dell'articolo 1897 del codice civile, rinunciando al diritto di recesso previsto al primo comma di tale articolo.

Art. 10 - Proroga del contratto

La durata del presente contratto viene determinata concordemente tra le Parti al momento della stipulazione del contratto e viene indicata nella Scheda di Polizza.

In mancanza di disdetta, inviata a mezzo di lettera raccomandata a.r., e pervenuta all'altra parte almeno trenta giorni prima della scadenza, il contratto di durata non inferiore a un anno è prorogato per un anno e così successivamente, salvo che nella Scheda di Polizza venga indicato "NO" relativamente al tacito rinnovo.

Art. 11 - Risoluzione del contratto

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate: intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sintomi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidei, sindrome da immunodeficienza acquisita (HIV) costituisce causa di risoluzione del contratto.

In questo caso la Società rimborsa al Contraente, entro 15 giorni dalla data di annullazione del contratto, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 12 - Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni denuncia di sinistro, le Parti hanno la facoltà di recedere dal contratto entro sessanta 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 annullazione del contratto, la parte di premio versata relativa al periodo di garanzia non goduto.

Art. 13 - Oneri fiscali

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

Art. 14 - Oggetto dell'assicurazione

Il presente contratto ha per oggetto la prestazione di garanzie per i casi di:

- morte per infortunio;
- invalidità permanente per infortunio;
- inabilità temporanea per infortunio;
- ricovero, convalescenza e gesso per infortunio;
- spese di cura per infortunio;
- invalidità permanente da malattia;
- ricovero per malattia;
- richiesta di assistenza, se ed in quanto previsto nelle singole sezioni delle Schede Tecniche di Polizza.

L'assicurazione è prestata a favore degli Assicurati indicati nelle Schede Tecniche di Polizza ed esclusivamente in relazione alle garanzie richiamate nelle schede stesse per le quali risultano riportate le somme assicurate e/o massimali e i relativi premi.

Art. 15 - 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.

Art. 16 - Rischi compresi

Sono inoltre compresi

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

Sono invece comprese le ernie addominali da sforzo, limitatamente alla garanzia di invalidità

permanente e inabilità temporanea da infortunio, se previste 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 addominale non risulta operabile, è corrisposta un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per invalidità permanente.**

Art. 17 - Rischi sportivi compresi

La garanzia vale altresì durante:

- la pratica di attività sportive a carattere ricreativo e la partecipazione a gare competitive parrocchiali o interparrocchiali, compresi i relativi allenamenti;
- la partecipazione, a livello non professionistico, a gare e relativi allenamenti di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennis, tennistavolo, windsurf e vela.

Art. 18 - Rischi sportivi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- la pratica di sport che prevedono l'uso di veicoli o natanti a motore;
- la pratica di sport pericolosi come: pugilato, atletica pesante, lotta nelle varie forme, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, sci d'alpinismo e/o fuoripista, guidoslitta, motonautica, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, hockey a rotelle e su ghiaccio, rugby, football americano, immersioni subacquee con autorespiratore, uso di canoa nei tratti montani di fiumi e torrenti caratterizzati da cascate, rafting, canyoning, bungee jumping;
- la partecipazione a tornei, gare e relativi allenamenti di qualunque sport che preveda un preventivo tesseramento alle competenti federazioni sportive, ad eccezione di: atletica leggera, bocce, golf, pesca non subacquea, podismo, scherma, surf, tennistavolo, tiro, windsurf e vela. Sono comunque compresi in garanzia gli infortuni occorsi durante le attività sportive a carattere dilettantistico fra reparti del Contraente e con reparti di altre organizzazioni congeneri;
- la guida e la pratica di sport che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili).

Art. 19 - Rischio volo

La garanzia vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca in qualità di passeggero durante i voli di linea regolari o di trasporto a domanda (voli charter) a condizione che non siano eserciti da società e/o aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri e/o aereoclubs.

Art. 20 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero. **Se l'inabilità temporanea si verifica fuori dall'Europa, l'indennizzo viene erogato limitatamente al periodo di ricovero ospedaliero;** tale limitazione cessa dalle ore 24 del giorno di rientro in Europa dell'Assicurato.

Art. 21 - Rischio guerra

A parziale deroga di quanto previsto dall'articolo 1912 del codice civile, la garanzia è estesa agli infortuni derivanti da stato di guerra, per il periodo massimo di quattordici giorni dall'inizio delle ostilità, **se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno Stato estero.**

Art. 22 - Rischi esclusi

L'assicurazione non comprende gli infortuni causati da:

- a) 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, se rinnovata entro quarantacinque giorni dalla data del sinistro. Non si terrà conto di tale termine qualora l'infortunio comporti tempi di guarigione più lunghi;
- b) guida di veicoli che richiedono alla data di stipula del contratto una patente di categoria superiore alla B, di macchine agricole e operatrici, di natanti a motore per uso non privato.
L'esclusione non opera se l'infortunio deriva dall'esercizio dell'attività professionale dichiarata nel contratto;
- c) operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche derivanti da infortunio non indennizzabile ai sensi della polizza;
- d) azioni delittuose compiute o tentate dall'Assicurato;
- e) manovre ed esercitazioni militari durante il servizio militare in tempo di pace. Per quanto riguarda le

malattie, l'assicurazione non comprende:

- f) i ricoveri conseguenti a infortunio, malattia, malformazioni, difetti fisici e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi prima della stipula del contratto;
- g) i ricoveri conseguenti a interruzioni volontarie di gravidanza;
- h) il day hospital con finalità diagnostiche;
- i) le invalidità permanenti da 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 o manifestatisi 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 le conseguenze dovute a:

- m) stato di ebbrezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o sostanze allucinogene;
- n) intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, epilessia e sindromi epilettoidi, sindromi psico-organiche, schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoici;
- o) trattamenti dell'infertilità e fecondazione artificiale;
- p) sviluppo di energia nucleare;
- q) conseguenze di guerre, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- r) contaminazioni nucleari, biologiche, chimiche prodotte da atti di terrorismo.

Art. 23 - Cambiamento dell'attività professionale

Relativamente alla garanzia infortuni, il Contraente deve comunicare alla Società ogni cambiamento dell'attività professionale dichiarata.

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

	Attività svolta al momento del sinistro		Attività dichiarata	
	A	B	Classi di rischio	
			B	D-RD
A	100	100	100	100
B	70	100	100	100
C	55	75	100	100
D-RD	40	55	70	100

Per determinare il livello di rischio dell'attività dichiarata rispetto a quella effettivamente svolta al momento del sinistro, si fa riferimento alla tabella 4 allegata "Classificazione delle attività professionali" ove sono indicati anche i corrispondenti codici di attività). Per la classificazione di attività eventualmente non specificate nell'elenco sono utilizzati criteri di equivalenza e/o analogia a una attività elencata.

Le disposizioni contenute in questo articolo non sono applicate per la garanzia diaria da ricovero per malattia, rimborso spese mediche da malattia e invalidità permanente da malattia.

Art. 24 - Limite massimo di indennizzo

In caso di un evento che colpisca contemporaneamente più assicurati si conviene che **il limite massimo di indennizzo complessivo non potrà comunque superare l'importo di euro 1.000.000,00.**

NORME PARTICOLARI CHE REGOLANO LE CATEGORIE DI ASSICURATI

Art. 25 - Parroci, sacerdoti coadiutori e diaconi

L'assicurazione vale per i parroci, i sacerdoti coadiutori e i diaconi nominativamente indicati nella Scheda Tecnica di Polizza. La garanzia è prestata 24 ore su 24.

Art. 26 - Dipendenti e collaboratori volontari identificati

La garanzia è operante a favore delle persone indicate nella Scheda Tecnica di Polizza e vale per gli infortuni subiti dalle stesse durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, o di collaborazione volontaria, espressamente dichiarata nella Scheda Tecnica di Polizza in favore della parrocchia o dell'Ente parrocchiale assicurato.

Art. 27 - Oratoriani

La garanzia è operante per gli infortuni che gli oratoriani dovessero subire durante la permanenza nei locali adibiti a oratorio e luoghi gestiti a tale fine, nonché durante la partecipazione alle varie attività connesse alle finalità dell'oratorio stesso, sempreché dette attività siano svolte in gruppo e sotto la diretta sorveglianza e responsabilità dei preposti.

E' compresa la partecipazione a riunioni religiose, civili, culturali, ricreative e sportive in genere, visite a musei, mostre ed esposizioni, pellegrinaggi, gite, passeggiate ed escursioni anche in montagna, compresa la pratica dell'alpinismo **senza scalata di rocce o accesso a ghiacciai**, restando tuttavia inteso che durante le gite in montagna è compreso l'attraversamento di ghiacciai **purché gli stessi si trovino lungo sentieri tracciati**.

E' compreso altresì l'uso d'ordinari mezzi di locomozione durante i viaggi e i percorsi svolti in gruppo e sotto la diretta sorveglianza e responsabilità dei preposti dell'oratorio.

La Società rinuncia all'indicazione nominativa e numerica degli oratoriani Assicurati.

Il premio di polizza viene determinato in base al numero degli abitanti residenti nel territorio di competenza della parrocchia dichiarato dal Contraente all'emissione del contratto e riportato nella Scheda di polizza.

Eventuali significative modifiche nel numero degli abitanti che dovessero verificarsi nel corso della garanzia, dovranno essere comunicate a la Società.

Art. 28 - Collaboratori volontari non identificati

La garanzia è operante esclusivamente per gli infortuni che i collaboratori volontari dovessero subire durante la loro attività di volontariato svolto per conto della parrocchia o dell'ente parrocchiale indicato in polizza.

La Società rinuncia all'indicazione nominativa e numerica dei volontari assicurati. Il premio di polizza viene determinato in base al numero degli abitanti residenti nel territorio di competenza della parrocchia dichiarato dal Contraente all'emissione del contratto e riportato nella Scheda di Polizza.

Eventuali significative modifiche nel numero degli abitanti che dovessero verificarsi nel corso della garanzia, dovranno essere comunicate alla Società.

Art. 29 - Alunni, allievi, convittori e semiconvittori di scuole

La garanzia è operante per gli infortuni che gli alunni, allievi, convittori o semiconvittori, dovessero subire durante la partecipazione all'attività scolastica, presso le scuole indicate dall'apposita scheda di polizza.

La garanzia è altresì operante per tutte le altre attività programmate dall'istituto nell'interesse degli allievi e precisamente come di seguito indicato:

- visite a cantieri, aziende e laboratori, sempreché tali visite non comprendano esperimenti e prove pratiche dirette;
- riunioni religiose e civili;
- refezione e ricreazione;
- tutte le attività ricreative di carattere ginnico/sportivo che si svolgono anche in occasione di prescuola, doposcuola e interscuola, compresi i giochi della gioventù e relativi allenamenti, anche in strutture esterne alla scuola, attività anche extra programma quali le settimane - bianche, compresa la pratica dello sci, **purché effettuate alla presenza di personale incaricato dalla scuola o da organi autorizzati dalla stessa;**
- gite e passeggiate ed escursioni anche in montagna, compresa la pratica dell'alpinismo **senza scalata di rocce o accesso a ghiacciai, sempreché effettuati sotto la direzione, sorveglianza e responsabilità della scuola, durante le gite in montagna possono essere attraversati ghiacciai purché**

gli stessi si trovino lungo sentieri tracciati;

- viaggi d'integrazione culturale e di preparazione d'indirizzo;
- visite guidate, visite a musei e attività culturali in genere, sempreché controllate da organi scolastici o da organi autorizzati dagli stessi;
- pellegrinaggi e gite;
- viaggi effettuati nelle circostanze e per gli scopi su accennati, con ordinari mezzi di locomozione e di trasporto terrestre o marittimo, in servizio pubblico o privato, **purché compiuti in forma collettiva, sotto l'organizzazione, direzione, sorveglianza e vigilanza del Contraente.**

La garanzia vale altresì durante i trasferimenti interni ed esterni connessi allo svolgimento delle suddette attività, nonché durante il tragitto da casa a scuola e viceversa con qualsiasi mezzo di locomozione, **purché questi infortuni avvengano durante il tempo necessario a compiere il percorso prima e dopo l'orario d'inizio e termine di tutte le attività (rischio *in itinere*).**

In caso di sinistro, indennizzabile a termini di polizza, avvenuto durante il rischio *in itinere* con uso di mezzi pubblici e/o privati, e in relazione al quale la Società si riserva la facoltà di agire in surroga nei confronti dei responsabili dei danni, **qualora non siano state osservate le norme di prevenzione previste dal codice della strada l'indennizzo sarà ridotto del 50%.**

Art. 30 - Convittori di case per ferie e/o colonie

La garanzia è operante per gli infortuni che i convittori dovessero subire durante il periodo del loro soggiorno presso gli istituti indicati nell'apposita Scheda Tecnica di Polizza.

S'intendono comprese tutte le attività di carattere ricreativo e sportivo che si svolgono durante il soggiorno comprese le gite e passeggiate ed escursioni anche in montagna, compresa la pratica dell'alpinismo senza scalata di rocce o accesso a ghiacciai, **sempreché effettuati sotto la direzione, sorveglianza e responsabilità dell'Ente Contraente; (durante le gite in montagna possono essere attraversati ghiacciai purché gli stessi si trovino lungo sentieri tracciati).**

DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

Art. 31 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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

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

Art. 32 - Denuncia del sinistro

La denuncia del sinistro deve contenere, a pena di decadenza, l'indicazione del luogo, giorno, ora e cause che lo hanno determinato.

Deve essere corredata da certificato medico. Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato s'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 a la Società le indagini e gli accertamenti necessari.

Per la garanzia invalidità permanente da malattia alla denuncia deve fare seguito la seguente documentazione:

- certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della malattia;
- certificato medico attestante l'avvenuta guarigione clinica della malattia (escluse le malattie neoplastiche);
- copia della cartella clinica e ogni altro documento utile per la valutazione dei postumi invalidanti.

Trascorsi sei mesi dalla data del certificato medico d'avvenuta guarigione clinica, deve essere presentato un ulteriore certificato medico che indica il grado d'invalidità permanente residuo. L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici chiesti dalla Società, eventualmente chiedendo la collaborazione dei medici che lo hanno visitato e curato.

Per la garanzia di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze. Per la diaria da ricovero per malattia e per la diaria da ricovero per infortunio la Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato su presentazione di un documento attestante l'avvenuto ricovero e la copia della cartella clinica. Il pagamento avviene a ricovero ultimato o al termine della convalescenza prescritta.

Per la diaria per gessatura, la Società provvede al pagamento di quanto dovuto all'Assicurato, su presentazione del certificato dell'istituto di cura o del personale medico specializzato che vi ha provveduto e del certificato rilasciato al momento della rimozione della gessatura. Nel caso di frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o di frattura completa della costola, è necessario presentare le radiografie ed i referti.

Il pagamento viene effettuato dopo la rimozione della gessatura.

Per la garanzia rimborso spese di cura per infortunio, il rimborso è effettuato dalla Società a guarigione clinica ultimata su presentazione dei documenti giustificativi (notule del medico, ricevute del farmacista, documenti giustificativi dell'istituto di cura nel quale è avvenuto 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. La mancata produzione nel termine può comportare la perdita al diritto del rimborso.

Art. 33 - Pagamento dell'indennizzo

La Società provvede al pagamento entro 30 giorni dalla sottoscrizione della quietanza di pagamento.

Art. 34 - Controversie sulla determinazione dell'indennizzo

Qualora tra la Società e l'Assicurato insorgano eventuali controversie di natura medica sulle conseguenze delle lesioni subite, sulla durata dell'inabilità, 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 invalidità 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 è 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 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 s'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.

Art. 35 - 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, salvo quanto previsto dall'ultimo comma dell'Art. 29.

Art. 36 - Foro competente

Per ogni controversia derivante dall'applicazione del presente contratto è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza del Contraente.

MORTE PER INFORTUNIO

Garanzia base

Art. 37 - 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. 38 - Morte presunta

Se la salma dell'Assicurato non viene ritrovata, la Società **liquida il capitale garantito dopo sei mesi dalla data della sentenza di dichiarazione di morte presunta prevista dall'articolo 58 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. 39 - Cumulo dell'indennità

L'indennizzo per il caso morte non è cumulabile con quello per invalidità permanente da infortunio.

Tuttavia, 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 morte, se questa è maggiore, senza chiedere il rimborso in caso contrario.

INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO

Garanzia base

Art. 40 - Invalidità permanente da infortunio

La Società corrisponde un indennizzo in caso d'invalidità permanente totale o parziale dell'Assicurato per infortunio.

Art. 41 - Calcolo dell'indennizzo

L'indennizzo è calcolato moltiplicando la somma assicurata per la percentuale accertata d'invalidità permanente al netto dell'eventuale franchigia, secondo i seguenti criteri:

- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- se l'infortunio ha come conseguenza l'invalidità permanente parziale, l'indennizzo viene calcolato sulla somma assicurata in proporzione al grado d'invalidità permanente che deve essere accertata con riferimento all'allegata tabella 1.

Art. 42 - Franchigia assoluta sull'invalidità permanente da infortunio

Le prestazioni per l'invalidità permanente da infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- se l'invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 3% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente supera il 3% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 43 - Criteri specifici d'indennizzabilità

In caso di perdita anatomica o di riduzione funzionale di un organo o di un arto minorato, le percentuali dell'allegata tabella N. 1 sono diminuite tenendo conto del grado d'invalidità preesistente.

Art. 44 - Criteri particolari d'indennizzabilità

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente parziale non prevista dalla tabella 1 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 d'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 d'invalidità viene quantificato tenendo conto della possibilità di applicare dei presidi correttivi.

Art. 45 - Massimo indennizzo per lesioni plurime

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

Art. 46 - Cumulo 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 morte, ove questa sia superiore, senza tuttavia richiedere il rimborso nel caso contrario.

Art. 47 - 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. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/ aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea.

**Garanzie aggiuntive
(operanti solo se richiamate in polizza)****Art. 48 - Franchigia assoluta sull' invalidità permanente per infortunio pari al 5% (O)**

Le franchigie previste all'art. 42 "Franchigia assoluta sull'invalidità permanente per infortunio" si intendono sostituite come di seguito indicato.

Le prestazioni per l'invalidità permanente per infortunio sono soggette all'applicazione delle seguenti franchigie:

- se l'invalidità permanente definitiva è di grado pari o inferiore al 5% della totale non si fa luogo a indennizzo;
- se l'invalidità permanente definitiva supera il 5% della totale viene corrisposto l'indennizzo solo per la parte eccedente.

In caso di invalidità permanente definitiva di grado pari o superiore al 50% della totale, l'indennizzo viene corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata.

Art. 49 - Eliminazione della franchigia assoluta sull' invalidità permanente per infortunio (R)

In deroga all'art. 42 "Franchigia assoluta sull'invalidità permanente per infortunio", l'indennizzo verrà corrisposto in base al grado di invalidità permanente accertato, senza applicazione di alcuna franchigia.

Art. 50 - Tabella INAIL (H)

La tabella N.1 Invalidità permanente per infortunio è sostituita con quella prevista nell'allegato 1 del D.P.R. n° 1124 del 30 giugno 1965 denominata "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di invalidità permanente - INDUSTRIA".

Si precisa che in ogni caso deve ritenersi esclusa l'applicazione delle tabelle di cui al D.P.R. del 23 febbraio 2000 n° 38 che abbiano sostituito la predetta tabella. La Società rinuncia all'applicazione della franchigia relativa prevista dalla legge. Restano valide le franchigie previste nell'art. 42 "Franchigia assoluta sull'invalidità permanente per infortunio" o, se operanti, quelle di cui alle Garanzie aggiuntive art. 48 o 49.

INABILITA' TEMPORANEA PER INFORTUNIO

Garanzia base

Art. 51 - Diaria giornaliera per inabilità temporanea per infortunio

Se l'infortunio ha per conseguenza un'inabilità temporanea, la Società liquida una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle proprie attività professionali principali e secondarie. **Se l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alle sue occupazioni, la diaria è pari al 50% di quella indicata in polizza.**

La diaria è corrisposta per un massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni per ogni sinistro.

Art. 52 - Franchigia sull'inabilità temporanea per infortunio

L'indennizzo per inabilità temporanea viene corrisposto a partire dall'11° giorno successivo a quello dell'infortunio.

Art. 53 - Maggiorazione dell'inabilità temporanea da infortunio

A decorrere dal 60° giorno successivo a quello in cui inizia l'erogazione della prestazione, l'indennizzo per inabilità temporanea parziale e totale si intende aumentato del 50% fermo restando il periodo di franchigia di cui al precedente art. 52 "Franchigia sull'inabilità temporanea per infortunio".

Garanzia aggiuntiva **(operante solo se richiamata in polizza)**

Art. 54 - Franchigia su inabilità temporanea pari a 5 giorni (Q)

In deroga all'art. 52 "Franchigia sull'inabilità temporanea per infortunio", l'indennizzo viene corrisposto a partire dal sesto giorno successivo a quello dell'infortunio.

RICOVERO, CONVALESCENZA E GESSO PER INFORTUNIO

Garanzia base

Art. 55 - Diaria da ricovero per infortunio

La Società corrisponde, in caso di ricovero per infortunio dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza. **La durata massima è di novanta giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.** In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata. Gli infortuni che determinano un ricovero importante sono:

- interventi per asportazione di organi;
- trapianti;
- artro-protesi delle grandi articolazioni.

Art. 56 - Day hospital

In caso di day hospital per un periodo non inferiore a tre giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 30% dell'indennità prevista in polizza per il ricovero purché risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

Art. 57 - Diaria da convalescenza post ricovero

In caso di ricovero per infortunio di durata superiore a dieci giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dal medico che ha avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, corrisponde un'indennità per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un massimo di trenta giorni per evento.

Art. 58 - Diaria per gessatura

Se l'infortunio comporta immobilizzazione con gesso o altro materiale rigido e rimovibile solo mediante demolizione, compresi i mezzi di osteosintesi, fissatori **esterni, (escluse quindi le fasciature funzionali, collari, tutori e simili)**, applicati a titolo curativo per lesioni traumatiche, la Società corrisponde all'Assicurato un'indennità pari a quella prevista per la diaria da ricovero per infortunio fino alla rimozione del mezzo di immobilizzazione e, comunque, per un periodo massimo di 40 giorni.

Viene riconosciuta la diaria per gessatura, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, anche per la frattura del bacino, del femore, della colonna vertebrale o per frattura completa della costola, purché radiologicamente accertate. **Non verrà invece equiparata all'immobilizzazione con gesso o altro materiale, l'applicazione di presidi di contenimento delle fratture nasali.**

Per la frattura della costola verrà corrisposta l'indennità prevista in polizza per una durata forfettaria di 20 giorni; per le altre fratture, la durata forfettaria è pari a 40 giorni.

Se l'infortunio comporta sia il ricovero che la gessatura, l'indennità da gessatura verrà corrisposta a partire dal giorno della dimissione.

SPESE DI CURA PER INFORTUNIO

Garanzia base

Art. 59 - Rimborso spese mediche, farmaceutiche, chirurgiche e ospedaliere a seguito di infortunio

In caso di infortunio indennizzabile, la Società assicura, 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 o intervento chirurgico, anche ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici (compresi gli onorari medici) effettuati nei novanta giorni precedenti al ricovero o alla data dell'intervento chirurgico;
- 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 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 nei centoventi giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data di intervento chirurgico.**

Per queste spese, il rimborso viene riconosciuto fino al massimo del 10% 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 fisionomica successivi all'infortunio.

b) se non c'è stato ricovero o intervento chirurgico, anche ambulatoriale:

- accertamenti diagnostici, radioscopie, radiografie, esami di laboratorio, acquisto di medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (**escluse le spese di natura alberghiera**) **effettuati nei centoventi 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 euro 50,00 per ogni sinistro relativo a ciascun Assicurato.

Il rimborso non potrà comunque superare il 30% della somma assicurata.

c) cure e protesi dentarie da infortunio

S'intendono comprese anche le spese sostenute per:

- protesi dentarie e ogni altra protesi resa necessaria da infortunio, escluse rotture o danneggiamenti di protesi preesistenti all'infortunio;
- acquisto di lenti e occhiali prescritti dal medico curante a seguito di infortunio che comporti diminuzione della vista;
- acquisto e/o affitto di materiale necessario all'infortunato per un corretto decorso dell'infortunio (ad es. stampelle, busti ortopedici, sedia a rotelle ecc.).

Tali spese vengono rimborsate con il limite del 20% della somma assicurata.

PRESTAZIONI SPECIALI PER INFORTUNIO **(operanti solo se richiamate in polizza)**

Art. 60 - Alpinismo (B)

L'assicurazione è estesa agli infortuni che derivano dalla pratica dell'alpinismo con scalata di rocce e accesso a ghiacciai, anche fuori dai sentieri segnati, di qualsiasi grado purchè:

- **fino al terzo grado non siano effettuate isolatamente;**
- **oltre il terzo grado siano effettuate con accompagnamento di guida patentata.**

Art. 61 - Uso e guida di motocarri, autofurgoni e autocarri (G)

A parziale deroga del punto b), dell'art. 22 "Rischi esclusi" si conviene che la garanzia vale - se l'Assicurato è in possesso della prescritta e valida patente di abilitazione - durante la guida di autofurgoni e autocarri in genere, macchine agricole e operatrici.

INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Garanzia base

Art. 62 - Invalidità permanente da malattia

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

Art. 63 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo a guarigione clinica avvenuta 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 causato dalle patologie preesistenti.

Le invalidità permanenti da malattia già accertate durante la vigenza di questo contratto non saranno ulteriormente valutate sia in caso di aggravamento che in caso di coesistenza con nuove invalidità da malattie insorte successivamente che verranno quindi valutate in modo autonomo.

In caso di malattia neoplastica la valutazione dei postumi viene effettuata entro un anno dalla prima diagnosi indipendentemente dalla guarigione clinica.

Se a giudizio del medico dell'Assicurato e del consulente medico di la 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. 64 - Modalità di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente da malattia e calcolo dell'indennizzo

La valutazione del grado di invalidità è fatta con riferimento alle percentuali indicate nella tabella 2. Nei casi non previsti nella tabella 2, la percentuale di invalidità viene comunque accertata in base ai valori ed ai criteri indicati nella tabella stessa, tenendo conto della diminuita capacità generica lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

La percentuale di invalidità permanente viene accertata in un periodo compreso fra 6 e 12 mesi dalla data in cui viene certificata l'avvenuta guarigione clinica, fatto salvo quanto disciplinato dall'art. 63 "Criteri di indennizzabilità" in caso di malattia neoplastica.

La determinazione dell'indennizzo, calcolato sulla somma assicurata per invalidità permanente totale in proporzione al grado di invalidità individuato secondo quanto previsto dal presente articolo, è effettuata in base alle seguenti modalità:

- **nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando il grado di invalidità permanente da malattia è di grado inferiore al 25% dell'invalidità totale;**
- se l'invalidità permanente è di grado superiore o uguale al 25% la Società liquida un indennizzo calcolato sulla somma assicurata secondo le percentuali indicate nella tabella 3 "Invalidità permanente da malattia".

Art. 65 - Decesso anteriore al pagamento

Se l'Assicurato decede prima che l'indennizzo per l'invalidità permanente per malattia, già concordato, sia pagato, la Società liquida agli eredi l'importo determinabile sulla base della documentazione acquisita prima dell'avvenuto decesso. Se l'indennizzo al momento del decesso dell'Assicurato non era ancora stato concordato, gli eredi/aventi causa hanno facoltà di dimostrare la sussistenza del diritto all'indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea ad accertare la stabilizzazione dei postumi.

RICOVERO PER MALATTIA

Garanzia base

Art. 66 - Diaria da ricovero, day hospital e diaria da convalescenza post ricovero per malattia

La Società corrisponde, in caso di ricovero per malattia dell'Assicurato in un istituto di cura, un'indennità giornaliera per ciascun giorno di degenza, per **la durata massima di 90 giorni per evento e di centottanta giorni per anno assicurativo.**

In caso di degenza conseguente a un ricovero importante, la diaria viene raddoppiata.

Le malattie che determinano un ricovero importante sono:

- malattie coronariche e infartuali, rivascolarizzazione cardiaca e by-pass;
- neoplasie maligne;
- interventi per l'asportazione di organi;
- trapianti;
- arto-protesi delle grandi articolazioni;
- ictus cerebrale.

In caso di day hospital per malattia per un periodo non inferiore a 3 giorni, la garanzia è operante per un'indennità pari al 30% di quanto previsto in polizza per il ricovero purchè risulti che il day hospital è avvenuto, fatta eccezione per le festività, senza interruzione.

In caso di ricovero per malattia di durata superiore a 10 giorni, seguito da convalescenza domiciliare prescritta dal medico che ha avuto in cura l'Assicurato e corredata da certificato medico, la Società corrisponde una diaria da convalescenza post-ricovero per un periodo non superiore alla metà di quello del ricovero e per un massimo di 30 giorni per evento.

ASSISTENZA

Garanzia base

Art. 67 - Oggetto della garanzia

La Società assicura, tramite l'intervento della centrale operativa, le prestazioni del servizio di assistenza indicate negli articoli seguenti.

Qualora l'Assicurato non fruisca di una o più delle prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 68 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 69 - Consulenza medica

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

Art. 70 - Invio di un medico generico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato, trovandosi in Italia, necessiti di un medico:

- nei giorni festivi
- nei giorni feriali, dalle ore 20 alle ore 8

e non riesca a reperirlo, la centrale operativa provvederà a inviare, a spese di la 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, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

Art. 71 - Trasporto in autoambulanza in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti di un trasporto in autoambulanza, dopo il primo soccorso, la centrale operativa provvederà a inviarla direttamente, tenendo La Società a proprio carico la relativa spesa **fino alla concorrenza di un importo pari a quello necessario per compiere 200 km di percorso complessivo (andata/ritorno).**

Art. 72 - Rientro sanitario

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa 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, rendano necessario il suo trasporto in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la centrale operativa provvederà a effettuare il trasporto con il mezzo più idoneo fra quelli di seguito elencati:

- aereo sanitario, **limitatamente ai casi di sinistri verificatisi in Paesi europei;**
- 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 ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica o infermieristica durante il viaggio, ove necessaria.

La centrale operativa, qualora abbia provveduto al rientro dell'Assicurato a spese della Società, ha diritto di richiedere all'Assicurato stesso, 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 qualora l'Assicurato o i familiari dello stesso addiventano a dimissioni volontarie, contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale l'Assicurato è ricoverato.

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

dell'Assicurato.

Art. 73 - Viaggio di un accompagnatore

Qualora a seguito di un infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato necessiti di un ricovero in un istituto di cura per un periodo superiore a dieci giorni la centrale operativa metterà a disposizione di un accompagnatore 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.

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

Art. 74 - Rientro con un accompagnatore

Qualora a causa di rientro sanitario dell'Assicurato in base alle condizioni della prestazione di cui all'art. 73 "Rientro sanitario", i medici della centrale operativa non ritengano necessario l'assistenza sanitaria durante il viaggio, la centrale operativa provvederà a far rientrare l'assicurato con un accompagnatore a sua scelta residente in Italia utilizzando lo stesso mezzo fino al luogo di ricovero in Italia o alla sua residenza. **I relativi costi sono a carico di la Società fino alla concorrenza massima di euro 200,00.**

Qualora la centrale operativa abbia provveduto al rientro dell'accompagnatore a proprie spese, ha il diritto di richiedere a quest'ultimo, se ne fosse in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato. **Non sono previste le spese di soggiorno dell'accompagnatore.**

Art. 75 - Trasferimento in un centro ospedaliero attrezzato

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che viene ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza per caratteristiche obiettive accertate dai medici della centrale operativa, previa analisi del quadro clinico 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;
- a organizzare il trasporto dell'assicurato con il mezzo più idoneo alle sue condizioni:
 - aereo sanitario limitatamente al caso in cui il sinistro avvenga nei paesi Europei;
 - aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato;
 - treno prima classe e, occorrendo, il vagone letto;
 - autoambulanza, senza limiti di percorso; la centrale operativa utilizzerà l'aereo sanitario solo nel caso in cui il trasferimento avvenga nei paesi europei;
- ad assistere l'Assicurato durante il trasporto con personale medico o paramedico se ritenuto necessario dai medici della centrale operativa.

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

La Società terrà a proprio carico i relativi costi fino ad un massimale di euro 1.300,00 per sinistro.

Art. 76 - Rientro dal centro ospedaliero attrezzato

Quando l'Assicurato, in conseguenza della prestazione di cui all'art. 75 "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 di seguito elencati, che sia più idoneo alle condizioni dell'Assicurato:

- 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 ed effettuato a spese della Società, inclusa l'assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, se necessaria.

L'Assicurato deve comunicare alla centrale operativa l'ospedale presso cui è ricoverato, unitamente a nome e recapito telefonico del medico che l'ha in cura, affinché la centrale operativa possa prendere i necessari contatti.

Art. 77 - Invio di medicinali urgenti

Qualora a seguito di infortunio o malattia l'Assicurato necessiti urgentemente per le cure del caso, secondo parere del medico curante, di specialità medicinali che sono commercializzate 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. 78 - Invio di un infermiere al domicilio

Qualora l'Assicurato, nella settimana successiva al rientro da un ricovero in ospedale a seguito di infortunio o malattia improvvisa, abbia bisogno di essere assistito da un infermiere, la centrale operativa procurerà direttamente all'Assicurato un infermiere a tariffa controllata, assumendone la Società l'onorario **fino a un massimo di euro 50,00 al giorno per un massimo di cinque giorni per sinistro.**

Art. 79 - Assistenza per cure fisioterapiche con indirizzo riabilitativo

Qualora l'Assicurato, a seguito di traumi o fratture semplici derivanti da infortunio 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 euro 500,00 per sinistro.

Art. 80 - Rimpatrio salma

Qualora a seguito di infortunio o malattia improvvisa l'Assicurato sia 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 euro 2.500,00 per sinistro, ancorché siano coinvolti più Assicurati.**

Se tale prestazione comportasse 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.

Sono escluse le spese relative alla cerimonia funebre e l'eventuale recupero della salma.

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

Art. 81 - Esclusioni

Nessuna prestazione è dovuta per sinistri provocati o dipendenti da:

- scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e divandalismo, 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;
- suicidio o tentato suicidio 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 d'attività sportive svolte a titolo professionale;
- l'espianto e/o il trapianto d'organi;
- malattie nervose e mentali, malattie insorte anteriormente alla stipulazione della polizza e già conosciute dall'assicurato (malattie preesistenti);
- malattie e infortuni conseguenti e/o derivanti da abuso d'alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Art. 82 - Prescrizione

I diritti derivanti dal presente contratto sono soggetti a un termine di prescrizione biennale che decorre dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'articolo 2952 del codice civile.

Art. 83 - Disciplina delle prestazioni

Ogni tipo di prestazione dovrà essere richiesto alla centrale operativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

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 sessanta giorni di permanenza continuativa all'estero.

Art. 84 - Obblighi a carico dell'Assicurato

L'Assicurato si 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 ritengono indispensabili per l'erogazione delle prestazioni d'assistenza.

La centrale operativa può richiedere all'assicurato (**e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente**) ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria all'erogazione della prestazione. Salvo quanto espressamente indicato, ogni documento deve sempre essere fornito in originale.

Art. 85 - Istruzioni per la richiesta d'assistenza

Dovunque si trovi e in qualsiasi momento, l'assicurato potrà telefonare alla centrale operativa in funzione 24 ore su 24 facente capo al numero verde:

Numero Verde

800-233412

(esclusivamente utilizzabile dall'Italia)

oppure

+39 015 - 255.95.71 di Biella

(nel caso si trovi all'estero)

oppure un telegramma a:

MAPFRE WARRANTY

Strada Trossi, 66

13871 Verrone (Biella)

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1. il tipo d'assistenza di cui necessita;**
- 2. nome e cognome;**
- 3. numero di polizza preceduto dalla sigla CLES;**
- 4. indirizzo del luogo in cui si trova;**
- 5. nominativo Contraente;**
- 6. il recapito telefonico dove la centrale operativa provvederà a richiamarlo nel corso dell'assistenza.**

Tale procedura può essere considerata come adempimento dell'obbligo d'avviso di sinistro. Le spese telefoniche successive alla prima chiamata sono a carico della centrale operativa.

TABELLA N. 1
INVALIDITA' PERMANENTE PER INFORTUNIO

Perdita totale, anatomica o funzionale di:	destro	sinistro
un arto superiore	70%	60%
una mano o un avambraccio	60%	50%
un pollice	18%	16%
un indice	14%	12%
un medio	8%	6%
un anulare	8%	6%
un mignolo	12%	10%
una falange del pollice	9%	8%
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%	20%
del gomito in angolazione compresa fra 120° e 70° con pronosupinazione libera	20%	15%
del polso in estensione rettilinea con pronosupinazione libera	10%	8%
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%	35%
del nervo ulnare	20%	17%
dello sciatico popliteo esterno	15%	

Amputazione 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 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 operabili max	max 10%
Denti:	
rottura pari ad almeno un terzo dell'incisivo canino	1%
perdita totale di un incisivo o canino	2%
rottura pari a un terzo di un premolare o molare	0,50%
perdita totale di un premolare o molare	1%
l'invalidità massima riconoscibile per ogni singolo evento che comporti rottura di denti non sarà superiore al 30%	30%

Per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di invalidità previste per l'arto destro varranno per quello sinistro e viceversa.

TABELLA N. 2
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Percentuali di valutazione per l'accertamento dell'invalidità permanente da malattia:

Sistema Nervoso Centrale		Valutazione
Tetraplegia		100%
Paraplegia		80%
Emiplegia completa		80%
Emiparesi		dal 30% al 50%
Afasia sensoriale completa		60%
Altre forme di afasia		dal 20% al 40%
Epilessia secondaria con necessità di trattamento con crisi convulsive documentate:		
- crisi saltuarie (massimo 2-4 / anno)		20%
- crisi rare (massimo 1/ mese)		dal 35% al 40%
- crisi frequenti (circa 4 / mese in terapia)		dal 50% al 60%
Emiparkinsonismo (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 15% al 50%
Parkinsonismo bilaterale (in relazione al controllo farmacologico della sintomatologia)		dal 20% al 60%
Apparato Neurosensoriale		Valutazione
Deficit visivi dopo correzione		
- Cecità monolaterale		35%
- Cecità bilaterale		100%
- Emianopsia omonima		30%
- Emianopsia a quadrante		sotto franchigia
- Sordità monolaterale		15%
- Sordità bilaterale		60%
Emilangectomia		30%
Laringectomia		60%
Pneumectomia (perdita di un polmone)		45%
Lobectomia polmonare		25%
Deficit respiratori secondari a patologie bronco-polmonari da valutare in relazione agli indici di funzionalità respiratoria della seguente tabella:		
Parametri % del valore teorico		Valutazione
FVC*	maggiore di 70	fino al 24%
FEV1*	maggiore di 70	
DLCO*	maggiore di 80	
FVC*	maggiore di 50 e minore di 70	dal 25% al 35%
FEV1*	maggiore di 40 e minore di 70	
DLCO*	maggiore di 60 e minore di 80	
FVC*	maggiore di 33 e minore di 50	dal 36% al 65%
FEV1*	maggiore di 33 e minore di 40	
DLCO*	maggiore di 40 e minore di 60	
FVC*	minore di 33	oltre il 65%
FEV1*	minore di 33	
DLCO*	minore di 40	

Apparato Digerente	Valutazione
Sindromi funzionali gastroenteriche:	
di media gravità	20%
di notevole gravità (significativa perdita di peso, disturbi di transito intestinale e dell' alvo, dolori, astenia necessità di trattamento dietetico e farmacologico)	dal 30% al 40%
Stenosi esofagea	dal 30% al 40%
Esiti di gastrectomia totale con marcati disturbi funzionali	50%
Esiti di gastroresezione per ulcera	20%
Esiti di emicolectomia	30%
Esiti di colectomia totale	40%
Ano iliaco	45%
Incontinenza fecale	50%
Esiti di lobectomia epatica	25%
Esiti di epatectomia allargata	45%
Epatite cronica attiva	25%
Epatite cronica a evoluzione cirrotica	40%
Cirrosi epatica conclamata	60%
Cirrosi epatica scompensata	66%
Pancreatite cronica senza diabete e senza insufficienza esocrina	40%
Pancreatite cronica con diabete e insufficienza esocrina	60%
Esiti di pancreasectomia parziale	40%
Esiti di pancreasectomia totale	66%
Apparato Cardiovascolare	Valutazione
Angina da sforzo (documentata con test ergometrico)	dal 20% al 40%
Angina spontanea instabile nonostante la terapia	60%
Cardiopatía ischemica e/o post-infartuale a seconda della compromissione funzionale evidenziata dalle opportune indagini (cicloergometro, holter, ecocardiogramma, scintigrafia)	dal 20% al 66%
Aritmie ribelli	dal 40% al 60%
Protesi valvolari cardiache e dell'aorta toracica	30%
Protesi aorta addominale	25%
Esiti angioplastica coronarica	30%
Esiti di intervento di By - pass aorto - coronarico	35%
Applicazione di pace maker	30%
Aneurisma aorta toracica non operabile	50%
Aneurisma aorta addominale non operabile	50%
Insufficienza cardiaca di riferimento anche per i casi diversi da quelli richiamati:	
I CLASSE NYHA	fino al 20%
II CLASSE NYHA	40%
III CLASSE NYHA	60%
IV CLASSE NYHA	oltre il 66%
Apparato Urinario	Valutazione
Perdita anatomica o funzionale di un rene	25%
Cistostomia	40%
Urostomia	40%

Incontinenza urinaria parziale	15%
Incontinenza urinaria totale	30%
Insufficienza renale cronica senza necessità di dialisi (in rapporto al grado di funzionalità residua)	dal 20% al 50%
Insufficienza renale cronica con necessità di dialisi (in rapporto al quadro clinico ed eventuali complicanze)	dal 51% al 66%
Uremia	oltre il 66%
Esiti di trapianto renale (in relazione alle complicanze)	dal 25% al 50%
Esiti di cistectomia con deviazione esterna	50%
Apparato Genitale Femminile	Valutazione
Isterectomia in età feconda	35%
Isterectomia in età non feconda	25%
Mastectomia radicale monolaterale	30%
Mastectomia radicale bilaterale	50%
Quadrantectomia allargata	25%
Ovariectomia bilaterale in età feconda	35%
Ovariectomia bilaterale in età non feconda	25%
Apparato Emopoietico	Valutazione
Leucemia acuta	50%
Leucemia mieloide cronica	35%
Leucemia linfatica cronica (in relazione alla gravità)	dal 40% al 60%
Mieloma multiplo	60%
Linfoma non Hodgkin	60%
Endocrinopatie	Valutazione
Diabete non insulino dipendente senza complicanze d'organo	10%
Diabete insulino dipendente in buon compenso metabolico	20%
Diabete insulino dipendente instabile	40%
N.B. le complicanze d'organo di origine diabetica (nefropatie, neuropatie e retinopatie) andranno valutate a parte come elemento concorrente del danno.	
Iposurrenalismo mal controllabile	dal 25% al 50%
Esiti di tiroidectomia totale	25%
Malattie reumatiche autoimmuni	Valutazione
Lupus eritematoso (LES) in relazione alla gravità e all'estensione	dal 20% al 50%
Atrite reumatoide in relazione alla gravità e all'estensione	dal 20% al 50%
Spondilite anchilopoietica gravemente deformante (in relazione alla gravità)	dal 20% al 50%

* Legenda

FVC = Capacità vitale forzata

FEV1 = Volume espiratorio forzato in 1 secondo

DLCO = Capacità di diffusione polmonare dell'anidride carbonica

NYHA = New York Heart Association

In caso di isterectomia o ovariectomia o mastectomia totale, anche se la valutazione dei postumi individua una invalidità rientrante nella franchigia, potrà comunque essere corrisposto un indennizzo in base al seguente prospetto:

- sino trentacinque anni: 10% della somma assicurata;
- da trentasei a quarantacinque anni: 5% della somma assicurata;
- da quarantasei a sessantacinque anni: 2% della somma assicurata;
- oltre sessantacinque anni: nessun indennizzo.

TABELLA N. 3
INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

Tabella del calcolo dell'indennizzo dell'invalidità permanente da malattia:

Invalidità permanente accertata	indennizzo liquidato	Invalidità permanente accertata	indennizzo liquidato
1-24	0	-	-
25	5	46	47
26	7	47	49
27	9	48	51
28	11	49	53
29	13	50	55
30	15	51	57
31	17	52	59
32	19	53	62
33	21	54	65
34	23	55	68
35	25	56	71
36	27	57	74
37	29	58	77
38	31	59	80
39	33	60	83
40	35	61	86
41	37	62	89
42	39	63	92
43	41	64	95
44	43	65	98
45	45	66 - 100	100

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI

Codice	Descrizione Classe	Classe
009	Allenatore sportivo	C
013	Amministratore di beni propri ed altrui	A
165	Assistente sociale	B
168	Ausiliario socio sanitario	C
021	Autista autobus / autocarri / motocarri (senza carico / scarico)	C
029	Barista	B
031	Bidello	B
037	Carpentiere in legno o ferro	D
046	Clero	A
047	Commercialista (libero professionista)	A
A53	Consulente in genere	A
052	Cuoco	C
181	Custode	C
225	Direttore didattico	A
062	Elettricista (addetto alla bassa tensione)	C
070	Falegname	D
185	Gestore cinema, teatro	A
080	Giardiniere, vivaista	C
188	Guida turistica	B
089	Imbianchino (di esterni su impalcature)	D
088	Imbianchino (di interni)	C
190	Impiegato amministrativo con mansioni esterne	B
090	Impiegato amministrativo in genere (solo ufficio)	A
B90	Impiegato con mansioni ispettive	A
091	Impiegato tecnico	B
095	Infermiere diplomato	B
104	Insegnante materie sperimentali o prof. anche laboratori	B
103	Insegnante materie non sperimentali o professionali	A
102	Insegnante educazione fisica e sport non esclusi	C
H19	Medico chirurgo, ostetrico, ginecologo	A
122	Muratore	D
C90	Personale amministrativo in ufficio	A
154	Studente	A
156	Tipografo	C
C46	Sacerdoti	A
C47	Suore / Religiose	A
C48	Religiosi appartenenti a ordini o congregazioni religiose	A
C49	Seminaristi	A
C50	Diaconi avviati al sacerdozio	A
C51	Attività con mansioni di classe A	A
C52	Attività con mansioni di classe B	B
C53	Attività con mansioni di classe C	C
C54	Attività con mansioni di classe D	D



SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE S.p.A.
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 S.p.A. - Lungadige Cangrande 16, 37126 Verona - Italia
Pec cattolica.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it - Tel. +39 045 8 391 111 - Fax +39 045 8 391 112
Cap. Soc. Euro 685.043.940,00 i.v. - C. F. e iscr. Reg. Imp. di VR n. 00320160237 - R.E.A. della C.C.I.A.A.
di Verona n. 9962 - P. IVA del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni n. 04596530230 - Albo Imprese presso IVASS
n. 1.00012 - Rappresentante del Gruppo IVA Cattolica Assicurazioni - Società soggetta all'attività di direzione
e coordinamento da parte della società Assicurazioni Generali S.p.A. - Trieste - Società del Gruppo Generali,
iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 26 - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni
a norma dell'art. 65 R.D.L. numero 966 del 29 aprile 1923.
www.cattolica.it