

**Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia
Gruppo Helvetia**

**Contratto di assicurazione tailor made
Infortuni per l'azienda**

Condizioni di Assicurazione

Mod. H546
Ed. 01/2019

Per effetto di quanto disposto dal secondo comma dell'art.166 del Codice delle Assicurazioni (decreto legislativo 7/9/2005 n.209), al fine di dar loro risalto sono evidenziate con carattere di particolare rilievo quelle Condizioni di Assicurazione che indicano decadenze, nullità o limitazioni delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente e/o dell'Assicurato.

Per comodità di consultazione si riporta in sintesi il contenuto del presente documento:

INDICE

GLOSSARIO	1
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	4
NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI	6
<i>CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI</i>	8
SEZIONE I – INFORTUNI	11
<i>CONDIZIONI AGGIUNTIVE</i>	14
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO	16
SEZIONE II – MALATTIA	18
<i>CONDIZIONE AGGIUNTIVA</i>	19
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA ..	20
SEZIONE III – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	21
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	23
SEZIONE IV – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	25
<i>ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI</i>	26
NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO	29
CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI DECIMA REVISIONE – ICD – 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI	30
ARTICOLI DEL CODICE CIVILE RICHIAMATI	31

GLOSSARIO

Qui di seguito sono riportati i principali termini utilizzati nella documentazione precontrattuale e contrattuale presente nel Fascicolo Informativo con il significato loro attribuito dalla Compagnia.

Abuso di alcolici	Assunzione di alcol, tale per cui il livello di alcolemia risulta essere pari o superiori ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Abuso di psicofarmaci	Assunzione di un farmaco contenente sostanze psicoattive, con modalità diverse o posologie maggiori da quelle indicate dalle necessarie prescrizioni mediche o comunque difformi da quelle previste nella scheda tecnica che accompagna il farmaco.
Alcolismo	Malattia cronica caratterizzata da alterazioni comportamentali, fisiche e psichiche causate dal consumo continuativo o periodico di quantità elevate di alcol.
Ambulatorio	La struttura o il centro medico attrezzato e regolarmente autorizzato, in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie in regime di degenza diurna, nonché lo studio professionale idoneo per legge all'esercizio della professione medica individuale.
Apparecchi gessati	Mezzi di contenzione fissi, costituiti da fasce gessate o altri apparecchi (tutori) comunque immobilizzanti, anche esterni (fissatori esterni), applicati in Istituto di cura o ambulatorio in modo permanente e rimovibile esclusivamente presso Istituto di cura. Sono considerati apparecchi gessati i collari non rimovibili dall'Assicurato, e limitatamente alle lesioni comportanti fratture e/o lussazioni, i bendaggi con fasciature elastiche (es. tensoplast).
Assicurato	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicurazione	Il contratto di Assicurazione.
Beneficiario	Gli eredi dell'Assicurato, o le altre persone da questi designate, ai quali la Società deve corrispondere la somma assicurata per il caso di morte.
Contraente	Il soggetto che stipula l'Assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altri.
Day hospital	La degenza, esclusivamente diurna, in istituto di cura documentata da cartella clinica – dalla quale risultino anche i giorni di effettiva permanenza dell'Assicurato nell'Istituto di cura – per prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo, che non comportino la necessità di un ricovero, ma richiedono, per loro natura e complessità, l'esigenza di un regime di assistenza medica ed infermieristica continue.
Diaria sostitutiva	Indennità giornaliera che, in caso di ricovero ospedaliero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene riconosciuta in sostituzione del rimborso delle spese mediche.
Documentazione sanitaria	Si compone della cartella clinica e della documentazione medica e di fatture, notule e/o ricevute in originale.
Ebbrezza alcolica	Condizione conseguente all'assunzione di alcool, in cui il livello di alcolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative.
Farmaci psicotropi	Farmaco che modifica lo stato psichico dell'individuo tendendo a normalizzarlo.
Franchigia	L'importo prestabilito che, in caso di sinistro, l'Assicurato tiene a suo carico.
Grandi interventi chirurgici	S'intendono quelli indicati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici" di seguito riportato.
Inabilità temporanea	La perdita temporanea, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.
Indennizzo	La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro, per i danni direttamente subiti dall'Assicurato.
Infortunio	L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
Intervento chirurgico	Atto medico, praticato in istituto di cura, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Agli effetti assicurativi, si intende equiparata ad un intervento chirurgico la riduzione incruenta di fratture e lussazioni, praticata anche in regime di Pronto Soccorso.
Invalidità permanente da malattia	Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia della capacità ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione svolta.
Invalidità permanente da infortunio	Perdita definitiva, a seguito di infortunio, in misura totale o parziale, della capacità dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di cura	L'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.
Malattia	Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.
Malattia cronica	Malattia che presenta sintomi costanti nel tempo ed i cui effetti si sono stabilizzati senza possibilità di nessuna cura risolutiva.
Malattia improvvisa	Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che comunque non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo, noto all'Assicurato.
Malattia mentale e/o disabilità mentale	Ogni disturbo psichico e comportamentale così come definiti nel Settore V della "Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati" decima revisione – ICD – 10 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (come da elenco di seguito riportato).
Malattia preesistente	Malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti insorte anteriormente alla sottoscrizione della polizza.
Malattie/Invalidità coesistenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
Malattie/Invalidità concorrenti	Malattie o invalidità presenti nel soggetto (Contraente/Assicurato), che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sulla invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
Parti	Il Contraente/Assicurato e la Società.
Polizza	Il documento che prova l'Assicurazione.
Premio	La somma dovuta dal Contraente alla Società.
Questionario anamnestico	Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato in maniera precisa e veritiera, e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la potestà) e trasmesso alla Società unitamente alla Polizza, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, per consentire la valutazione obiettiva del rischio da parte della Società stessa.
Recesso	Scioglimento del vincolo contrattuale.
Ricovero	Degenza dovuta a malattia e/o infortunio comportante necessità di pernottamento, in ospedale o casa di cura, regolarmente autorizzati a fornire assistenza sanitaria.
Sci acrobatico	Attività sciistica svolta attraverso l'esecuzione di salti, difficoltà di percorso e varie figure coreografiche.
Sci estremo	Sci eseguito su lunghe e ripide piste in terreni pericolosi con inclinazione superiore a 40° (quaranta) o con passaggi impervi, comprese tutte le attività eseguite fuori pista.
Scoperto	La quota di danno, espressa in percentuale, dedotta dall'ammontare dell'indennizzo, che rimane a carico dell'Assicurato.
Sforzo	Impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle ordinarie attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.
Sinistro	Il verificarsi del ricovero in Istituto di cura o della degenza in Day Hospital o dell'intervento chirurgico ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni mediche, che nel loro insieme possono avvenire anche in tempi diversi, garantiti dal contratto assicurativo a seguito di malattia, infortunio, parto o interruzione terapeutica non volontaria della gravidanza.
Società	Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA – Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia.
Sport professionistico	Attività sportiva esercitata a titolo oneroso con carattere di continuità nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e qualificata come tale dalle federazioni sportive nazionali, secondo le norme emanate dalle federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.
Termine di aspettativa	Periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione della Polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.

GLOSSARIO INTEGRATIVO

(Indicazioni aggiuntive tese a garantire la riconducibilità alle Unità di misura previste dal Sistema Internazionale – SI, definite dal DPR 802/1982 e successive modifiche)

Anno (annuo - annuale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 365 giorni (366 in caso di anno solare bisestile)
Bimestre (bimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 59 e 62 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Età assicurativa	età in anni interi, determinata trascurando le frazioni di anno.
Mese (mensile)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 28 e 31 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Poliennale (durata)	periodo di tempo la cui durata minima è pari a 730 giorni (731 in caso di un anno solare bisestile compreso nel periodo).
Quadrimestre (quadrimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 120 e 123 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Quinquennio (quinquennale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 1826 giorni (1827 in caso di due anni solari bisestili compresi nel periodo).
Semestre (semestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 181 e 184 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.
Settimana (settimanale)	periodo di tempo la cui durata è pari a 7 giorni.
Trimestre (trimestrale)	periodo di tempo la cui durata è compresa tra 89 e 92 giorni in funzione della data iniziale del conteggio.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione (artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 2 - Altre assicurazioni

Se per il medesimo rischio coesistono più assicurazioni, l'Assicurato deve dare comunicazione per iscritto a ciascuna Impresa assicuratrice delle altre polizze stipulate.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutte le Imprese assicuratrici e può richiedere a ciascuno di essi l'indennizzo dovuto secondo la rispettiva Polizza autonomamente considerata.

Se l'Assicurato omette dolosamente le comunicazioni di cui sopra, la Società non è tenuta a corrispondere alcun indennizzo (art. 1910 del Codice Civile).

Il Contraente è esonerato dal comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni infortuni:

- di cui gli assicurati siano titolari automaticamente quali intestatari di carte di credito o di conti correnti bancari;
- sottoscritte dai datori di lavoro a favore degli Assicurati con altre Società in adempimento a contratti collettivi nazionali o a contratti integrativi aziendali.

Art. 3 - Pagamento del premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è dovuto per intero, anche se ne è stato concesso il frazionamento in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali.

In caso di durata poliennale, la Società applicherà una riduzione di premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale.

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati, altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° (quindicesimo) giorno successivo alla data di scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (art. 1901 del Codice Civile). I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate dalle Parti, per iscritto.

Art. 5 - Aggravamento del rischio (valido per la garanzia infortuni)

Il Contraente/l'Assicurato, deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. 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 (art. 1898 del Codice Civile).

Art. 6 - Diminuzione del rischio (valido per la garanzia infortuni)

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

Art. 7 - Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente e/o Assicurato

Per le modalità di denuncia e le informazioni di dettaglio di ogni singola sezione richiamata in polizza, si rimanda a quanto previsto nei capitoli NORME PER LA DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO dedicati alle sezioni Infortuni (art. 39) e Malattia (art. 54 relativo alla garanzia "Diaria da Ricovero da Malattia" – art. 64 relativo alla garanzia "Invalidità Permanente da Malattia " – art. 73 relativo alla garanzia "Grandi Interventi Chirurgici ").

Art. 8 – Recesso in caso di sinistro

Dopo ogni *sinistro* e fino al 60° (sessantesimo) giorno dal pagamento o rifiuto dell'*indennizzo*, le *Parti* possono recedere dalla *Assicurazione* dandone comunicazione all'altra Parte mediante lettera raccomandata; in ogni caso, se la *polizza* assicura una o più garanzie della Sezione Malattia, il *recesso* non può essere esercitato dalla *Società* decorsi due *anni* dalla data di stipula dell'*Assicurazione*, salvo quanto previsto dall'art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e dall'art. 18 "Persone non assicurabili" delle Norme comuni a tutte le Sezioni.

Il *recesso* ha effetto dalla scadenza del periodo *annuo* in corso, ovvero, qualora sia comunicato meno di 60 (sessanta) giorni prima di tale data, dalla scadenza *annua* successiva. Tuttavia, se è esercitato dal *Contraente*, può avere effetto, a sua richiesta, dal giorno stesso della spedizione della raccomandata. In tal caso la *Società* rimborsa al *Contraente*, entro 30 (trenta) giorni dalla cessazione dell'*Assicurazione*, la parte di *premio*, al netto dell'imposta, già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della *polizza* ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il *premio* stesso.

Art. 9 - Proroga dell'Assicurazione – Limiti di età

a) Proroga dell'Assicurazione

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza del contratto, quest'ultimo è prorogato per un anno e così successivamente, salvo quanto disposto dall'art. 8 "Recesso in caso di sinistro" delle "Norme che regolano l'Assicurazione in generale".

In caso di durata poliennale, se il contratto supera i 5 (cinque) anni, il Contraente, trascorso il quinquennio, può esercitare la facoltà di recedere dal contratto con preavviso di 60 (sessanta) giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata (art. 1899 del Codice Civile).

b) Limiti di età

La polizza prevede un limite massimo di età assicurabile, che è differente a seconda delle garanzie prescelte.

Non sono assicurabili le persone che, nel corso di validità del contratto, superino:

- 1. Sezione infortuni: l'80° (ottantesimo) anno di età;**
- 2. Sezione malattia: il 75° (settantacinquesimo) anno di età;**
- 3. Sezione Invalidità permanente da malattia: il 65° (sessantacinquesimo) anno di età.**

Resta inteso che, qualora l'Assicurato raggiunga il limite di età previsto dalla Sezione da lui sottoscritta, durante il periodo di validità del contratto a seguito di tacito rinnovo, la Società si riserva la facoltà di esercitare la disdetta alla prima scadenza annua successiva.

Art. 10 - Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente.

Art. 11 - Foro Competente

Valgono le Norme di legge.

Art. 12 - Rinvio alle norme di legge

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è regolato dal contratto, valgono le norme di legge.

Art. 13 – Onere della prova

L'Assicurato è esonerato dal provare che il danno non si è verificato in conseguenza di eventi esclusi dalla garanzia.

Art. 14 - Indicizzazione

Qualora sia richiamata nel frontespizio di polizza la presente clausola, le somme assicurate e il premio convenuti nel presente contratto sono soggetti ad adeguamento in proporzione alle variazioni percentuali del numero indice nazionale dei prezzi al consumo per famiglie di operai e impiegati, pubblicato nel bollettino mensile dell'Istituto Centrale di Statistica.

L'adeguamento si effettua per la prima volta, ponendo a raffronto l'indice del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di stipulazione del contratto con quello del mese di settembre dell'anno anteriore alla data di scadenza del premio, e tenendo conto dell'eventuale mutamento della base di calcolo. Gli aumenti o le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'anno di pubblicazione dell'indice da mettere a raffronto. Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, prendendo per base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni. Qualora, in conseguenza di uno o più adeguamenti, l'indice venisse a superare del 100% quello inizialmente stabilito, è in facoltà delle parti rinunciare a ulteriori indicizzazioni, per cui somme assicurate e premio rimangono quelli risultanti dopo l'ultimo adeguamento. Sono soggetti ad adeguamento anche i massimali e gli altri limiti di garanzia non espressi in percentuale mentre le franchigie in cifra assoluta rimangono ferme.

Art. 15 – Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente Assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere assolti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere assolti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 16 – Rinuncia della Società all'azione di rivalsa

In caso d'infortunio e/o di rimborso delle spese mediche conseguenti a infortunio, la Società rinuncia a favore dell'Assicurato e dei suoi aventi causa al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile.

Art. 17 – Termine di prescrizione

I diritti derivanti dal contratto di Assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile modificato dalla Legge n. 166 del 27 ottobre 2008. Il diritto dell'Assicuratore alla riscossione del pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno.

NORME COMUNI A TUTTE LE SEZIONI

(da ritenersi operative in quanto applicabili e salvo quanto diversamente previsto dalle singole sezioni)

Art. 18 - Persone non assicurabili

Premesso che la Società, qualora al momento della stipulazione della polizza fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol - stupefacenti - allucinogeni - psicofarmaci e farmaci psicotropi assunti non a scopo terapeutico), da sieropositività HIV, non avrebbe acconsentito a prestare l'Assicurazione, resta precisato che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Società di corrispondere l'eventuale indennizzo.

In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente, entro 45 (quarantacinque) giorni dalla cessazione della stessa, la parte di premio al netto dell'imposta già pagata e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della polizza e il termine del periodo di Assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Art. 19 – Controversie – Arbitrato irrituale

L'indennizzo è determinato in base a quanto stabilito dagli articoli che precedono.

Le eventuali controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro (relativamente alla Sezione II - Malattia) e sul grado di Invalidità Permanente, (relativamente alla Sezione I - Infortuni e alla Sezione II - Malattia – Invalidità Permanente da Malattia) nonché sull'applicazione dei criteri d'indennizzabilità, possono essere demandate per iscritto dalle Parti, a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo; il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituti di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

In caso di disaccordo sulla scelta del terzo medico, la nomina è demandata al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici competente per territorio dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

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

È data facoltà al collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'Invalidità Permanente a epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

Art. 20 - Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità Permanente (ex tabella INAIL, allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124)

Per la perdita totale, anatomica o funzionale:

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Della facoltà uditiva monolaterale		15	
Della facoltà uditiva bilaterale		60	
Della facoltà visiva di un occhio		35	
Di un globo oculare senza possibilità di applicazione di protesi.		40	
Della pervietà di una cavità nasale (stenosi nasale assoluta unilaterale)		8	
Della pervietà di entrambi le cavità nasali (stenosi nasale assoluta bilaterale)		18	
Di molti denti in modo che risulti gravemente compromessa la funzione masticatoria:			
a) con possibilità di applicazione di protesi efficace		11	
b) senza possibilità di applicazione di protesi efficace		30	
Di un rene con integrità del rene superstite		25	
Della milza senza alterazioni della crasi ematica		5	
Di un testicolo (non si corrisponde indennità)		0	
Dell'integrità della clavicola (esiti di frattura della clavicola bene consolidata, senza limitazione funzionale dei movimenti del braccio).		5	
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) in arto in posizione favorevole quando coesista immobilità della scapola.	50		40
Della funzionalità dell'articolazione scapolo-omerale (anchilosi completa) con arto in posizione favorevole con normale mobilità della scapola.	40		30
Di un braccio:			
a) per disarticolazione scapolo-omerale	85		75
b) per amputazione al terzo superiore	80		70
Di un braccio al terzo medio o totale dell'avambraccio	75		65
Di un avambraccio al terzo medio o perdita della mano	70		60

DESCRIZIONE	Percentuali		
	D	==	S
Di tutte le dita della mano	65		55
Del pollice e del primo metacarpo	35		30
Del pollice	28		23
Dell'indice	15		13
Del medio		12	
Dell'anulare		8	
Del mignolo		12	
Della falange ungueale del pollice	15		12
Della falange ungueale dell'indice	7		6
Della falange ungueale del medio		5	
Della falange ungueale dell'anulare		3	
Della falange ungueale del mignolo		5	
Delle due ultime falangi dell'indice	11		9
Delle due ultime falangi del medio		8	
Delle due ultime falangi dell'anulare		6	
Delle due ultime falangi del mignolo		8	
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) con angolazione tra 110° - 75°:			
a) in semipronazione	30		25
b) in pronazione	35		30
c) in supinazione	45		40
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	25		20
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in flessione massima o quasi	55		50
Della funzionalità dell'articolazione del gomito (anchilosi completa) in estensione completa o quasi:			
a) in semipronazione	40		35
b) in pronazione	45		40
c) in supinazione	55		50
d) quando l'anchilosi sia tale da permettere i movimenti di pronosupinazione	35		30
Della funzionalità dell'articolazione radio-carpica (anchilosi completa) in estensione	18		15
se vi è contemporaneamente abolizione dei movimenti di pronosupinazione:			
a) in semipronazione	22		18
b) in pronazione	25		22
c) in supinazione	35		30
Della funzionalità della articolazione coxo-femorale (anchilosi completa) con arto in estensione e in posizione favorevole		45	
Di una coscia per disarticolazione coxo-femorale o amputazione alta, che non renda possibile l'applicazione di un apparecchio di protesi		80	
Di una coscia in qualsiasi altro punto		70	
Di una gamba o amputazione di essa al terzo superiore, quando non sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		65	
Di una gamba al terzo superiore quando sia possibile l'applicazione di un apparecchio articolato		55	
Di una gamba al terzo inferiore o di un piede		50	
Dell'avampiede alla linea tarso-metatarso		30	
Dell'alluce e corrispondente metatarso		16	
Del solo alluce		7	
Di ogni altro dito di un piede non si fa luogo ad alcuna indennità, ma ove concorra perdita di più dita ogni altro dito perduto è valutato il		3	
Della funzionalità dell'articolazione del ginocchio (anchilosi completa rettilinea)		35	
Della funzionalità della articolazione tibio-tarsica (anchilosi completa ad angolo retto)		20	
Di lunghezza (semplice accorciamento) di un arto inferiore che superi i tre centimetri e non oltrepassi i cinque centimetri		11	

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

NOTE:

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

	Percentuali
- con visus corretto di 10/10, 9/10, 8/10	15%
- con visus corretto di 7/10	18%
- con visus corretto di 6/10	21%
- con visus corretto di 5/10	24%
- con visus corretto di 4/10	28%
- con visus corretto di 3/10	32%
- con visus corretto inferiore a 3/10	35%
- 6) In caso di afachia bilaterale, dato che la correzione ottica è pressoché uguale e pertanto tollerata, si applica la tabella di valutazione delle menomazioni dell'acutezza visiva, aggiungendo il 15% per la correzione ottica e per la mancanza del potere accomodativo.
- 7) In caso di constatato mancinismo le percentuali di riduzione dell'attitudine al lavoro stabilite per l'arto superiore destro s'intendono applicate all'arto sinistro e quelle del sinistro al destro.

Art. 21 - Attività professionale svolta, diversa da quella dichiarata

Fermo quanto previsto dagli artt. 1, 5, 6 delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale e dall'art. 25 delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, se durante il periodo di validità della garanzia si verifica un cambiamento dell'attività professionale dichiarata senza che l'Assicurato/Contraente ne abbia data comunicazione scritta alla Società, in caso di sinistro indennizzabile a termini di Polizza che avvenga nello svolgimento della diversa attività:

- a) l'indennizzo sarà corrisposto integralmente se la diversa attività non sia più rischiosa di quella dichiarata in Polizza;
- b) l'indennizzo sarà corrisposto in misura ridotta, secondo le percentuali previste dalla tabella sotto riportata, se la diversa attività risulti essere più rischiosa di quella dichiarata in Polizza.

Per la determinazione del livello di rischio delle attività si farà riferimento alla tabella "Classificazione delle attività professionali" di seguito riportata.

Per l'identificazione della classe di rischio delle attività professionali eventualmente non presenti nella tabella, sarà utilizzato il criterio di analogia/equivalenza a una delle attività elencate.

PERCENTUALE DI INDENNIZZO PER ATTIVITÀ SVOLTA DIVERSA DA QUELLA DICHIARATA				
Dichiarata	Attività svolta al momento del sinistro			
	CLASSE A	CLASSE B	CLASSE C	CLASSE D
CLASSE A	100%	78%	52%	40%
CLASSE B	100%	100%	66%	51%
CLASSE C	100%	100%	100%	78%
CLASSE D	100%	100%	100%	100%

CLASSIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROFESSIONALI**ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE A**

- Addetti a centri di elaborazione dati
- Albergatori senza lavoro manuale
- Ambasciatori, Consoli, Personale Diplomatico in genere
- Amministratore di beni propri
- Amministratori di Società e di Condomini
- Antiquari, senza restauro
- Architetti senza accesso ai cantieri
- Avvocati e Procuratori Legali
- Benestanti senza particolari occupazioni
- Clero (Appartenenti al)
- Commercialisti, Consulenti in materia di Lavoro, Fiscale e Amministrativa
- Concessionari Auto-Motoveicoli
- Direttori di Orchestra
- Dirigenti occupati solo in Ufficio
- Disegnatori occupati solo in ufficio
- Estetisti
- Fotografi in studio
- Geometri che non accedono ai cantieri
- Giornalai
- Impiegati amministrativi in genere
- Imprenditori in genere che non lavorano manualmente
- Infanti
- Ingegneri occupati solo in ufficio
- Insegnanti di Scuole e Docenti Universitari
- Interpreti
- Magistrati

- Massaggiatori (non Sportivi)
- Medici Generici e Specialisti (Radiologi senza effetti dovuti a raggi), Chirurghi
- Musicisti
- Notai
- Pedicure/Manicure
- Pensionati
- Puericultrici
- Sagrestani
- Scrittori
- Studenti

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE B

- Agenti di Assicurazione
- Agenti di Cambio e di Borsa
- Agenti di Commercio /Pubblicità /Viaggio / Immobiliari /Teatrali/Marittimi
- Agricoltori (Proprietari, Affittuari) senza lavori manuali
- Agronomi
- Albergatori con lavoro manuale
- Allevatori di Animali che non prestano opera manuale
- Analisti Chimici
- Architetti con accesso ai cantieri
- Arredatori
- Artisti di varietà, attori, musicisti, cantanti, agenti teatrali, registi sceneggiatori
- Assistenti Sociali
- Autorimesse: Esercenti che non lavorano manualmente
- Autotrasportatori, Titolari d'impresa senza opera manuale
- Bambinaie/Baby Sitter/Collaboratori familiari
- Barbieri
- Baristi
- Bidelli
- Biologi
- Callisti, manicure, pedicure, estetisti/e
- Camerieri
- Casalinghe
- Enologi ed enotecnici
- Farmacisti
- Fiorai
- Fisioterapisti
- Fotografi anche all'esterno
- Geologi
- Geometri che accedono ai cantieri
- Gioiellieri
- Giornalisti (Cronisti, Corrispondenti)
- Grafici
- Guardarobieri
- Guide Turistiche
- Impiegati Tecnici
- Imprenditori in genere che possono prendere parte ai lavori
- Indossatori e modelli
- Infermieri diplomati/ Ostetriche
- Ingegneri che accedono anche ai cantieri
- Insegnanti di Educazione Fisica, Basket, Tennis, Nuoto, Ballo
- Istruttori di Scuola Guida
- Laccatori
- Magliaie
- Massaggiatori Sportivi
- Odontotecnici
- Orefici
- Ottici/Optometrismi

- Parrucchieri
- Cave a giorno - Proprietari o addetti senza opera manuale
- Ceramisti
- Cesellatori
- Commercianti Ambulanti
- Commessi
- Commessi Viaggiatori senza trasporto e consegna merce
- Diplomatici, politici, sindacalisti
- Dirigenti con accesso in Cantieri, Ponti Ecc.
- Disegnatori che frequentano anche ambienti di lavoro
- Distributori di carburante (Addetti) senza manutenzione
- Pellicciai (Addetti alla confezione)
- Periti, Liberi Professionisti, occupati anche all'esterno
- Portieri di stabili / Custodi
- Postini
- Restauratori in genere, escluso mobili
- Ricamatrici/Rammendatrici
- Ristoratori senza lavoro manuale
- Sarti
- Tintori
- Ufficiali Giudiziari
- Veterinari
- Vetrinisti

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE C

- Addetti in imprese di pulizie senza uso di impalcature esterne
- Addobbatori
- Allevatori/Addestratori di Animali Domestici
- Apicoltori
- Arrotini
- Autisti di Autovetture in servizio privato (Taxi) Ecc.
- Autorimesse: Addetti a lavori di riparazione, manutenzione Ecc.
- Bagnini
- Benzinaio
- Calzolai
- Carrozzeri di Autoveicoli
- Casari
- Commessi Viaggiatori con trasporto e consegna merce
- Corniciai
- Cuochi
- Decoratori
- Disinfestatori
- Distributori di carburante (Addetti) con manutenzione
- Domestici
- Elettrauti
- Elettricisti all'interno di edifici su linee a bassa tensione
- Fabbri
- Facchini (Portabagagli) di piccoli colli
- Falegnami
- Fattorini
- Floricoltori
- Giardinieri senza potatura di alberi - vivaisti
- Gommisti
- Idraulici solo all'interno di edifici o a terra
- Imbianchini solo all'interno di edifici senza impalcature
- Imprenditori edili che possono prendere parte ai lavori
- Litografi
- Macellai
- Marmisti (Posatori) solo a terra

- Materassai
- Meccanici
- Mobiliari: Fabbricazione Mobili in Ferro
- Netturbini
- Operai con uso di macchine senza accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature.
- Panificatori/Pasticcieri
- Piastrellisti
- Pizzaioli
- Restauratori di mobili
- Riparatori Radio-Tv
- Ristoratori con lavoro manuale
- Saldatori
- Salumieri
- Scultori
- Tappezzieri
- Tipografi
- Tornitori
- Vetrai

ATTIVITÀ PROFESSIONALI DI CLASSE D

- Abbattitori di Piante
- Addetti in imprese di pulizie con uso di impalcature esterne
- Agricoltori che lavorano manualmente
- Allevatori di Equini, Bovini, Suini
- Antennisti (Installatori di Antenne Radio-Tv)
- Autotrasportatori che guidano anche veicoli con carico e scarico
- Carpenteri in legno o ferro
- Cave a giorno senza uso di mine - lavoro manuale
- Demolitori di Autoveicoli
- Elettricisti all'esterno di edifici su linee ad alta tensione
- Facchini addetti al carico e scarico generico (portuali Ecc.)
- Generica - classe di rischio D
- Imbianchini anche all'esterno di edifici
- Lattonieri anche su impalcature e ponti
- Marinai
- Marmisti anche su impalcature e ponti
- Mobiliari: Fabbricazione Mobili in Legno
- Muratori
- Operai con uso di macchine e accesso ai cantieri, ponteggi e impalcature
- Pescatori (pesca marittima costiera)
- Spazzacamini

SEZIONE I – INFORTUNI

Art. 22 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione vale per gli Infortuni che l'Assicurato subisca per la combinazione di rischio assicurato prescelta, nei limiti delle somme assicurate, alle condizioni particolari se dattiloscritte e alle Condizioni aggiuntive, se richiamate e rese operanti.

Art. 23 - Combinazioni rischi assicurati

(è operante solo la combinazione espressamente riportata nell'Elenco persone assicurate – Sezione Infortuni - Combinazione rischio assicurato)

A) Infortuni professionali ed extraprofessionali

Quelli subiti dall'Assicurato nell'esercizio delle attività principali e secondarie dichiarate nonché di ogni altra attività non professionale.

B) Infortuni solo professionali

Quelli subiti dall'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali dichiarate.

C) Infortuni solo extraprofessionali

Quelli subiti dall'Assicurato nello svolgimento di ogni attività che non abbia carattere professionale.

Art. 24 - Altri eventi garantiti

(sempre operanti per tutte le combinazioni di rischio assicurato)

Sono compresi in garanzia anche gli infortuni occorsi:

- alla guida di autoveicoli, motoveicoli, ciclomotori e natanti da diporto, solo se per uso privato;
- durante i viaggi in aereo effettuati in qualità di passeggero su velivoli o elicotteri di trasporto pubblico, da chiunque eserciti, ma condotti da piloti professionisti;
- in qualità di passeggero su mezzi di trasporto terrestre e di superficie acquosa;
- in stato di malore o incoscienza fermo quanto previsto all'articolo 18 – persone non assicurabili – delle Norme comuni a tutte le sezioni;
- per imperizia, imprudenza, negligenza, anche gravi;
- per asfissia non di origine morbosa, per annegamento, assideramento o congelamento, colpi di sole o di calore, folgorazione, avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- per affezioni da morsi di animali o punture d'insetti **(esclusa la malaria)**;
- per aggressioni e/o atti violenti avvenuti in occasione di tumulti popolari, atti di terrorismo, **a condizione che l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva**;
- per strappi muscolari, ernie traumatiche o da sforzo **(sono esclusi gli infarti di qualsiasi tipo)**;
- durante la pratica occasionale di sport aventi carattere amatoriale e/o ricreativo **(salvo quanto previsto all'art. 25 punto 4)**.

Art. 25 - Infortuni esclusi

Tutti quelli derivanti da:

- a) guida di mezzi di locomozione aerea, nonché dal loro uso in qualità di membro dell'equipaggio;
- b) uso e guida di mezzi di locomozione subacquea;
- c) guida di veicoli/natanti a motore diversi da quelli indicati all'art. 24 "Altri eventi garantiti" e in ogni caso, se il conducente assicurato è privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti;
- d) pratica di sport professionistici e pratica anche solo occasionale avente carattere amatoriale e/o ricreativo di: pugilato, atletica pesante, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico e sci estremo, attività sciistica fuori pista, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere, football americano, hockey su ghiaccio, su pista e su prato, discesa su rapide (rafting), regate oceaniche e traversate in alto mare effettuate in solitario, sport equestri che prevedano un tesseramento alle competenti federazioni sportive, free climbing, jumping e sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata.
- e) uso, anche come passeggero, di veicoli in circuiti, pur in assenza di competizione, salvo i corsi di guida sicura, di aeromobili compresi deltaplani, ultraleggeri e parapendio, di natanti a motore, in competizione e nelle relative prove;
- f) sinistri conseguenti e derivanti da abuso di alcolici, dall'uso o abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi nonché dall'uso di allucinogeni ed all'uso non terapeutico di stupefacenti;
- g) operazioni chirurgiche, accertamenti e cure mediche non resi necessarie da infortunio;
- h) delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato suicidio;
- i) movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- j) arruolamento volontario, nonché richiamo alle armi per mobilitazione o per altri motivi di carattere eccezionale (salvo quanto previsto all'art. 36 "Infortuni occorsi durante il servizio militare volontario");
- k) derivanti da reazione nucleare; radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dal fatto che altre cause abbiano concorso al sinistro (salvo che si tratti di uso medico); da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- l) guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, sommossa civile, sabotaggio e tutti gli eventi assimilati a quelli suddetti nonché gli infortuni dovuti a ordigni di guerra salvo il caso accidentale accaduto in Paesi non in stato di belligeranza o similare;

- m) **partecipazione a imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie (a titolo esemplificativo e non limitativo, spedizioni esplorative o artiche, himalayane e/o andine).**
- n) **lesioni derivanti o dipendenti direttamente o indirettamente da: malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organico cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e/o complicanze;**
- o) **cure e/o interventi relativi a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) patologie correlate alla infezione da H.I.V., sindrome da encefalopatia spongiforme nelle sue varie forme e varianti.**

Art. 26 - Estensione dell'Assicurazione alle ernie traumatiche o da sforzo

L'Assicurazione è estesa, limitatamente ai casi d'Invalidità permanente e d'Inabilità temporanea, alle ernie traumatiche o da sforzo, con l'intesa che:

- **la copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della garanzia o del pagamento del premio, se successivo;**
- **qualora l'ernia risulti operabile, sarà corrisposta solamente l'indennità per Inabilità temporanea fino a un massimo di 30 (trenta) giorni;**
- **qualora l'ernia, anche se bilaterale non risulti operabile secondo parere medico, sarà corrisposta solamente un'indennità non superiore al 10% della somma assicurata per il caso di Invalidità permanente totale;**
- **qualora insorga contestazione circa la natura e/o l'operabilità dell'ernia, troverà applicazione l'art. 19 "Controversie – Arbitrato Irrituale" delle Norme Comuni a tutte le Sezioni.**

Art. 27 – Caso di morte da infortunio

- 1) Se l'*infortunio* ha come conseguenza la morte, la *Società* corrisponde la somma assicurata ai *beneficiari* designati in polizza o, in difetto di designazione, agli eredi legittimi e/o testamentari dell'*Assicurato* in parti uguali.

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

Tuttavia, se dopo il pagamento di un *indennizzo per invalidità permanente* l'*Assicurato* muore in conseguenza del medesimo infortunio, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* soltanto la differenza tra l'*indennizzo per morte - se superiore - e quello già pagato per *invalidità permanente*.*

La garanzia opera purché il decesso si verifichi entro 2 (due) anni dall'*infortunio*, anche successivamente alla scadenza della *polizza*.

- 2) Morte presunta

Qualora l'*Assicurato* sia scomparso a seguito di *infortunio* indennizzabile ai sensi di *polizza*, in applicazione di quanto previsto dall'art. 60, comma 3) e art. 62 del Codice Civile o dall'art. 211 del Codice della Navigazione e l'Autorità Giudiziaria ne abbia dichiarata la morte presunta e di tale evento sia stata fatta registrazione negli atti dello stato civile, la *Società* corrisponde ai *beneficiari* di *polizza* la somma assicurata per il caso di morte. **Se dopo il pagamento dell'*indennizzo* è provata l'esistenza in vita dell'*Assicurato*, la *Società* ha diritto di agire nei confronti sia dei *beneficiari* sia dell'*Assicurato* stesso per la restituzione della somma corrisposta.**

L'*Assicurato* potrà fare valere i propri diritti per le lesioni eventualmente subite se indennizzabili ai sensi di *polizza* soltanto dopo la restituzione dell'intera somma liquidata da parte dei *Beneficiari* o, per loro conto, dall'*Assicurato*.

Art. 28 - Invalidità permanente

- a) **L'indennizzo per il caso di Invalidità permanente è dovuto se l'invalidità stessa si verifica anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 (due) anni dal giorno dell'infortunio denunciato e in rapporto causale;**
- b) se l'infortunio ha come conseguenza l'Invalidità permanente definitiva totale, la Società corrisponde l'intera somma assicurata;
- c) se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità permanente definitiva parziale, l'indennizzo per Invalidità permanente è calcolato sulla somma assicurata (ferma l'applicazione delle franchigie previste in Polizza), in proporzione al grado di Invalidità accertato, secondo i criteri e le percentuali indicate all'art. 20 "Tabella delle valutazioni del grado percentuale di Invalidità permanente" (ex Tabella INAIL, allegato n. 1 DPR 30 Giugno 1965 n. 1124) delle Norme comuni a tutte le Sezioni;
- d) se l'infortunio ha come conseguenza un'Invalidità permanente definitiva, non determinabile sulla base dei valori specificati nella suindicata tabella, si farà riferimento ai criteri qui di seguito indicati:
 - nel caso di minorazioni, anziché di perdita anatomica o funzionale di un arto o di un organo, e nel caso di menomazioni diverse da quelle specificate nella tabella, le percentuali sopraindicate sono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta;
 - nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà a singole valutazioni la cui somma non potrà superare il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
 - nel caso in cui l'Invalidità permanente non sia determinabile sulla base dei valori e dei criteri sopra riportati, la stessa è determinata in riferimento ai valori e ai criteri sopraindicati, tenendo conto della complessiva diminuzione della capacità dell'*Assicurato* allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione;
- e) la perdita anatomica o funzionale di più organi, arti o loro parti comporta l'applicazione della percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali calcolate per ciascuna menomazione, fino a raggiungere al massimo il valore del 100%;

Art. 29 – Franchigia modulata Invalidità permanente

La somma assicurata per l'Invalidità permanente da infortunio è soggetta a una franchigia del 3% pertanto la Società non liquida alcuna indennità se l'Invalidità permanente è di grado non superiore al 3% della totale; se invece l'Invalidità permanente è di grado superiore al 3% la Società liquida, un'indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle seguenti percentuali.

% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE	% I.P. ACCERTATA	% I.P. DA LIQUIDARE
4	1	35	41
5	2	36	43
6	3	37	45
7	4	38	47
8	5	39	49
9	6	40	51
10	10	41	53
11	11	42	55
12	12	43	57
13	13	44	59
14	14	45	61
15	15	46	63
16	16	47	65
17	17	48	67
18	18	49	69
19	19	50	71
20	20	51	73
21	21	52	75
22	22	53	77
23	23	54	79
24	24	55	81
25	25	56	83
26	26	57	85
27	27	58	87
28	28	59	89
29	29	60	91
30	30	61	93
31	33	62	95
32	35	63	97
33	37	64	99
34	39	65 E OLTRE	100

Art. 30 - Criteri d'indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive e oggettivamente constatabili dell'infortunio. Se al momento dell'infortunio (o malattia), l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'infortunio (o malattia) avesse colpito una persona integra e sana. In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali previste dall'art. 20 delle Norme comuni alle Sezioni I – Infortuni e II – Malattia, sono diminuite tenendo conto del grado di Invaldità preesistente.

Art. 31 - Inabilità temporanea

L'indennizzo per l'Inabilità temporanea è dovuto:

- integralmente, per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica di attendere alle attività professionali principali e secondarie dichiarate;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato non ha potuto attendere che in parte alle attività professionali principali e secondarie dichiarate.

L'indennizzo per Inabilità temporanea è cumulabile con quello dovuto per i casi di morte, invalidità permanente, diaria da ricovero da infortunio e spese di cura da infortunio.

Art. 32 – Franchigia Inabilità temporanea

L'indennizzo per Inabilità temporanea s'intende così corrisposto:

- per somme assicurate non superiori a € 50,00, l'indennità sarà corrisposta dalle ore 24 del 7° (settimo) giorno successivo a quello dell'infortunio.
- per somme assicurate superiori a € 50,00 (escluso aumenti per effetto dell'indicizzazione) l'indennità sarà corrisposta dalle ore 24 del 10° (decimo) giorno successivo a quello dell'infortunio.

Se la denuncia è tardiva, la diaria decorre dal giorno successivo a quello della denuncia. Per la durata della cura, l'Assicurato deve inviare con continuità e sollecitudine certificati medici di proroga. In difetto, sarà considerata come data di guarigione quella pronosticata dall'ultimo certificato inviato, salvo che la Società possa stabilire una data anteriore.

Art. 33 - Spese di cura da Infortunio

La Società rimborsa - sino alla concorrenza della somma assicurata indicata in Polizza, le spese rese necessarie da un evento indennizzabile come infortunio e sostenute per:

- onorari dei medici chirurgici;
- accertamenti diagnostici;
- terapie fisiche sostenute fino al 90° (novantesimo) giorno successivo all'infortunio (escluse cure termali e similari), spese farmaceutiche e relativi ticket;
- trasporto in ospedale o clinica con autoambulanza;

- e) **retta di degenza, per un importo giornaliero non superiore al 2% della somma assicurata e con il massimo di € 260,00 per ogni giorno di degenza.**

Restano comunque escluse dal rimborso le spese per le cure odontoiatriche, delle parodontopatie e delle protesi dentarie quando non siano rese necessarie da infortunio.

Il rimborso delle spese per le protesi dentarie, se indennizzabili, sarà effettuato limitatamente agli elementi dentari effettivamente persi e sempreché la protesi sia applicata entro un anno dalla data del sinistro.

Per l'insieme delle prestazioni di cui alle lettere b) e c) l'onere a carico della Società non potrà superare il 20% della somma assicurata.

Art. 34 - Diaria da ricovero da Infortunio

La Società corrisponde la diaria pattuita a seguito di ricovero dell'Assicurato in Ospedale o Istituto di cura, conseguente a infortunio, indennizzabile a termini di Polizza, per ciascun giorno di degenza.

Art. 35 - Franchigia Diaria da ricovero da Infortunio

L'indennizzo per la diaria da ricovero da infortunio s'intende così corrisposto:

- a) **per somme assicurate non superiori a € 50,00 l'indennità sarà corrisposta dal giorno successivo a quello del ricovero;**
- b) **per somme assicurate superiori a € 50,00 (escluso aumenti per effetto dell'indicizzazione) l'indennità sarà corrisposta dal 3° (terzo) giorno successivo al ricovero.**

Art. 36 - Infortuni occorsi durante il servizio militare volontario

L'Assicurazione resta valida durante il servizio militare volontario in tempo di pace.

L'Assicurazione non comprende gli infortuni subiti durante l'arruolamento per mobilitazione o per carattere eccezionale, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la risoluzione dell'Assicurazione stessa, né gli infortuni subiti durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana, fermo il diritto per l'Assicurato di richiedere la sospensione dell'Assicurazione. Nel caso di risoluzione, spetta all'Assicurato il rimborso della parte di premio relativa al periodo di Assicurazione non goduto, mentre nel caso di sospensione l'Assicurato ha diritto di ottenere la protrazione dell'Assicurazione per un periodo uguale a quello della data di sospensione.

Art. 37 – Limite catastrofale

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente Polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di € 3.500.000,00.

Qualora gli indennizzi liquidabili a sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi saranno proporzionalmente ridotti.

Art. 38 – Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia, ed in valuta locale corrente.

CONDIZIONI AGGIUNTIVE

(valide solo se espressamente richiamate e rese operanti nelle Condizioni aggiuntive di polizza - Elenco persone assicurate – Sezione Infortuni)

I. Attività sportive speciali

A parziale deroga dell'art. 25 "Infortuni esclusi", la garanzia è estesa alla pratica occasionale dei seguenti sport purché praticati a titolo ricreativo e/o amatoriale (esclusi, quindi, quelli esercitati in forma professionale): pugilato, atletica pesante, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salto dal trampolino con sci o idrosci, bob, immersione con autorespiratore (esclusi i casi di embolie e/o conseguenze in genere della pressione dell'acqua), speleologia.

L'indennizzo è corrisposto con i seguenti limiti:

- **Morte: importo pattuito in Polizza, ma con il limite massimo di € 80.000,00;**
- **Invalidità permanente: non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità permanente pari o inferiore al 5%. Se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente. Tale franchigia annulla e sostituisce quelle pattuite in Polizza;**
- **Inabilità temporanea: nessuna diaria anche se pattuita;**
- **Diaria da ricovero da infortunio: nessuna diaria anche se pattuita.**

II. Apparecchi gessati - Convalescenza ospedaliera da infortunio

Quando è pattuita la "Diaria da ricovero" e fermo quanto previsto dall'art. 34 "Diaria da ricovero da Infortunio" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, l'Assicurazione comprende:

- a) **il periodo d'immobilizzazione, successivo al ricovero, a seguito d'infortunio, con apparecchi gessati (come definiti nelle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni), oppure in assenza di ricovero, dal giorno successivo all'applicazione degli stessi, per la durata massima di 100 (cento) giorni, per evento e per anno assicurativo;**
- b) **il periodo di convalescenza successivo al ricovero per la durata massima di 15 (quindici) giorni.**
Tale garanzia è operante esclusivamente nei casi di ricovero senza applicazione di apparecchi gessati.

III. Terremoto - Guerra

A parziale deroga dell'art. 25) punto i) e punto l) "Infortuni esclusi", la garanzia vale per gli infortuni:

- determinati da eventi sismici che colpissero l'assicurato **al di fuori della regione ove si trova il comune, dove egli ha la sua residenza o abituale dimora;**
- derivanti da guerra, **per il periodo massimo di 14 (quattordici) giorni** dall'inizio delle ostilità se e in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova all'estero.

IV. Viaggi aerei su velivoli privati

La garanzia è estesa a viaggi aerei effettuati, come passeggero, su velivoli plurimotori di ditte o privati condotti da piloti professionisti con esclusione delle trasvolate oceaniche. **Limitatamente a questa estensione, la garanzia é prestata per Morte e Invalidità permanente con esclusione dell'Inabilità temporanea, se pattuita.**

V. Franchigia Invalidità permanente a scaglioni di somme

Fermo quanto previsto all'art. 28 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 29 "Franchigia modulata Invalidità permanente" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, la liquidazione dell'indennizzo per Invalidità permanente sarà effettuata con le seguenti modalità:

- a) sulla parte della somma assicurata fino a € 100.000,00, la Società corrisponderà l'indennizzo dovuto a termini di Polizza senza applicazione di alcuna franchigia;
- b) sulla parte della somma assicurata eccedente € 100.000,00 e fino a € 200.000,00 non si farà luogo a indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 5% della totale; se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente;
- c) sulla parte della somma assicurata eccedente € 200.000,00 non si farà luogo a indennizzo quando l'Invalidità permanente è di grado pari o inferiore al 10% della totale; se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente.

VI. Franchigia Invalidità permanente assoluta 5%

Fermo quanto previsto all'art. 28 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 29 "Franchigia modulata Invalidità permanente" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità permanente pari o inferiore al 5%.

Se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente.

VII. Franchigia Invalidità permanente assoluta 10%

Fermo quanto previsto all'art. 28 "Invalidità permanente" e a deroga di quanto previsto all'art. 29 "Franchigia modulata Invalidità permanente" delle Norme che regolano la Sezione I - Infortuni, non è dovuto alcun indennizzo per Invalidità permanente pari o inferiore al 10%.

Se invece l'Invalidità permanente è superiore a tale percentuale, l'indennizzo sarà liquidato solo per la parte eccedente.

VIII. Rischio "in itinere"

L'Assicurazione vale anche durante il percorso dell'Assicurato dall'abitazione al luogo di lavoro e viceversa.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INFORTUNIO

Art. 39 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- a. fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura e la capacità a riprendere il lavoro;
- b. darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- c. corredare la denuncia del sinistro con certificato medico; la denuncia deve inoltre contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento;
- d. documentare il decorso delle lesioni con ulteriori certificati medici; nel caso di inabilità temporanea, i certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e l'indennizzo verrà riconosciuto a guarigione clinica ultimata;
- e. sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale delle eventuali cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- f. produrre gli originali di notule, distinte, ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate relativamente alla garanzia "spese di cura da infortunio";
- g. fornire, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL).

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari od aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società e a qualsiasi indagine (compresa l'autorizzazione all'autopsia, con l'assistenza di un medico scelto dalla Società) o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

In caso di morte da infortunio dell'Assicurato, il beneficiario identificato in polizza o, in difetto, gli eredi legittimi e/o testamentari, devono presentare:

- documentazione medica e cartella clinica qualora ci sia stato un ricovero;
- certificato di morte;
- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra i beneficiari o gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

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

Art. 40 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 30 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Infortuni e viene stabilito nel momento in cui i postumi invalidanti si sono stabilizzati.

La Società s'impegna a comunicare all'Assicurato, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche, l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

Art. 41 - Anticipo Indennizzo per invalidità permanente

In caso di infortunio indennizzabile a termini di polizza, su richiesta dell'Assicurato e previa presentazione di idonea documentazione medico legale, la Società potrà liquidare a titolo di acconto un importo pari al 50% del presumibile ammontare dell'indennizzo con il massimo di € 30.000,00 (trentamila).

Condizione essenziale è che siano trascorsi almeno 6 mesi dalla data di presentazione della denuncia e che la percentuale di invalidità permanente stimata dalla Società sia superiore al 25%.

L'anticipo è erogato a condizione che non siano sorte contestazioni sull'indennizzabilità del sinistro e l'anticipo non costituisce impegno della Società riguardo l'indennizzo definitivo. L'indennizzo pagato in anticipo, sarà dedotto da quanto dovuto, al netto di eventuali franchigie, in sede di liquidazione definitiva.

Art. 42 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dall'infortunio

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Tuttavia se l'Assicurato decede, per cause indipendenti dall'infortunio denunciato, prima che l'indennizzo sia stato pagato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato oppure, in mancanza
- l'importo offerto oppure, se non vi è stata ancora l'offerta

- l'importo oggettivamente determinabile dalla Società con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente articolo 39 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro, **forndo, in ogni caso, alla Società il certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero.**

Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato, che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 43 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di inabilità temporanea

Fermo quanto previsto dall'art. 31 "Inabilità temporanea" e dall'art. 32 "Franchigia Inabilità Temporanea", **l'indennizzo viene corrisposto a guarigione clinica ultimata** ferme le modalità previste dal precedente art. 39 – "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro" **e comunque per un periodo massimo di 365 (trecentosessantacinque) giorni.**

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 44 – Anticipo indennizzo per inabilità temporanea

Nel caso l'inabilità temporanea totale superi i 45 (quarantacinque) giorni, la Società - accertatone il suo prolungamento - pagherà, su richiesta dell'Assicurato, l'importo pattuito in polizza corrispondente a detto periodo, **previa deduzione della franchigia prevista.**

La Società farà altrettanto per i periodi successivi di 45 (quarantacinque) giorni sempre che ne venga accertata la proroga.

Art. 45 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di spese di cura da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 33 "Spese di cura da infortunio", il rimborso delle spese mediche sostenute dall'Assicurato viene effettuato con le modalità previste dal precedente art. 39 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro".

La Società effettua il rimborso, a guarigione clinica ultimata su presentazione, da parte dell'assicurato, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici).

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 46 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo in caso di diaria da ricovero da infortunio

Fermo quanto previsto dall'art. 34 "Diaria da Ricovero da infortunio", si precisa che, **ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'Istituto di cura vengono considerati un (1) giorno di ricovero.**

L'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata, su presentazione, in originale, della relativa documentazione sanitaria (cartella clinica e certificati medici) e comunque per un periodo massimo di 300 (trecento) giorni.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 47 – Modalità di pagamento dell'indennizzo per tutte le garanzie infortuni

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà effettuata in Italia.

SEZIONE II – MALATTIA

Art. 48 – Rischio assicurato

La Società corrisponde la diaria pattuita in Polizza a seguito di ricovero dell'Assicurato in ospedale o Istituto di cura pubblico, privato o equiparato, conseguente a malattia, parto con taglio cesareo, aborto terapeutico, per ciascun giorno di degenza e per la durata massima di 300 (trecento) giorni per anno assicurativo. **La garanzia è subordinata alla presa visione e accettazione, da parte della Società, delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nello specifico questionario anamnestico che forma parte integrante ed essenziale della presente polizza.**

Art. 49 - Altri eventi garantiti (sempre operanti)

In caso di ricovero in day hospital (ricovero di almeno 2 (due) giorni consecutivi senza pernottamento) la Società corrisponde la diaria prevista per ogni giorno di degenza e per la durata massima di 100 (cento) giorni per evento e per anno assicurativo.

Art. 50 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto a partire dalle ore 24:

- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico e accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa;
- del 360° (trecentosessantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per il parto cesareo, l'aborto non volontario, le malattie dipendenti da gravidanza e/o puerperio;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per tutte le altre malattie.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

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

Art. 51 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per ricoveri relativi a:

- a) infortuni in genere;
- b) conseguenze dirette di malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società dall'Assicurato con dolo o colpa grave, all'atto della stipulazione della Polizza;
- c) eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- d) eliminazione e/o correzione dei difetti di rifrazione quali miopia, astigmatismo, ipermetropia, presbiopia;
- e) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n. 1124 e successive modifiche;
- f) sinistri provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organiche cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- g) conseguenze derivanti da ebbrezza alcolica – ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
- h) interruzione volontaria non terapeutica della gravidanza;
- i) parto naturale;
- j) interventi sulle tonsille e vegetazioni adenoidi su persone di età inferiore a 9 (nove) anni;
- k) prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica;
- l) prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262 e successive modifiche);
- m) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del parodonto;
- n) lesioni direttamente o indirettamente derivanti da reazione nucleare; radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dal fatto che altre cause abbiano concorso al sinistro (salvo che si tratti di uso medico); lesioni direttamente o indirettamente provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- o) degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, dopo essere divenuto permanentemente non più autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana, nonché ricoveri per lunga degenza, quando le degenze e i ricoveri siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- p) degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno o di terapie termali, ancorché nell'ambito d'istituti di cura;
- q) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- r) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- s) conseguenze di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, sempreché l'Assicurato non vi abbia preso parte attiva;

- t) conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;
- u) manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- v) prestazioni aventi finalità estetiche.
- w) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e alle patologie correlate alle infezioni da H.I.V.;
- x) ricoveri allo scopo di effettuare check-up clinici.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto le disposizioni di cui alle lettere b) e c) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

Art. 52 – Franchigia diaria da ricovero da malattia

L'indennizzo per la diaria da ricovero da malattia s'intende così corrisposto:

- a) per somme assicurate non superiori a € 50,00 l'indennità sarà corrisposta dal giorno successivo a quello del ricovero;
- b) per somme assicurate superiori a € 50,00 (escluso aumenti per effetto dell'indicizzazione) l'indennità sarà corrisposta dal 3° (terzo) giorno successivo al ricovero.

Art. 53 – Validità territoriale - Pagamento indennizzo

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

CONDIZIONE AGGIUNTIVA

(valida solo se espressamente richiamata e resa operante nelle Condizioni aggiuntive di polizza - Elenco persone assicurate – Sezione Malattia)

I. Attività sportive speciali

In caso di ricovero, reso necessario da malattia indennizzabile a termini di Polizza, la Società corrisponde la "Diaria supplementare post ricovero per convalescenza", purché prescritta dall'ospedale o dal medico ospedaliero che ha curato od operato l'Assicurato, per la somma assicurata prevista per la garanzia Diaria da ricovero e per la durata massima di 20 (venti) giorni per anno assicurativo e per ogni persona assicurata.

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO DIARIA DA RICOVERO DA MALATTIA

Art. 54 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura;
- darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- fornire alla Società l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società.

Per i ricoveri avvenuti all'estero, la diaria sarà corrisposta in Italia in Euro.

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

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 55 - Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo

Fermo quanto previsto dall'art. 48 "Rischio Assicurato" e dall'art. 52 "Franchigia diaria da ricovero da malattia", si precisa che ai fini liquidativi, il giorno di entrata e di dimissione dall'Istituto di cura vengono considerati sempre 1 (uno) giorno di ricovero.

L'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata in base alle modalità previste dall'articolo che precede.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Art. 56 – Modalità di pagamento dell'indennizzo

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

SEZIONE III – INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 57 – Rischio assicurato

L'Assicurazione è prestata per il caso di Invalidità permanente conseguente a malattia manifestatasi successivamente alla data di effetto del contratto.

La garanzia opera secondo quanto previsto dalle condizioni che seguono e comunque non oltre la data della cessazione dell'Assicurazione.

Si considera **Invalidità permanente** la perdita o la diminuzione definitiva e irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla professione dell'Assicurato.

Si considera **malattia** ogni obiettivamente alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio, intendendosi per tale ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

La garanzia è subordinata alla presa visione e accettazione, da parte della Società, delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nello specifico questionario anamnestico che forma parte integrante ed essenziale della presente polizza.

Art. 58 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di decorrenza della Polizza o del pagamento del premio, se successivo.

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

- dal giorno di decorrenza della polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previste;
- dal giorno di decorrenza della presente Assicurazione per le maggiori o diverse prestazioni da essa prevista.

La norma di cui al precedente comma vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente Assicurazione.

Art. 59 - Esclusioni

Fermo quanto previsto dall'art. 18 "Persone non assicurabili" delle Norme comuni a tutte le Sezioni, l'Assicurazione non è operante per le invalidità permanenti preesistenti alla data di effetto dell'Assicurazione, nonché per quanto imputabile a difetti fisici, malformazioni, condizioni fisiche patologiche preesistenti.

Sono inoltre escluse le invalidità permanenti derivanti direttamente o indirettamente da:

- a) malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese sindromi organico cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- b) A.I.D.S.; epatite, ad eccezione del tipo A, determinate da contagio del sangue, sono invece comprese se il contagio del sangue è determinato da errori di trasfusione eseguiti in Ospedali, Istituti di cura privati, pubblici;
- c) malattie tropicali;
- d) ebbrezza alcolica – ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, etc.); lesioni direttamente o indirettamente provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- g) guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, e tutti gli eventi assimilati a quelli suddetti nonché gli infortuni dovuti a ordigni di guerra; conseguenze di sommosse civili, atti di terrorismo, attentati, sabotaggio, sempreché l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- h) malattie professionali come definite dal DPR 30/6/65 n. 1124 e successive modifiche;
- i) malattie da contaminazione batteriologica e/o chimica.

Art. 60 - Non cumulabilità della presente garanzia con quella Infortuni

La presente garanzia non potrà in alcun caso cumularsi con garanzie di Invalidità permanente da infortunio.

Art. 61 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 62 - Criteri d'indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie (malattia coesistente) non si terrà conto del pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'Assicurazione, le Invalidità permanenti da malattia già accertate non potranno essere oggetto di un'ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove malattie.

Nel caso in cui, quindi, la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata accertata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tener conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Si precisa che per "malattie coesistenti" s'intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Si precisa che per “malattie concorrenti” s’intendono malattie o invalidità presenti nel soggetto Assicurato, che determinano un’influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull’invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Art. 63 – Franchigia Invalidità permanente da malattia

Nessuna indennità spetta quando l’Invalidità permanente, accertata secondo i criteri e le percentuali indicate nell’art. 20 delle Norme comuni a tutte le Sezioni (ex tabella I.N.A.I.L. allegato n. 1 D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124), sia di grado inferiore o pari al 25% della totale.

Quando l’Invalidità permanente accertata sia invece di grado superiore al 25%, la Società liquida un’indennità calcolata sulla somma assicurata in base alle percentuali seguenti:

Percentuale IP accertata	Percentuale da liquidare	Percentuale IP accertata	Percentuale da liquidare
Dall’1 al 25	0	46	42
26	2	47	44
27	4	48	46
28	6	49	48
29	8	50	50
30	10	51	53
31	12	52	56
32	14	53	59
33	16	54	62
34	18	55	65
35	20	56	68
36	22	57	71
37	24	58	74
38	26	59	77
39	28	60	80
40	30	61	83
41	32	62	86
42	34	63	89
43	36	64	92
44	38	65	95
45	40	Dal 66 al 00	100

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

Art. 64 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

L'Assicurato o altra persona in sua vece devono:

- denunciare la malattia entro 10 (dieci) giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che la malattia diagnosticata, per le sue caratteristiche e presumibili conseguenze, possa interessare la garanzia prestata;
- inviare alla Società la certificazione medica sulla natura della malattia;
- inviare periodicamente alla Società le informazioni relative al decorso della malattia denunciata, fornendo anche copia delle cartelle cliniche di eventuali ricoveri e ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione degli eventuali postumi invalidanti;
- sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione del caso, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Società, in caso di guarigione clinica della malattia denunciata con riportati postumi invalidanti stabilizzati, il relativo certificato medico;
- nei casi diversi dal punto che precede, richiedere alla Società di procedere all'accertamento dei postumi secondo le modalità riportate nel successivo art. 65 "Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo".

L'accertamento dei postumi di invalidità permanente deve essere effettuato in Italia.

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

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 65 – Obblighi della Società sulle modalità di accertamento e di indennizzo in caso di invalidità permanente da malattia

Il grado di invalidità permanente viene valutato con le modalità previste dall'art. 62 "Criteri di indennizzabilità" delle Norme che regolano l'assicurazione Invalidità Permanente da Malattia nel periodo compreso tra i 6 (sei) mesi ed entro i 18 (diciotto) mesi dalla data della denuncia della malattia. Tale periodo è convenzionalmente fissato sulla base di criteri medico legali che definiscono le tempistiche necessarie alla stabilizzazione dei postumi in caso di malattia.

Trascorsi i 6 (sei) mesi sopra indicati e sino allo scadere del 18 (diciottesimo) mese, la Società s'impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi invalidanti, effettuati gli opportuni accertamenti e verifiche.

Prima del decorso dei 6 (sei) mesi, la Società non effettuerà alcuna valutazione del grado di invalidità permanente.

Decorsi i 18 (diciotto) mesi - indipendentemente dalla guarigione clinica della malattia denunciata ed anche in assenza della produzione da parte dell'Assicurato del certificato medico attestante la guarigione e i postumi invalidanti stabilizzati - la Società effettua comunque la valutazione medico legale atta ad accertare gli eventuali postumi invalidanti e si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni, decorrenti dallo scadere dei 18 (diciotto) mesi.

Art. 66 - Diritto all'indennizzo per invalidità permanente in caso di morte per cause indipendenti dalla malattia

Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale, quindi non è trasmissibile agli eredi.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e dopo che la Società abbia effettuato gli opportuni accertamenti e verifiche ma senza aver ancora provveduto alla liquidazione dell'indennizzo in favore dell'Assicurato, la Società, previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato, liquida agli eredi o aventi causa:

- l'importo già concordato

oppure, in mancanza

- l'importo offerto.

Se l'Assicurato decede per cause diverse dalla malattia denunciata e prima siano stati effettuati gli accertamenti e verifiche necessari, la Società liquida agli eredi o aventi causa, **previa produzione del certificato di morte dell'Assicurato**, l'importo oggettivamente determinabile dalla stessa con le modalità e nei termini stabiliti dal precedente art. 64 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro". **Ciò a condizione che gli eredi o aventi causa dimostrino:**

- **la stabilizzazione dei postumi invalidanti mediante produzione del certificato di guarigione o equivalente documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti** (a titolo esemplificativo e non esaustivo, una relazione medica di parte o certificati di invalidità INAIL), **corredata, se non ancora prodotta, da tutta la relativa documentazione medica e la cartella clinica, qualora ci sia stato un ricovero;**
- **l'assoluta ed oggettiva estraneità della causa del decesso rispetto alla malattia generante lo stato di invalidità** (es. decesso dell'Assicurato a seguito di sinistro stradale).

Se ritenuta necessaria per la valutazione del sinistro o a qualsiasi indagine e su formale richiesta della Società, gli eredi o aventi causa, al fine di dimostrare quanto sopra indicato, dovranno autorizzare l'autopsia dell'Assicurato che avverrà con l'assistenza di un medico scelto dalla Società e di un medico scelto dagli eredi o aventi causa, se lo riterranno; a tal fine gli eredi o aventi causa dovranno sciogliere dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato. Al fine di individuare con certezza gli eredi o aventi causa, gli stessi, a titolo esemplificativo e non esaustivo, dovranno fornire alla Società:

- certificato di stato di famiglia relativo all'Assicurato;
- atto notorio da cui risulti la situazione testamentaria e l'identificazione degli eredi;
- nel caso ci siano minorenni o soggetti incapaci di agire tra gli eredi legittimi, il decreto del giudice tutelare che autorizzi la liquidazione ed esoneri la Società dal reimpiego della quota spettante al minorenne o al soggetto incapace;
- eventuale ulteriore documentazione necessaria per l'accertamento delle modalità del sinistro nonché per la corretta identificazione degli aventi diritto.

La Società s'impegna a comunicare agli eredi o aventi diritto l'esito della valutazione del sinistro entro 90 giorni dal ricevimento della documentazione di cui al presente articolo.

Art. 67 - Modalità di pagamento dell'indennizzo

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

SEZIONE IV – GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Art. 68 – Rischio assicurato

L'Assicurazione è prestata per il rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero in ospedale, Istituto di cura pubblico, privato o equiparato, per uno o più interventi chirurgici rientranti nell'“Elenco grandi interventi chirurgici”, resi necessari da malattia o infortunio.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso sarà effettuato per spese o eccedenze di spese sostenute in proprio.

In alternativa al rimborso delle spese sostenute, comprese le spese effettuate prima e dopo il ricovero, l'Assicurato può chiedere il pagamento di una diaria sostitutiva, per ogni giorno di ricovero **fino a un massimo di 90 (novanta) giorni per anno assicurativo. Tale diaria è fissata in € 150,00 al giorno.**

La garanzia è valida in tutto il mondo.

La garanzia è subordinata alla presa visione e accettazione, da parte della Società, delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nello specifico questionario anamnestico che forma parte integrante ed essenziale della presente polizza.

Art. 69 – Somma assicurata

La somma assicurata è pari a € 100.000,00 per anno assicurativo e per ogni persona.

Art. 70 – Prestazioni garantite

- Prima del ricovero

Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami, effettuati nei **90 (novanta) giorni** precedenti l'inizio del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso.

Il rimborso delle spese di trasporto in ambulanza all'Istituto di Cura fino al **10%** del massimale assicurato.

- Durante il ricovero

Il rimborso delle spese per gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto medico e paramedico partecipante all'intervento chirurgico, ivi compresa la loro assistenza medica durante il ricovero; diritti di sala operatoria e materiale d'intervento; endoprotesi applicate durante l'intervento; cure infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il ricovero; rette di degenza.

- Dopo il ricovero

Il rimborso delle spese per onorari di: visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, effettuati nei **90 (novanta) giorni** successivi alla cessazione del ricovero, purché pertinenti alla malattia o all'infortunio che hanno reso necessario il ricovero stesso.

Il rimborso delle spese di trasporto in autoambulanza dall'Istituto di cura al proprio domicilio fino al **10%** del massimale stesso.

Art. 71 – Decorrenza della garanzia – Termini di aspettativa

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:

- del giorno in cui ha effetto la Polizza per gli infortuni o del giorno di pagamento del premio, se successivo;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le malattie, o di pagamento del premio, se successivo;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza o di pagamento del premio, se successivo, per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di stati patologici non ancora manifestatisi al momento della stipulazione della Polizza ma insorti anteriormente a tale data nonché per le conseguenze di stati patologici noti all'Assicurato, ovvero diagnosticati, sottoposti ad accertamenti, curati anteriormente alla stipulazione della Polizza, purché dichiarati alla Società all'atto stesso della compilazione del questionario anamnestico e accettati senza esplicita limitazione del rischio da parte della Società stessa.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altro contratto riguardante gli stessi assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto il contratto sostituito, per le prestazioni e i massimali da quest'ultimo previsti;
- dal giorno in cui ha effetto il presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

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

Art. 72 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per le spese relative a:

- a) conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure o esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto, sottaciuti alla Società dal Contraente/Assicurato con dolo o colpa grave all'atto della stipulazione dello stesso;
- b) eliminazione o correzione di difetti fisici e/o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione del contratto;
- c) ricoveri, spese mediche provocati o dipendenti direttamente o indirettamente da malattie mentali e/o disabilità mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi sindromi organico cerebrali, disturbi schizofrenici, disturbi paranoici, forme maniaco depressive, epilessia e relative conseguenze e complicanze;
- d) malattie professionali, come definite dal DPR 30/06/65, n. 1124 e successive modifiche;
- e) conseguenze di azioni dolose compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona;

- f) conseguenze derivanti da ebbrezza alcolica – ubriachezza, uso e abuso di psicofarmaci e farmaci psicotropi, uso di stupefacenti, salvo la somministrazione terapeutica, e di allucinogeni e simili;
- g) parto naturale, parto con taglio cesareo e/o interruzione della gravidanza, nonché le malattie dipendenti dalla gravidanza e puerperio;
- h) prestazioni aventi finalità estetiche;
- i) cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo e ortodontico, nonché quelle del parodonto; sono escluse in ogni caso le protesi dentarie;
- j) acquisto, manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo le endoprotesi applicate durante l'intervento chirurgico;
- k) reazione nucleare; radiazione nucleare o contaminazione radioattiva indipendentemente dal fatto che altre cause abbiano concorso al sinistro (salvo che si tratti di uso medico); lesioni direttamente o indirettamente provocate da sostanze radioattive, biologiche e chimiche quando non utilizzate per fini pacifici;
- l) ricoveri in case di riposo, ancorché qualificate come Istituti di Cura;
- m) prestazioni e/o terapie in genere con finalità dietologica;
- n) prestazioni e/o terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 08/11/1991 pubblicato sulla G.U. n. 262 e successive modifiche);
- o) terapie della fecondità assistita di qualsivoglia tipo, nonché terapie della sterilità acquisita e/o dell'impotenza dei singoli partner della coppia;
- p) conseguenze della pratica di qualsiasi sport a titolo professionale e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, attività sciistica fuori pista, sci acrobatico, bob, rugby, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili);
- q) conseguenze e/o allenamenti durante la partecipazione a corse, gare o competizioni (e relative prove) che comportino l'impiego di veicoli o natanti azionati a motore;
- r) conseguenze d'infortuni derivanti dall'uso e/o guida di mezzi di locomozione subacquea o aerea;
- s) conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- t) guerra dichiarata o non, guerra civile, ammutinamento, e tutti gli eventi assimilati a quelli suddetti nonché gli infortuni dovuti a ordigni di guerra; conseguenze di tumulti popolari, atti di terrorismo, attentati, sabotaggio, sempreché l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
- u) conseguenze d'infortuni derivanti dalla guida di veicoli o natanti a motore per uso non privato e in ogni caso, se il conducente Assicurato è privo della prescritta abilitazione alla guida oppure guidi in stato di ebbrezza;
- v) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) e le patologie correlate alla infezione da H.I.V.

Per le maggiori somme e le diverse prestazioni conseguenti a variazioni intervenute nel corso del contratto le disposizioni di cui alle lettere a) e b) si applicheranno con riguardo alla data di variazione, anziché a quella di stipulazione del contratto.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cranio e sistema nervoso centrale e periferico:

- Craniotomia per lesioni traumatiche intracraniche
- Cranio plastiche
- Interventi per asportazione di corpi estranei endocranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi o per correzione di altre condizioni patologiche
- Evacuazione di ascesso e/o ematoma intracranici
- Interventi di derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Operazione per encefalo-meningocele
- Lobotomia e altri interventi di psicotomia
- Talamotomia – pallidotomia ed altri interventi similari
- Interventi per epilessia focale
- Interventi endorachidei per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomollari
- Intervento per mielo-meningocele
- Neurotomia retrogasseriana- sezione intracranica di altri nervi
- Intervento sul simpatico toracico:
 - Ganglionectomia toracica
 - Interventi associati sul simpatico toracico e sui nervi splancnici
- Intervento sul simpatico lombare:
 - Gangliectomia lombare
 - Splancnicectomia
- Surrenectomia e altri interventi sulla capsula surrenale

- Anastomosi spino-facciale e simili

Faccia e bocca:

- Resezione del mascellare superiore
- Operazioni demolitrici del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Resezione parotidea
- Parotidectomia totale
- Riduzione e sintesi di frattura delle ossa del massiccio facciale

Collo:

- Interventi per ferite di grossi vasi del collo (vedi chirurgia vascolare)
- Interventi per ferite interessanti il tubo laringo-tracheale e faringo-esofageo
- Interventi per asportazioni di tumori maligni del collo
- Interventi sulla tiroide:
 - tiroidectomia totale o subtotale
- Interventi per diverticolo dell'esofago
- Resezione dell'esofago cervicale
- Interventi sulle paratiroidi

Torace:

- Mammella:
 - Mastectomia e quadrantectomia con svuotamento del cavo ascellare
- Interventi correttivi per petto escavato e ad imbuto
- Interventi sul mediastino:
 - per ascessi
 - per tumori
- Interventi per ferite del polmone
- Pneumotomia per ascessi
- Pneumotomia per asportazione di cisti da echinococco
- Resezioni segmentarie e lobectomia
- Pneumonectomia
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Interventi per fistole bronco-cutanee
- Ernie e cisti del diaframma
- Ferite toraco-addominali con lesioni viscerali
- Asportazione del timo

Chirurgia della tubercolosi polmonare:

- Toracoplastica totale

Ernie:

- Intervento per ernie diaframmatiche

Chirurgia cardiaca:

- Pericardiectomia:
 - parziale
 - totale
- Sutura del cuore per ferite
- Interventi per corpi estranei del cuore
- Commissurotomia (per stenosi mitralica)
- Legatura e resezione del dotto di Botallo
- Interventi sul cuore in circolazione extra corporea e/o ipotermia
- Intervento per embolia della arteria polmonare

Esofago:

- Interventi per ferite e corpi estranei dell'esofago toracico
- Interventi per esofagite, ulcera esofagea e ulcera peptica post-operatoria
- Operazioni sull'esofago:
 - resezioni esofagee
 - esofagectomia
- Interventi per diverticoli dell'esofago toracico
- Esofagoplastica

Addome:

- Laparatomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesioni di organi interni parenchimali
- Laparatomia per contusione e/o ferite penetranti dell'addome con lesione dell'intestino
- Occlusione intestinale di varia natura con resezione intestinale

Stomaco duodeno:

- Gastro-enterostomia
- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
- Cardiomiectomia extramucosa

Intestino:

- Entero anastomosi
- Resezione del tenue
- Resezione ileo cecale
- Resezione colica
- Emicolectomia totale
- Colectomia totale

Retto - ano:

- Resezione del retto
- Amputazione del retto

Fegato e vie biliari:

- Epatotomia semplice per cisti da echinococco
- Resezione epatica
- Emiepatectomia
- Derivazioni bilio-digestive
- Epatico e coledoctomia
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari
- Shunt porto-sistemici

Pancreas e milza:

- Interventi per necrosi acuta del pancreas
- Interventi per cisti e pseudo cisti:
 - Enucleazione delle cisti
 - Marsupializzazione
- Interventi per fistole pancreatiche
- Interventi demolitivi sul pancreas:
 - totale o della testa
 - della coda
- Splenorrafia
- Splenectomia

Chirurgia vascolare:

- Interventi per aneurismi dei vasi arteriosi (temporali, facciali, radiali cubitali, arcate polmonari, pedidia)
- Sutura di grossi vasi degli arti del collo
- Resezione arteriosa con plastica vasale
- Interventi per innesti di vasi
- Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale
- By pass anatomici ed extraanatomici
- Endoarteriectomia

Chirurgia pediatrica:

Interventi per

- Idrocefalo ipersecretivo
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
- Occlusione intestinale del neonato
- Atresia dell'ano semplice:
 - abbassamento addomino perinale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale e rettovolvulare:
 - abbassamento addomino perinale
- Teratoma sacro coccigeo
- Megauretere:
 - resezione con reimpianto
 - resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Nefrectomia per tumore di Wilms
- Spina bifida:
 - mielomeningocele
- Megacolon:
 - resezione anteriore
 - operazione addomino perinale di Buhamel o Swenson
- Fistole e cisti dell'ombelico:
 - del canale onfalomesenterico con resezione intestinale

Ortopedia e traumatologia:

- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Artroplastiche grandi
- Riduzione e sintesi con mezzi metallici di fratture ossee

Urologia:

- Interventi per epispadia e ipospadia peniena
- Interventi complessi per epispadia scrotale e perinale
- Prostatectomia sottocapsulare
- Prostatectomia radicale
- Interventi per fistola vescico rettale
- Intervento per estrofia della vescica
- Cistectomia parziale
- Cistectomia totale ureterosigmoidostomia
- Ureterosigmoidostomia bilaterale
- Resezione renale
- Nefrectomia
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefro-ureterectomia totale

Apparato genitale maschile:

- Amputazione totale del pene con svuotamento delle regioni inguinali
- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfadenectomia

Ginecologia e ostetricia:

- Interventi per fistola vescico-vaginale o retto-vaginale
- Interventi radicali per tumori maligni vulvari e vaginali
- Riduzioni "per vaginam" di spostamenti uterini ed applicazione del pessario vaginale
- Isterectomia totale
- Pannisterectomia radicale per via addominale
- Riduzione manuale per inversione di utero puerperale per via laparotomica

Criterio analogico:

Gli interventi chirurgici che richiedono tecnologie uguali o più complesse rispetto a quelle necessarie per gli interventi elencati e che comportino onorari pari o superiori secondo quanto previsto dal D.P.R. del 20/12/1965 n. 1763 e successive modifiche, sono compresi nell'Assicurazione anche se non espressamente riportati in elenco.

- Laparotomia per ferite e rotture di utero

Oculistica:

- Cornea:
 - trapianto corneale a tutto spessore
- Orbita:
 - operazione di Kronlein od orbitotomia
- Operazione per glaucoma:
 - operazioni fistolizzanti combinate
- Cristallino:
 - lussazione del cristallino-cataratte complicate
- Retina:
 - diatermocoagulazione alla Weve per distacco
 - cerchiaggio o resezione sclerale per distacco

Otorinolaringoiatra:

- Orecchio:
 - antroatticotomia
 - antroatticotomia con trapanazione del labirinto
 - chirurgia della sordità
 - operazione transmastoidica e sul facciale
- Naso:
 - intervento per tumore maligno mascellare superiore
 - intervento sull'ipofisi per via tran sfenoidale
- Laringe:
 - laringectomia parziale
 - laringectomia totale
 - faringolaringectomia

Trapianti:

- Trapianto del cuore e/o arterie
- Trapianto organi degli apparati:
 - digerente
 - respiratorio
 - urinario

NORME CHE REGOLANO LA DENUNCIA E LA GESTIONE DEL SINISTRO IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Art. 73 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro – Denuncia del sinistro

In caso di sinistro, il Contraente/Assicurato o i suoi aventi diritto devono:

- fare quanto è possibile per evitare o diminuire il danno, sottoponendosi subito alle cure mediche, seguirne le prescrizioni, evitando di compiere atti che possano ostacolare la cura;
- darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro 3 (tre) giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile;
- fornire alla Società l'originale della cartella clinica completa e ogni altra documentazione sanitaria atta ad accertare la patologia oggetto del ricovero, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale qualsiasi medico che lo abbia visitato e curato;
- fornire alla Società le relative notule, distinte e ricevute di pagamento di spese mediche, debitamente quietanzate;
- sottoporsi in Italia agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Società.

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

L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 del Codice Civile).

Art. 74 – Obblighi della Società sulle modalità di indennizzo

Fermo quanto previsto dall'art. 68 "Rischio Assicurato – Somma Assicurata" e dall'art. 70 "Prestazioni garantite", l'indennizzo viene corrisposto a cura ultimata in base alle modalità previste dall'articolo che precede.

La Società si impegna a comunicare all'Assicurato l'esito della valutazione del sinistro entro 90 (novanta) giorni dal ricevimento della documentazione sopra descritta.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi la documentazione in originale per ottenere il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto dietro dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi.

Art. 75 – Modalità di pagamento dell'indennizzo

La Società disporrà il pagamento dell'indennizzo dovuto a termini di polizza entro 30 (trenta) giorni dalla sottoscrizione dell'atto di quietanza, con l'intesa che la liquidazione dei sinistri sarà fatta in Italia.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

**CLASSIFICAZIONE STATISTICA INTERNAZIONALE
DELLE MALATTIE E DEI PROBLEMI SANITARI CORRELATI
DECIMA REVISIONE – ICD – 10 DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ
SETTORE V DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI**

Disturbi psichici di natura organica, compresi quelli sintomatici:

Demenza nella malattia di Alzheimer; Demenza vascolare; Demenza in altre malattie classificate altrove; Demenza non specificata; Sindrome amnesica organica, non indotta da alcol o da altre sostanze psicoattive; Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive; Altri disturbi psichici dovuti a danni o disfunzioni cerebrali e a malattie somatiche; Disturbi di personalità e del comportamento dovuti a malattia, lesione e disfunzioni cerebrali; Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati.

Disturbi psichici e comportamentali da uso di sostanze psicoattive:

Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cannabinoidi; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sedativi o ipnotici; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di altri stimolanti, compresa la caffeina; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di allucinogeni; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di solventi volatili; Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive.

Schizofrenia, disturbo schizotipico e disturbi deliranti:

Schizofrenia; Disturbo schizotipico; Disturbi deliranti persistenti; Disturbi psicotici acuti e transitori; Disturbo delirante indotto; Disturbi schizoaffettivi; Altri disturbi psicotici non organici; Psicosi non organica non specificata.

Disturbi dell'umore [affettivi]:

Episodio maniacale; Disturbo affettivo bipolare; Episodio depressivo; Disturbo depressivo ricorrente; Disturbi persistenti dell'umore [affettivi]; Disturbi dell'umore [affettivi] di altro tipo; Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato.

Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi:

Disturbi ansioso-fobici; Altri disturbi d'ansia; Disturbo ossessivo-compulsivo; Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento; Disturbi dissociativi [di conversione]; Disturbi somatoformi; Altri disturbi nevrotici.

Sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche e a fattori fisici:

Disturbi dell'alimentazione; Disturbi del sonno non organici; Disfunzione sessuale non causata da disturbo o malattia organica; Disturbi mentali o comportamentali associati con il puerperio non classificati; Fattori psicologici e comportamentali associati a disturbi o malattie classificati; Abuso di sostanze che non provocano dipendenza; Sindromi comportamentali non specificate associate a disturbi fisiologici e a fattori somatici.

Disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto:

Disturbi di personalità specifici; Altri disturbi di personalità e forme miste; Modificazioni durature della personalità non attribuibili a danno o malattia cerebrale; Disturbi delle abitudini e degli impulsi; Disturbi dell'identità sessuale; Disturbo della preferenza sessuale; Problemi psicologici e comportamentali associati con lo sviluppo e l'orientamento sessuale; Altri disturbi della personalità e del comportamento nell'adulto; Disturbo non specificato della personalità e del comportamento nell'adulto.

Ritardo mentale:

Ritardo mentale lieve; Ritardo mentale di media gravità; Ritardo mentale grave; Ritardo mentale profondo; Ritardo mentale di altro tipo; Ritardo mentale non specificato.

Disturbi dello sviluppo psicologico:

Disturbi evolutivi specifici dell'eloquio e del linguaggio; Disturbi evolutivi specifici delle abilità scolastiche; Disturbo evolutivo specifico della funzione motoria; Disturbo evolutivo specifico misto; Disturbi evolutivi globali; Disturbo dello sviluppo psicologico di altro tipo; Disturbo dello sviluppo psicologico non specificato.

Disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza:

Disturbi ipercinetici; Disturbi della condotta; Disturbi misti della condotta e della sfera emozionale; Disturbi della sfera emozionale con esordio caratteristico dell'infanzia; Disturbo del funzionamento sociale con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbi a tipo tic; Altri disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza; Disturbo mentale non specificato; Disturbo mentale S.A.I.

Art. 60 Altri casi di dichiarazione di morte presunta.

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

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

Art. 1891. Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta.

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'assicurato, e il contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'assicurato medesimo. All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il contraente ha privilegio sulle somme dovute dall'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

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

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

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

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

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

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

Se il contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento

del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazioni in nome o per conto di terzi.

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

Art. 1897 Diminuzione del rischio.

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

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese

Art. 1898 Aggravamento del rischio.

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

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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

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

Art. 1899. Durata dell'assicurazione.

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la

stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni. Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio.

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori.

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

Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'articolo 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre

giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro.

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

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

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

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

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore.

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

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

L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione.

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

Art. 2952 Prescrizione in materia di assicurazione.

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

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

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

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

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

pagina lasciata intenzionalmente in bianco

**Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Rappresentanza Generale e Direzione per l'Italia**

Via G.B. Cassinis, 21 – 20139 Milano
Tel. 02 5351 1 (20 linee)
Fax 02 5520360 – 5351461
www.helvetia.it – PEC: helvetia@actaliscertymail.it

Capitale Sociale franchi svizzeri 77.480.000 i.v.
N. di iscrizione del Registro delle Imprese di Milano,
C.F. e Partita I.V.A. 01462690155 – R.E.A. n. 370476
Imp. Autor. all'eser. delle ass. con D. di ric. Del M. Ind.,
Comm. Ed Artig. del 26/11/1984 pubbl. sul suppl. n.2
G.U. n. 357 del 31/12/1984 Provv. ISVAP n. 00757
del 19/12/1997 pubbl. su G.U. n. 298 del 23/12/1997
Iscr. Albo Imprese di Ass. n. 2.00002
Iscr. Albo Gruppi Ass. n°d'ord. 031